



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Ausgabe vom 27. November 2017

BAG-Bulletin

Woche

48/2017

Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende

Empfehlungen zur Impfung gegen Herpes Zoster / «Gürtelrose», S. 12

**Neuer Praxisleitfaden Adipositas für Ärztinnen/Ärzte
und Gesundheitsfachleute, S. 20**

**Schweizer Gesundheitssystem:
Ältere Personen informieren sich häufig online, S. 22**

**Grenzüberschreitende Zusammenarbeit
im Gesundheitsbereich wird dauerhaft möglich, S. 25**

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

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

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/bag-bulletin

Inhalt

| | |
|--|----|
| Meldungen Infektionskrankheiten | 4 |
| Sentinella Statistik | 6 |
| Wochenbericht zu den Grippeähnlichen Erkrankungen | 6 |
| anresis.ch: Meldungen ausgewählter multiresistenter Mikroorganismen in der Schweiz | 10 |
| Empfehlungen zur Impfung gegen Herpes Zoster / «Gürtelrose» | 12 |
| Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'herpes zoster («fuoco di Sant'Antonio») | 16 |
| Neuer Praxisleitfaden Adipositas für Ärztinnen/Ärzte und Gesundheitsfachleute | 20 |
| Studie der Universität Bern zum Cannabiskonsum nicht bewilligungsfähig | 21 |
| Schweizer Gesundheitssystem: Ältere Personen informieren sich häufig online | 22 |
| Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich wird dauerhaft möglich | 25 |
| Rezeptsperrung | 26 |

Meldungen Infektionskrankheiten

Stand am Ende der 46. Woche (21.11.2017)^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 Wohnbevölkerung (gemäss Statistischem Jahrbuch der Schweiz). Die annualisierte Inzidenz erlaubt einen Vergleich unterschiedlicher Zeitperioden.

^b Siehe Influenza-Überwachung im Sentinella-Meldesystem www.bag.admin.ch/sentinella.

^c Ausgeschlossen sind materno-fetale Röteln.

^d Bei schwangeren Frauen und Neugeborenen.

^e Die Meldepflicht für 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 46. Woche (21.11.2017)^a

| | Woche 46 | | | Letzte 4 Wochen | | | Letzte 52 Wochen | | | Seit Jahresbeginn | | |
|---|-------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|------------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|
| | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 | 2015 |
| Respiratorische Übertragung | | | | | | | | | | | | |
| Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung | 1 0.60 | 2 1.20 | 2 1.20 | 12 1.80 | 5 0.80 | 6 0.90 | 118 1.40 | 105 1.20 | 110 1.30 | 98 1.30 | 97 1.30 | 94 1.30 |
| Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen^b | 11 6.80 | 16 9.80 | 4 2.50 | 45 6.90 | 31 4.80 | 8 1.20 | 9493 112.20 | 3715 43.90 | 5804 69.40 | 7788 104.10 | 3604 48.20 | 5752 77.80 |
| Legionellose | 6 3.70 | 7 4.30 | 6 3.70 | 37 5.70 | 32 4.90 | 29 4.50 | 472 5.60 | 385 4.60 | 372 4.40 | 449 6.00 | 343 4.60 | 349 4.70 |
| Masern | 1 0.60 | | | 4 0.60 | 2 0.30 | | 120 1.40 | 49 0.60 | 36 0.40 | 104 1.40 | 49 0.60 | 36 0.50 |
| Meningokokken: invasive Erkrankung | 2 1.20 | 1 0.60 | 1 0.60 | 2 0.30 | 3 0.50 | 2 0.30 | 55 0.60 | 50 0.60 | 45 0.50 | 52 0.70 | 47 0.60 | 39 0.50 |
| Pneumokokken: invasive Erkrankung | 16 9.80 | 29 17.80 | 18 11.20 | 63 9.70 | 70 10.80 | 67 10.40 | 963 11.40 | 829 9.80 | 838 10.00 | 818 10.90 | 694 9.30 | 741 10.00 |
| Röteln^c | | | | | | | | | 4 0.05 | | | 4 0.05 |
| Röteln, materno-foetal^d | | | | | | | | | | | | |
| Tuberkulose | 6 3.70 | 14 8.60 | 10 6.20 | 39 6.00 | 47 7.20 | 40 6.20 | 560 6.60 | 596 7.00 | 525 6.30 | 490 6.60 | 542 7.20 | 482 6.50 |
| Faeco-orale Übertragung | | | | | | | | | | | | |
| Campylobacteriose | 79 48.60 | 133 81.80 | 119 74.00 | 510 78.40 | 559 85.90 | 504 78.40 | 6943 82.10 | 7969 94.20 | 6735 80.50 | 6249 83.50 | 7070 94.50 | 5954 80.50 |
| Enterohämorrhagische E. coli-Infektion | 12 7.40 | 8 4.90 | 7 4.40 | 63 9.70 | 35 5.40 | 28 4.40 | 705 8.30 | 453 5.40 | 282 3.40 | 659 8.80 | 425 5.70 | 259 3.50 |
| Hepatitis A | 2 1.20 | 1 0.60 | | 7 1.10 | 1 0.20 | 2 0.30 | 116 1.40 | 41 0.50 | 45 0.50 | 111 1.50 | 36 0.50 | 36 0.50 |
| Listeriose | | | 1 0.60 | 4 0.60 | 3 0.50 | 5 0.80 | 46 0.50 | 54 0.60 | 55 0.70 | 43 0.60 | 49 0.60 | 48 0.60 |
| Salmonellose, S. typhi/paratyphi | | | 2 1.20 | 3 0.50 | | 4 0.60 | 24 0.30 | 22 0.30 | 17 0.20 | 21 0.30 | 20 0.30 | 15 0.20 |
| Salmonellose, übrige | 34 20.90 | 32 19.70 | 45 28.00 | 148 22.80 | 123 18.90 | 181 28.10 | 1861 22.00 | 1473 17.40 | 1359 16.20 | 1714 22.90 | 1360 18.20 | 1246 16.80 |
| Shigellose | 2 1.20 | 5 3.10 | 8 5.00 | 18 2.80 | 24 3.70 | 31 4.80 | 141 1.70 | 194 2.30 | 178 2.10 | 127 1.70 | 169 2.30 | 156 2.10 |

| | Woche 46 | | | Letzte 4 Wochen | | | Letzte 52 Wochen | | | Seit Jahresbeginn | | |
|--|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|-----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 | 2015 |
| Durch Blut oder sexuell übertragen | | | | | | | | | | | | |
| Aids | 1 0.60 | 2 1.20 | | 2 0.30 | 7 1.10 | 6 0.90 | 83 1.00 | 70 0.80 | 85 1.00 | 76 1.00 | 63 0.80 | 74 1.00 |
| Chlamydiose | 170 104.50 | 238 146.30 | 213 132.40 | 857 131.70 | 835 128.40 | 846 131.50 | 11101 131.30 | 10940 129.40 | 9952 119.00 | 9845 131.60 | 9732 130.10 | 8876 120.00 |
| Gonorrhoe | 61 37.50 | 45 27.70 | 78 48.50 | 194 29.80 | 174 26.80 | 172 26.70 | 2458 29.10 | 2381 28.20 | 1867 22.30 | 2197 29.40 | 2152 28.80 | 1701 23.00 |
| Hepatitis B, akut | 1 0.60 | 2 1.20 | 1 0.60 | 1 0.20 | 5 0.80 | 1 0.20 | 24 0.30 | 41 0.50 | 30 0.40 | 18 0.20 | 38 0.50 | 27 0.40 |
| Hepatitis B, total Meldungen | 27 | 32 | 21 | 107 | 94 | 94 | 1229 | 1467 | 1298 | 1062 | 1286 | 1167 |
| Hepatitis C, akut | | | | | 1 0.20 | 3 0.50 | 31 0.40 | 50 0.60 | 46 0.60 | 28 0.40 | 40 0.50 | 43 0.60 |
| Hepatitis C, total Meldungen | 27 | 24 | 29 | 117 | 98 | 94 | 1449 | 1508 | 1454 | 1270 | 1340 | 1241 |
| HIV-Infektion | 10 6.20 | 10 6.20 | 8 5.00 | 35 5.40 | 34 5.20 | 42 6.50 | 487 5.80 | 514 6.10 | 571 6.80 | 420 5.60 | 482 6.40 | 521 7.00 |
| Syphilis | 37 22.80 | 21 12.90 | 40 24.90 | 127 19.50 | 83 12.80 | 75 11.70 | 1308 15.50 | 998 11.80 | 1060 12.70 | 1152 15.40 | 897 12.00 | 945 12.80 |
| Zoonosen und andere durch Vektoren übertragbare Krankheiten | | | | | | | | | | | | |
| Brucellose | | 1 0.60 | | 1 0.20 | 1 0.20 | | 9 0.10 | 7 0.08 | 2 0.02 | 9 0.10 | 7 0.09 | 1 0.01 |
| Chikungunya-Fieber | | 1 0.60 | | | 2 0.30 | | 16 0.20 | 39 0.50 | 47 0.60 | 16 0.20 | 33 0.40 | 33 0.40 |
| Dengue-Fieber | 1 0.60 | 4 2.50 | 2 1.20 | 5 0.80 | 17 2.60 | 12 1.90 | 141 1.70 | 210 2.50 | 177 2.10 | 125 1.70 | 185 2.50 | 167 2.30 |
| Gelbfieber | | | | | | | | | | | | |
| Hantavirus-Infektion | | | | | | | 3 0.04 | 1 0.01 | 2 0.02 | 1 0.01 | 1 0.01 | 2 0.03 |
| Malaria | 8 4.90 | 9 5.50 | 18 11.20 | 15 2.30 | 22 3.40 | 45 7.00 | 335 4.00 | 337 4.00 | 398 4.80 | 317 4.20 | 297 4.00 | 373 5.00 |
| Q-Fieber | 1 0.60 | 2 1.20 | | 4 0.60 | 3 0.50 | | 35 0.40 | 51 0.60 | 37 0.40 | 33 0.40 | 46 0.60 | 32 0.40 |
| Trichinellose | | | | | | | | | 2 0.02 | | | 2 0.03 |
| Tularämie | 1 0.60 | 2 1.20 | 1 0.60 | 4 0.60 | 5 0.80 | 6 0.90 | 106 1.20 | 58 0.70 | 49 0.60 | 98 1.30 | 49 0.60 | 41 0.60 |
| West-Nil-Fieber | | | | | | | | | | | | |
| Zeckenzephalitis | 3 1.80 | | 3 1.90 | 36 5.50 | 8 1.20 | 11 1.70 | 280 3.30 | 207 2.40 | 112 1.30 | 273 3.60 | 195 2.60 | 108 1.50 |
| Zika-Virus Infektion [®] | | 1 0.60 | | 4 0.60 | 1 0.20 | | 14 0.20 | 52 0.60 | | 12 0.20 | 52 0.70 | |
| Andere Meldungen | | | | | | | | | | | | |
| Botulismus | | | | | | | 3 0.04 | 1 0.01 | 2 0.02 | 2 0.03 | 1 0.01 | 2 0.03 |
| Creutzfeldt-Jakob- Krankheit | | 1 0.60 | | 1 0.20 | 1 0.20 | 4 0.60 | 15 0.20 | 14 0.20 | 18 0.20 | 14 0.20 | 13 0.20 | 17 0.20 |
| Diphtherie ^f | | | 1 0.60 | | | 1 0.20 | 4 0.05 | 4 0.05 | 10 0.10 | 2 0.03 | 4 0.05 | 10 0.10 |
| Tetanus | | | | | | | | | 1 0.01 | | | 1 0.01 |

Sentinella Statistik

Provisorische Daten

Sentinella:

Anzahl Meldungen (N) der letzten 4 Wochen bis am 17.11.2017 und Inzidenz pro 1000 Konsultationen (N/10³)
Freiwillige Erhebung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater)

| Woche | 43 | | 44 | | 45 | | 46 | | Mittel 4 Wochen | |
|-----------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----------------|-------------------|
| | N | N/10 ³ | N | N/10 ³ |
| Influenzaverdacht | 29 | 2.2 | 27 | 2.3 | 27 | 2.0 | 23 | 2.3 | 26.5 | 2.2 |
| Mumps | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pertussis | 5 | 0.4 | 7 | 0.6 | 7 | 0.5 | 5 | 0.5 | 6 | 0.5 |
| Zeckenstiche | 10 | 0.8 | 8 | 0.7 | 5 | 0.4 | 3 | 0.3 | 6.5 | 0.6 |
| Lyme Borreliose | 4 | 0.3 | 6 | 0.5 | 5 | 0.4 | 1 | 0.1 | 4 | 0.3 |
| Herpes Zoster | 9 | 0.7 | 9 | 0.8 | 6 | 0.5 | 8 | 0.8 | 8 | 0.7 |
| Post-Zoster-Neuralgie | 3 | 0.2 | 1 | 0.1 | 3 | 0.2 | 2 | 0.2 | 2.3 | 0.2 |
| Meldende Ärzte | 147 | | 147 | | 153 | | 124 | | 142.8 | |

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 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.

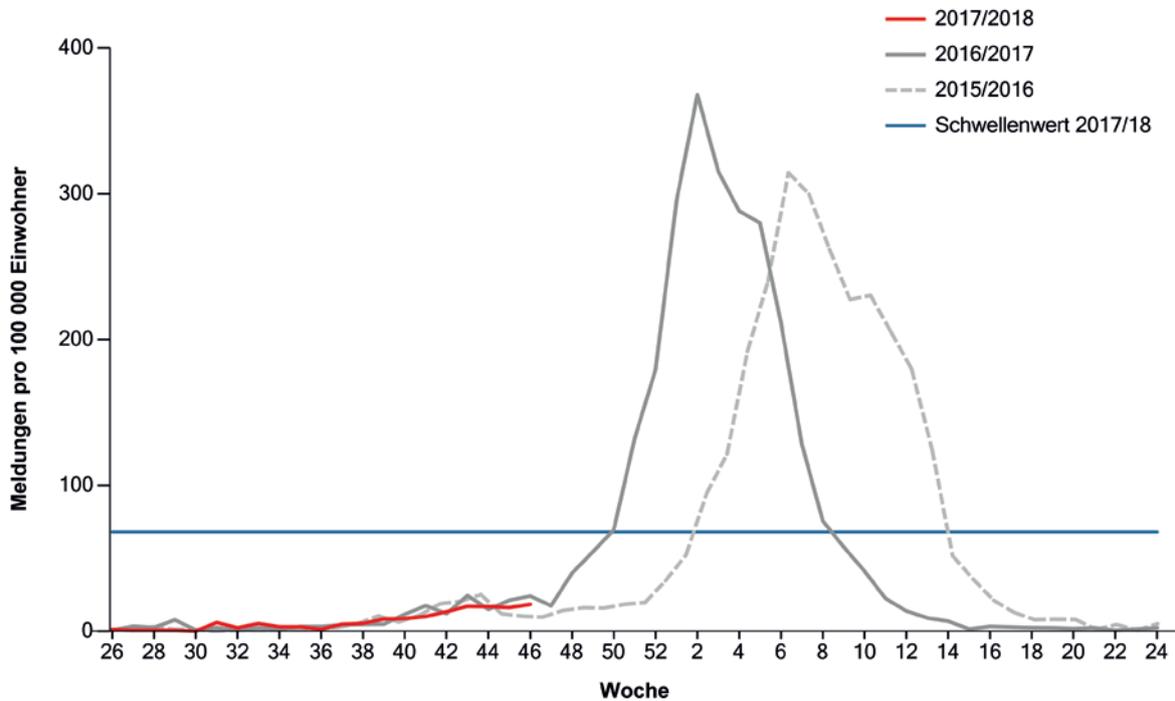
Woche 46/2017

Grippeähnliche Erkrankungen sind schweizweit sporadisch verbreitet. Während der Woche 46 wurden von 124 Ärztinnen und Ärzten des Sentinella-Meldesystems 2,3 Grippeverdachtsfälle pro 1000 Konsultationen gemeldet. Dies entspricht hochgerechnet einer Inzidenz von 18 Fällen pro 100 000 Einwohner.

Der saisonale epidemische Schwellenwert von 68 Grippeverdachtsfällen pro 100 000 Einwohner wurde noch nicht überschritten. (Grafik 1)

Grafik 1

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



Die Inzidenz war in allen Altersklassen niedrig (Tabelle 1). Die Grippe war in der Region 2 (BE, FR, JU) sporadisch verbreitet (Grafik 2, Kasten).

In der Woche 46 wies das Nationale Referenzzentrum für Influenza (CNRI) im Rahmen der Sentinella-Überwachung in keinem der 12 untersuchten Abstriche Influenza Viren nach.

Tabelle 1:
Altersspezifische Inzidenzen für die Woche 46/2017

| | Grippebedingte Konsultationen pro 100 000 Einwohner | Trend |
|-----------------------------------|---|----------|
| Inzidenz nach Altersklasse | | |
| 0–4 Jahre | 39 | – |
| 5–14 Jahre | 34 | – |
| 15–29 Jahre | 32 | – |
| 30–64 Jahre | 12 | – |
| ≥65 Jahre | 5 | – |
| Schweiz | 18 | – |

Tabelle 2:

Zirkulierende Influenzaviren in der Schweiz

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

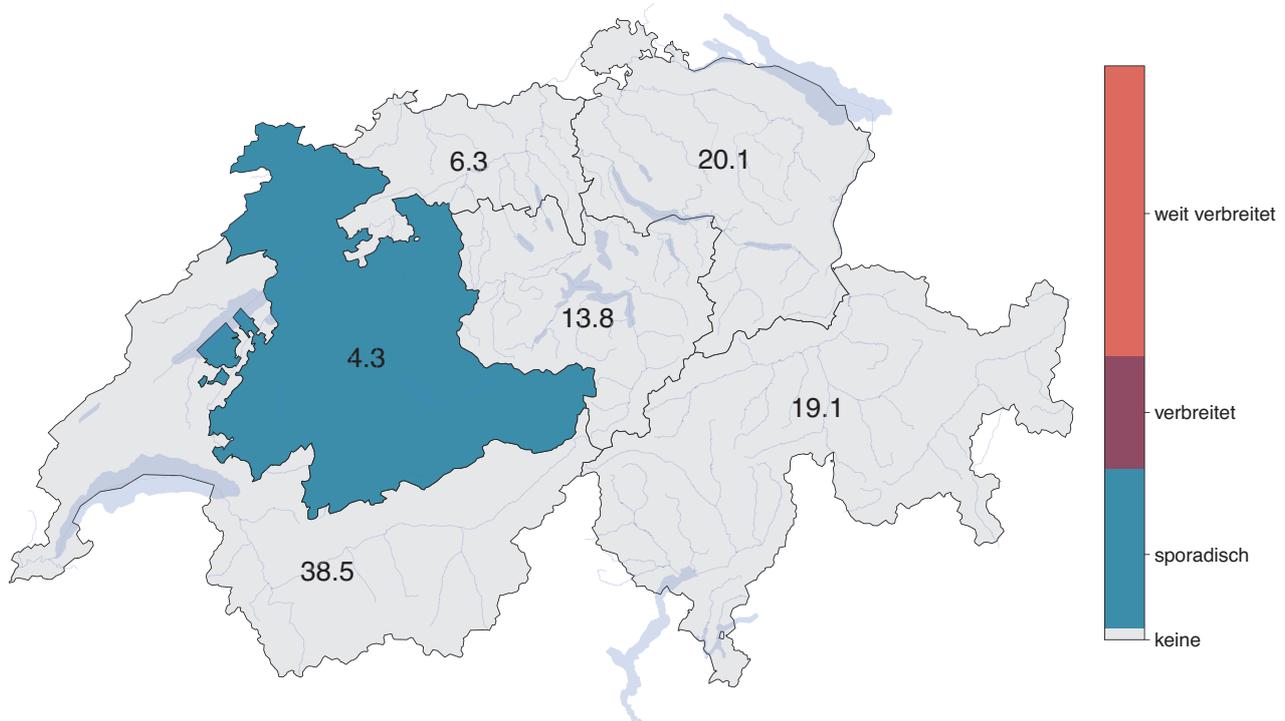
| | Woche 46/2017 | Saison 2017/18 kumulativ | |
|---------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| | Virenverteilung | Virenverteilung | Impfstoffabdeckung* |
| Influenza-positive Proben | 0 von 12 (0%) | 2 von 72 (3%) | ▲ ■ |
| B Victoria | – | 0% | – – |
| B Yamagata | – | 0% | – – |
| B Linie nicht bestimmt | – | 0% | – – |
| A(H3N2) | – | 100% | – – |
| A(H1N1)pdm09 | – | 0% | – – |
| A nicht subtypisiert | – | 0% | – – |

▲ Abgedeckt durch trivalenten Impfstoff 2017/18

■ Abgedeckt durch quadrivalenten Impfstoff 2017/18

Grafik 2

Inzidenz pro 100 000 Einwohner und Verbreitung nach Sentinella-Regionen für die Woche 46/2017



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 den vergangenen Wochen aus allen Ländern eine niedrige Aktivität der grippeähnlichen Erkrankungen gemeldet [1]. Ebenso verzeichneten Nordamerika und Asien eine niedrige Aktivität [2–5].

Die Mehrheit der bisher auf der Nordhalbkugel gefundenen Viren gehören zum Subtyp Influenza A(H3N2) [1–5].

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

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

Referenzen

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 21.11.2017).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 21.11.2017).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadien-sensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 21.11.2017).
4. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 21.11.2017).
5. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 21.11.2017).

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-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 85–100 % dieser ESCR-KP 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.

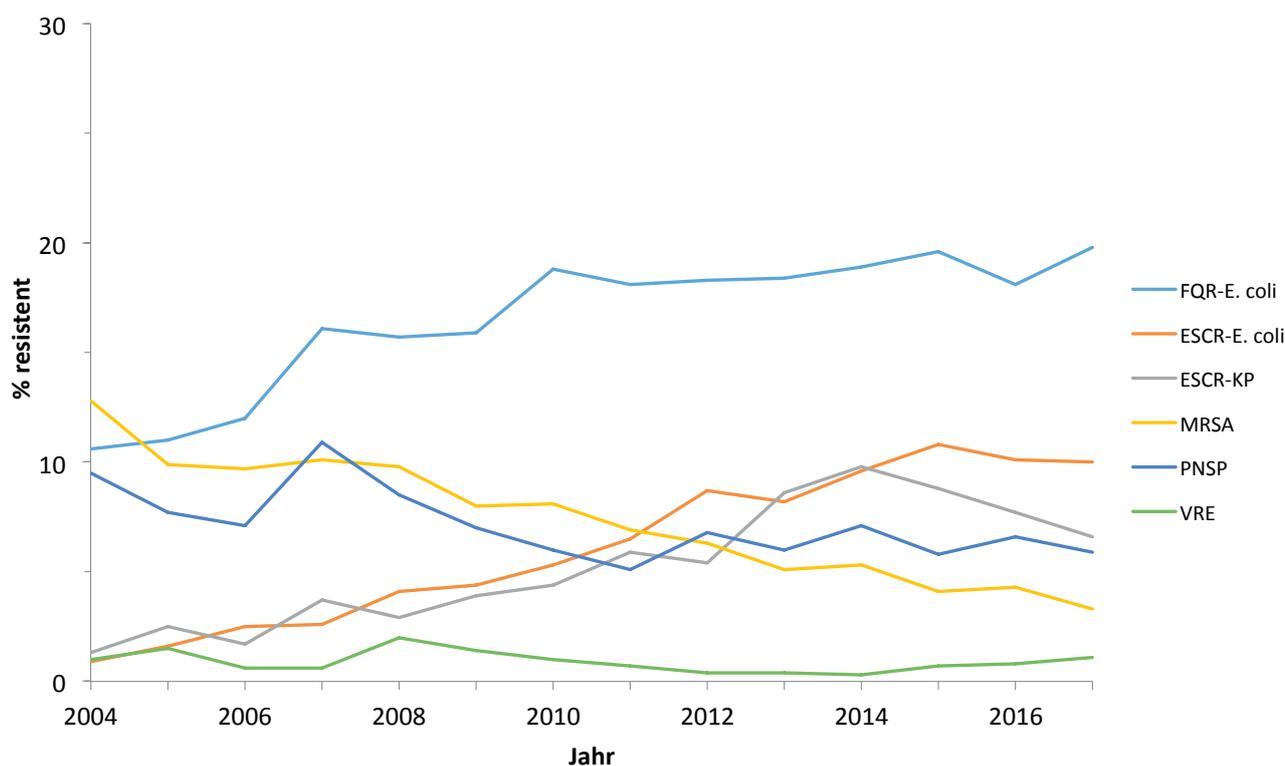
PNSP Penicillin-resistente *Streptococcus pneumoniae*, definiert als alle *S. pneumoniae*, die gegen das Antibiotikum Penicillin intermediär empfindlich oder resistent sind.

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 vom 15.11.2017

Anteil multiresistenter Mikroorganismen (%) in invasiven Isolaten (n) 2004–2017



| Jahr | | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 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 | 18.1 | 19.8 |
| | n | 1'353 | 1'534 | 2'086 | 2'287 | 2'722 | 3'142 | 3'393 | 3'528 | 3'713 | 4'109 | 4'668 | 4'964 | 5'047 | 3'252 |
| 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 | 10.1 | 10.0 |
| | n | 1'420 | 1'622 | 2'167 | 2'359 | 2'804 | 3'258 | 3'528 | 3'695 | 3'712 | 4'102 | 4'676 | 4'991 | 5'069 | 3'273 |
| ESCR-KP | % | 1.3 | 2.5 | 1.7 | 3.7 | 2.9 | 3.9 | 4.4 | 5.9 | 5.4 | 8.6 | 9.8 | 8.8 | 7.7 | 6.6 |
| | n | 238 | 278 | 353 | 427 | 484 | 587 | 656 | 656 | 686 | 730 | 870 | 922 | 998 | 558 |
| 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 | 3.3 |
| | n | 758 | 840 | 1'063 | 1'120 | 1'220 | 1'393 | 1'413 | 1'464 | 1'383 | 1'477 | 1'712 | 1'777 | 1'787 | 1'250 |
| 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 | 6.6 | 5.9 |
| | n | 421 | 470 | 537 | 677 | 669 | 683 | 536 | 593 | 501 | 568 | 539 | 635 | 610 | 454 |
| 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 | 1.1 |
| | n | 191 | 203 | 311 | 335 | 454 | 588 | 611 | 672 | 698 | 761 | 966 | 1'116 | 1'012 | 626 |

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 online verfügbar.

Empfehlungen zur Impfung gegen Herpes Zoster / «Gürtelrose»

Ab sofort wird in der Schweiz die Impfung gegen Herpes Zoster mit dem Impfstoff Zostavax® für Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren sowie für in naher Zukunft immungeschwächte Patientinnen und Patienten im Alter von 50 bis 79 Jahren empfohlen. Die Frage nach der Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist zurzeit noch in Abklärung.

KRANKHEITSBESCHREIBUNG

Herpes Zoster stellt eine endogene Reaktivierung des Varicella-Zoster-Virus (VZV) dar, eines DNA-Virus der Familie Herpesviridae, welches während der Primärinfektion Windpocken verursacht.

In der Schweiz machen die meisten Menschen in ihrer Kindheit die «Windpocken» oder «spitzen Blattern» (Varizellen) durch. Bis zum Alter von 40 Jahren haben mehr als 99 % aller Erwachsenen Kontakt mit VZV. Einmal im Körper bleibt VZV lebenslang in den sensorischen Nervenganglien des Rückenmarks latent (ohne Symptome zu verursachen) vorhanden.

Jede Person, die bereits Windpocken gehabt hat oder VZV infiziert war, kann Gürtelrose entwickeln; die VZV-Reaktivierung ist jedoch häufiger bei immungeschwächten oder älteren Menschen. Das mit dem Alter verbundene Risiko hängt wahrscheinlich zusammen mit der während der Primärinfektion erworbenen, jedoch über die Zeit abnehmenden Immunität sowie mit der spezifischen zellulären Immunität, welche einem natürlichen Alterungsprozess unterliegt. Daraus resultiert mit zunehmendem Alter eine kontinuierliche Zunahme der Schwere von Herpes Zoster und dessen Komplikationen bei Menschen über 50 Jahren.

Nach einer Reaktivierung und Virusreplikation in einem Ganglion können die VZ-Viren von dort via die sensorischen Nerven bis in ein Dermatom (einseitiges Hautsegment) wandern.

Herpes Zoster (HZ) äussert sich als einseitiger, schmerzhafter Hautausschlag, der in der Regel auf das vom betroffenen Nervenganglion versorgte Dermatom begrenzt ist. Der Ausschlag beginnt mit starker Rötung; dann folgen Bläschen, die nach wenigen Tagen eintrocknen, verkrusten und schliesslich abfallen. Begleitet wird der Ausschlag von einem starken Brennen und/oder Schmerzen sowie Allgemeinsymptomen.

Je nach der Lokalisation der Gürtelrose können die Komplikationen und Folgen schwerwiegend sein, vor allem bei einer Infektion im Augenbereich («Zoster ophthalmicus»), was unbehandelt zu einer Erblindung führen kann. Der Augenbereich ist in der Schweiz wie auch in anderen entwickelten Ländern in rund 10 % aller HZ-Fälle betroffen.

Die häufigste Komplikation ist ein chronischer Schmerzzustand, der Wochen oder Monate nach einer Herpes Zoster Erkrankung auftreten kann. Man spricht von einer **Post-Herpetischen Neuralgie (PHN)**, wenn dieser Zustand länger als drei Monate anhält. Teilweise sind die Schmerzattacken sehr stark und können die Lebensqualität der Betroffenen massiv einschränken. Erkrankte ab 65 Jahren sind in rund 20 % von einer PHN betroffen.

Menschen mit einer **zellulären Immunschwäche** haben ein stark erhöhtes Risiko für Herpes Zoster und Komplikationen wie PHN. Dazu zählen etwa Personen mit einer Krebserkrankung, mit fortgeschrittener HIV-Infektion, einer angeborenen Störung der zellulären Immunität oder unter immunsuppressiver Therapie. Sehr selten kann ein Herpes Zoster bei Immungeschwächten zum Tod führen.

EPIDEMIOLOGISCHE DATEN

Anhand der Meldungen der Hausärztinnen und Hausärzte im **Schweizer Sentinella-Meldesystem** in der Periode 1998 bis 2001 wurde die jährliche Zahl von Konsultationen aufgrund von Herpes Zoster auf rund 17 000 geschätzt. 2016 wurde die Überwachung in Sentinella wieder eingeführt und ergab extrapoliert auf die Schweiz rund 21 400 Konsultationen aufgrund einer Herpes Zoster Erkrankung pro Jahr. Etwas mehr als die Hälfte davon betraf Erkrankte im Alter ab 65 Jahren.

IMPfung GEGEN HERPES ZOSTER

2007 wurde in der Schweiz der attenuierte (abgeschwächte) Lebendimpfstoff **Zostavax®** für Personen ab 50 Jahren durch Swismedic zugelassen. **Im Jahr 2010 wurde eine mögliche Impfpflicht** durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) geprüft. Damals wurde aufgrund von fehlenden Langzeit-Wirksamkeitsdaten, eines begrenzten Nutzens für die öffentliche Gesundheit sowie einer ungünstigen Kosten-Nutzen-Analyse entschieden, die Impfung vorerst nicht in den Schweizerischen Impfplan aufzunehmen.

Seit 2010 wurde die Impfung gegen Herpes Zoster in die Impfpläne mehrerer Staaten aufgenommen, etwa Australien,

Frankreich, Kanada, Österreich, Schweden, den USA und England. Zudem wurden in der Zwischenzeit Langzeitdaten zur Wirksamkeit sowie – nach Reduktion des Impfstoffpreises – auch Kosten-Nutzen-Studien (u. a. für die Schweiz) publiziert. Diese zeigten vorwiegend günstige Resultate, weshalb die Frage nach einer Impfpflicht 2015 erneut durch das BAG und die EKIF geprüft wurde.

Auf Basis eines sogenannten Analyserahmens **«Evaluation of zoster vaccine according to the evaluation criteria for the development of national guidelines in Switzerland. 23. Dezember 2015.»** identifizierte die EKIF zwei von Herpes Zoster am meisten betroffenen Zielgruppen und erarbeitete dahingehend spezifische Impfeempfehlungen. Eine leicht vereinfachte Fassung dieses Dokuments ist auf Deutsch und Französisch auf der Webseite des BAG unter www.bag.admin.ch/windpocken abrufbar.

A) Eigenschaften des Impfstoffs

Der Impfstoff Zostavax® ist ein **abgeschwächter Lebendimpfstoff**, dessen Inhaltsstoffe dieselben sind, wie beim monovalenten Impfstoff gegen die Windpocken, ausser dass die Viren-Konzentration ungefähr vierzehnmal höher ist (attenuierter VZV-Stamm Oka/Merck). Er enthält ausserdem Restspuren von Neomycin (eine Kontaktallergie auf Neomycin stellt jedoch keine Kontra-Indikation dar). Der Impfstoff enthält keine Adjuvantien. Zostavax® wird subkutan verabreicht.

B) Wirksamkeit

Die immunologischen Korrelate für einen Schutz vor Herpes Zoster unter den Personen, die bereits die Windpocken gehabt hatten, sind bislang nicht bestimmt; daher existiert zurzeit noch kein immunologischer Marker für einen Schutz vor einer Herpes Zoster Erkrankung.

Klinische Studien (Shingles Prevention Study und weitere^{1, 2, 3}) zeigen, dass durch die Impfung für einen Zeitraum von drei Jahren ungefähr 51% der Herpes-Zoster-Fälle und 67% der Fälle von PHN bei gesunden 60-jährigen oder älteren Personen vermieden werden können. Für den Zeitraum zwischen vier und sieben Jahren nach Impfung verringert sich die Wirksamkeit auf 40% gegenüber Herpes Zoster und 60% gegenüber PHN. Im Zeitraum zwischen sieben und zehn Jahre nach Impfung liegen diese Werte bei 21% bzw. 35%. Im Allgemeinen ist die Impfwirksamkeit bei 60- bis 69-jährigen Geimpften vergleichbar mit derjenigen von 70- bis 79-jährigen Geimpften. Hingegen nimmt sie nach dem Alter von 80 Jahren erheblich ab.

In einer US-amerikanischen Kohortenstudie bei 60-jährigen oder älteren Personen, die mit Zostavax® geimpft waren und welche später eine Chemotherapie hatten, traten 58% weniger Fälle von Herpes Zoster über einen Zeitraum von 30 Monaten auf als ohne Impfung.⁴

C) Unerwünschte Impferscheinungen (UIE)

Die Verträglichkeit und Sicherheit des Impfstoffes Zostavax® wurden in einer grossen Placebo-kontrollierten Studie (Shingles Prevention Study) untersucht, von welcher eine

Untergruppe von Patientinnen und Patienten (n = 6616) Gegenstand einer weiteren Studie war⁵: Die häufigsten UIE waren Lokalreaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung oder Schwellung) bei 48.3% der geimpften Personen (n = 3326), verglichen mit 16.6% in der Placebogruppe (n = 3249). Die meisten Reaktionen waren innert vier Tage nach der Impfung verschwunden.

Ein windpockenartiger Ausschlag für fünf–sechs Tage an der Injektionsstelle wird bei 0.11% der Geimpften im Vergleich zu 0.04% in der Placebo-Gruppe beobachtet. Windpockenartige Ausschläge an anderen Körperstellen dauerten länger, sie waren hingegen in beiden Gruppen gleich häufig. Leichtere systemische UIE, wie vorübergehende Kopfschmerzen, traten in 6.3% bei Geimpften im Vergleich zu 4.9% in der Placebo-Gruppe auf. Bezüglich dem Auftreten von schweren UIE wurde in dieser Studie kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe, die mit Zostavax® geimpft wurde, und der Placebo-Gruppe festgestellt.

Komplikationen im Augenbereich:

Der Canadian Immunization Guide 2016⁶ erwähnt bei Menschen mit Zoster ophthalmicus in ihrer Vorgeschichte mehrere Fälle von erneutem Zoster ophthalmicus, welche weltweit nach einer Impfung gegen Herpes Zoster beobachtet wurden. Eine Kausalitäts-Untersuchung der sieben Zoster-Ophthalmicus-Fälle durch das National Advisory Committee on Immunization (NACI) ergab, dass die verfügbaren Daten nicht ausreichten, um die Lebendimpfung gegen Herpes Zoster Personen mit Zoster ophthalmicus in ihrer Vorgeschichte eindeutig zu empfehlen oder nicht zu empfehlen.

Anlässlich der Post-marketing Überwachung wurden mindestens vier Fälle von nekrotisierender Retinitis festgestellt bei polymorbiden Patientinnen / Patienten (rheumatoide Arthritis, Mammakarzinom, Retinitis in der Vorgeschichte sowie Toxoplasmose); bei einem Fall einer 80-jährigen Patientin umfasste die Behandlung unter anderem Methotrexat (ohne Angaben zur Dosierung).⁷ Allerdings sind diese schwerwiegenden Fälle glücklicherweise extrem selten im Vergleich zu den weltweit bislang rund 32 Millionen verabreichten Dosen Zostavax®.

D) Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen

Zostavax® ist **kontraindiziert** bei einer bekannten Überempfindlichkeit auf VZV-Impfstoffe (Varizellenimpfstoff!) oder auf Inhaltsstoffe, bei Kindern und Jugendlichen, während einer Schwangerschaft, bei aktiver, unbehandelter Tuberkulose sowie bei Personen mit einer mittelgradigen oder schweren Störung der zellulären Immunabwehr, sei es angeboren oder erworben (siehe Details im untenstehenden Kapitel Impfeempfehlungen). Die Verabreichung von Zostavax® sollte bei Personen mit akuter Erkrankung verschoben werden.

Personen unter immunsuppressiver Behandlung:

Die Lebendimpfung gegen Herpes Zoster (Zostavax®) darf nicht verabreicht werden an Patientinnen und Patienten, welche kürzlich oder aktuell eine immunsuppressive Therapie erhalten (haben), insbesondere falls verschiedene Wirkstoffe verabreicht

werden (bzw. wurden). Die Impfung ist jedoch nicht kontraindiziert für Patientinnen und Patienten unter topischen oder inhalativen Kortikosteroiden, niedrig-dosierten Kortikosteroiden oder niedrig-dosierten Immunsuppressiva, **mit Ausnahme von Methotrexat, unter welchem gemäss Swissmedic unabhängig von der Dosis die Impfung gegen Herpes zoster kontraindiziert ist.**

E) Gleichzeitige Verabreichung mit anderen Impfungen, medikamentöse Interaktionen

Zostavax® kann gleichzeitig mit der Impfung gegen Influenza verabreicht werden, möglichst an unterschiedlichen Körperstellen. Die gleichzeitige Verabreichung von Zostavax® mit weiteren Impfstoffen wurde nicht untersucht.

Die Impfwirksamkeit gegenüber Herpes Zoster kann im Falle einer systemischen antiviralen Behandlung wie Acyclovir, Valacyclovir oder Famciclovir reduziert sein. Nach Ansicht von Expertinnen und Experten sollen Personen, die eine antivirale Langzeittherapie erhalten, diese Therapie bei Möglichkeit mindestens 24 Std. vor und bis zu 14 Tage nach der Impfung gegen Herpes Zoster aussetzen.

Es existieren keine Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Zostavax bei Patientinnen und Patienten, die vor kurzer Zeit Immunglobuline oder andere Blutprodukte erhielten. Die Impfung zeigt sich jedoch immunogen bei Erwachsenen, die bereits Antikörper gegenüber VZV besitzen, selbst wenn die Gabe von Immunglobulinen die Immunantwort theoretisch nicht beeinflussen sollte. Deshalb sehen einige Expertinnen und Experten die Gabe von Immunglobulinen oder Blutprodukten nicht als Grund an, die Impfung gegen Herpes Zoster zu verschieben.

Vergütung: Die Frage, ob die empfohlene Impfung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) für eine oder beide Zielgruppen vergütet wird, ist **zurzeit noch** durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) **in Abklärung.**

IMPFEHRLICHUNGEN

Eine einmalige Impfung (Einzeldosis) mit Zostavax® wird von BAG/EKIF für die zwei von Herpes Zoster am meisten betroffenen Zielgruppen empfohlen, d. h. **a) für immunkompetente Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren;** und **b) für in naher Zukunft voraussichtlich bzw. wahrscheinlich immungeschwächte Patientinnen und Patienten im Alter von 50 bis 79 Jahren.** Die detaillierten Impfehlungen gelten in der Schweiz ab sofort.

Zu beachten gilt, dass diese Impfung weder zur Prävention von Varizellen noch zur Behandlung von Herpes Zoster oder PHN geeignet ist.

a) Empfohlene ergänzende Impfung für immunkompetente Personen zwischen 65 und 79 Jahren

Die Impfung wird unabhängig davon empfohlen, ob die Person die Varizellen und/oder Herpes Zoster bereits durchgemacht hatte. Prinzipiell ist es auch nicht erforderlich, die Immunität gegenüber VZV vor einer Impfung mit Zostavax® zu überprüfen.

b) Empfohlene Impfung für Risikogruppen; d. h. für eine definierte Gruppe von in naher Zukunft immungeschwächten Patientinnen und Patienten zwischen 50 und 79 Jahren, aktuell noch ohne oder mit nur «leichter» Immunschwäche, bei welcher eine Immunschwäche erwartet wird, etwa aufgrund einer geplanten Immunsuppression. Verabreicht werden sollte die Impfung mindestens 4 Wochen bevor von einer mittel- oder schwergradigen Immunschwäche ausgegangen werden kann.

Bei dieser Empfehlung muss sorgfältig zwischen möglichen Risiken (Alter, Polymorbidität und Polymedikation) sowie dem erwarteten Nutzen der Impfung abgewogen werden, falls erforderlich sollte eine Spezialistin / ein Spezialist für Immunologie und/oder Vakzinologie herbeigezogen werden.

In Übereinstimmung mit den US-amerikanischen Empfehlungen der *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*^{8,9} kann **Zostavax®** jedoch **Personen mit einer bestehenden «leichten» Immunschwäche bzw. Immunsuppression** verabreicht werden, dies **jedoch nur unter den folgenden Voraussetzungen:**

- Personen mit einer **malignen Erkrankung des blutbildenden Systems:** Nur während einer Remission und frühestens drei Monate nach Ende einer Chemo- oder Strahlentherapie.
- **HIV-positive Personen:** Falls diese VZV seropositiv sind und wenn die Anzahl der CD4+ T-Zellen ≥ 200 Zellen / μ l oder $\geq 15\%$ aller Lymphozyten insgesamt beträgt.
- Personen unter **Behandlung mit Kortikosteroiden:**
 - a) Wenn die **Therapiedauer weniger als 14 Tage** beträgt,
 - b) Wenn die **Dosierung gering bis moderat** ist (d. h. <20 mg / Tag Prednison oder Dosis-äquivalent),
 - c) Wenn die Therapie **topisch** ist (kutan, intranasal, inhalativ, intra-artikulär) und/oder
 - d) Wenn es sich um eine **diskontinuierliche systemische Behandlung** mit einem Steroid von kurzer Wirkungs-dauer handelt und die Dosierung gering bis moderat ist (siehe oben).

In allen anderen Fällen darf die Impfung frühestens einen Monat nach Therapie-Ende verabreicht werden.
- Personen unter Behandlung mit **anderen Immunsuppressiva:** Azathioprin Azathioprin (< 3 mg/kg/Tag); 6-Mercaptopurin ($< 1,5$ mg/kg/Tag) zur Behandlung von rheumatoider Arthritis, Polymyositis, Psoriasis, Sarkoidose, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen oder anderen entzündlichen Systemerkrankungen;
- Personen mit klinischen oder labordiagnostischen Hinweisen auf eine **humorale Immundefizienz** (Hypogamma-, Dysgammaglobulinämie) können die Impfung erhalten. (Sie ist jedoch kontraindiziert bei Patientinnen und Patienten mit zellulärer Immundefizienz.)
- Personen nach **Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen:** Sofern eine Impfindikation vorliegt, sollte der Impfstoff frühestens 24 Monate nach der Transplantation verabreicht werden.

- Personen mit **rekombinanter immunmodulatorischer Therapie** (insbesondere Adalimumab, Etanercept, Infliximab): Grundsätzlich sollte der Impfstoff vor Beginn der Behandlung oder aber frühestens einen Monat nach Therapie-Ende verabreicht werden. Ausnahme: Für Rituximab frühestens 12 Monate nach Therapie-Ende.
- Personen mit geplanter **Transplantation eines soliden Organs**: Zwischen der Verabreichung eines attenuierten Lebendimpfstoffs und einer Organtransplantation wird ein Mindestintervall von 4 Wochen (30 Tagen) vorgeschlagen.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
 Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
 Abteilung Übertragbare Krankheiten
 Sektion Impfeempfehlungen und Bekämpfungsmassnahmen
 Telefon 031 323 87 95

Literatur

¹ Oxman MN, Levin M and the Shingles Prevention Study Group. Vaccination against Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. *J Infect Dis.* 2008 Mar 1;197 Suppl 2:S228-36. doi: 10.1086/522159. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419402

² Schmader KE1, Oxman MN, Levin MJ et al. Persistence of the efficacy of zoster vaccine in the shingles prevention study and the short-term persistence substudy. *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1320-8. doi: 10.1093/cid/cis638. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828595

³ Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, et al. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. *Clin Infect Dis.* 2015 Mar 15;60(6):900-9. doi: 10.1093/cid/ciu918. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754

⁴ Tseng HF, Tartof S, Harpaz R et al. Vaccination against zoster remains effective in older adults who later undergo chemotherapy. *Clin Infect Dis.* 2014 Oct;59(7):913-9. doi: 10.1093/cid/ciu498. Epub 2014 Aug 4. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097079

⁵ Simberkoff MS, Arbeit RD, Johnson GR et al. Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010 May 4;152(9):545-54. doi: 10.7326/0003-4819-152-9-201005040-00004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439572

⁶ Government of Canada. November 2016. Canadian Immunization Guide: Part 4 - - Active Vaccines. Herpes Zoster (Shingles) Vaccine. [www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-8-herpes-zoster-\(shingles\)-vaccine.html?_ga=2.120180682.358111895.1511273680-681780835.1485774918](http://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-8-herpes-zoster-(shingles)-vaccine.html?_ga=2.120180682.358111895.1511273680-681780835.1485774918)

⁷ Charkoudian LD1, Kaiser GM et al. Acute retinal necrosis after herpes zoster vaccination. *Arch Ophthalmol.* 2011 Nov;129(11):1495-7. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.320. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084222

⁸ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and mortality weekly report. 2008(57(RR-5)):1-30. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528318

⁹ Hales CM et al. Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Aug 22;63(33):729-31 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144544

Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'herpes zoster («fuoco di Sant'Antonio»)

D'ora in poi in Svizzera la vaccinazione contro l'herpes zoster con il vaccino Zostavax® è raccomandata per le persone di età compresa tra 65 e 79 anni, nonché per i pazienti di età compresa tra 50 e 79 anni per i quali è previsto un trattamento immunosoppressivo in un futuro prossimo. Un rimborso da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è in corso di valutazione.

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA

L'herpes zoster (comunemente chiamato fuoco di Sant'Antonio) è la conseguenza di una riattivazione del virus varicella-zoster (VVZ), virus a DNA della famiglia degli Herpesviridae, che, al momento della primo-infezione, è all'origine della varicella.

In Svizzera, nella maggior parte dei casi la varicella si contrae durante l'infanzia. Più del 99% degli adulti fino a 40 anni di età sono entrati in contatto con il VVZ. In seguito alla primo-infezione, il VVZ rimane sotto forma latente per tutta la vita nei gangli nervosi sensoriali del midollo spinale.

Chiunque abbia già avuto una varicella può sviluppare un herpes zoster; tuttavia, la riattivazione del VVZ è più frequente nelle persone immunodepresse o anziane, il rischio associato all'età essendo probabilmente legato al declino osservato durante il normale processo di invecchiamento dell'immunità acquisita al momento della primo-infezione e dell'immunità specifica a mediazione cellulare. Pertanto, si osserva un aumento progressivo della gravità dell'herpes zoster e delle sue complicazioni nelle persone di età superiore a 50 anni.

In seguito alla riattivazione e alla replicazione del virus in un ganglio, questo migra attraverso i nervi sensoriali verso il dermatomero corrispondente. L'herpes zoster si manifesta sotto forma di eruzione cutanea dolorosa unilaterale, generalmente limitata al dermatomero innervato dal ganglio nervoso interessato. L'eruzione inizia con un importante arrossamento, seguito dall'apparizione di vescicole che seccano dopo pochi giorni e formano una crosta che infine si stacca. L'eruzione è accompagnata da un'intensa sensazione di bruciore e/o da dolori con sintomi generali. A seconda della localizzazione, le complicazioni dell'herpes zoster acuto possono essere gravi, in particolare in caso d'infezione oculare con un rischio di cecità se un trattamento non è intrapreso. In Svizzera come nella maggior parte dei paesi occidentali, la prevalenza stimata dell'herpes zoster oftalmico è di circa il 10%.

La complicazione più frequente è uno stato doloroso cronico, che può comparire a distanza di settimane o mesi dall'insor-

genza di un herpes zoster. Se questo stato dura più di tre mesi, si parla di **nevralgia postherpetica (NPE)**. Gli attacchi dolorosi sono talvolta molto intensi e possono compromettere notevolmente la qualità di vita delle persone che ne sono affette. La NPE colpisce circa il 20% dei malati di più di 65 anni.

Le persone affette da un deficit dell'**immunità cellulare** presentano un rischio maggiore di essere colpite dall'herpes zoster e dalle sue complicazioni come la NPE. Più specificamente, fanno parte di questa categoria i pazienti affetti da una malattia tumorale, le persone con un'infezione HIV avanzata e quelle affette da un disturbo congenito dell'immunità cellulare o sottoposte a terapia immunosoppressiva. In casi molto rari, l'herpes zoster può avere esito letale nelle persone immunodepresse.

DATI EPIDEMIOLOGICI

In base alle dichiarazioni dei medici di famiglia nel **sistema di dichiarazione svizzero Sentinella**, nel periodo dal 1998 al 2001 il numero annuo di visite mediche per herpes zoster è stimato in circa 17 000. Reintrodotta nel 2016, la sorveglianza nel sistema Sentinella ha evidenziato, estrapolate su tutta la Svizzera, circa 21 400 visite mediche per herpes zoster. Poco più della metà delle persone colpite avevano più di 65 anni.

VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER

Nel 2007 Swissmedic ha autorizzato in Svizzera il vaccino vivo attenuato **Zostavax®** per le persone a partire dai 50 anni d'età. Nel 2010 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Commissione federale per le vaccinazioni (CFV) hanno valutato la possibilità di una raccomandazione di vaccinazione. All'epoca era stato deciso di non inserire ancora la vaccinazione nel calendario vaccinale svizzero a causa di dati insufficienti sull'efficacia a lungo termine, dell'utilità limitata per la salute pubblica e di un'analisi costi-benefici sfavorevole.

Dal 2010 la vaccinazione contro l'herpes zoster è stata inserita nei calendari vaccinali di diversi paesi come l'Australia, la Francia, il Canada, l'Austria, la Svezia, gli Stati Uniti e l'Inghilterra. Inoltre, nel frattempo sono stati pubblicati dati sull'efficacia a lungo termine e, in seguito alla riduzione del prezzo

del vaccino, nuovi studi sul rapporto costi-benefici (anche per la Svizzera) mostrano dei risultati più favorevoli; per questo motivo nel 2015 la questione di una raccomandazione di vaccinazione è stata nuovamente esaminata da parte dell'UFSP e della CFV. Sulla base di un quadro analitico « **Evaluation of zoster vaccine according to the evaluation criteria for the development of national guidelines in Switzerland. 23 décembre 2015.** », la CFV ha identificato due gruppi suscettibili di beneficiare di questa vaccinazione e ha elaborato di conseguenza delle raccomandazioni di vaccinazione. Una versione leggermente semplificata di questo documento è disponibile in tedesco e in francese sul sito web del UFSP: www.bag.admin.ch/varicella.

A) Caratteristiche del vaccino

Il vaccino Zostavax® è un **vaccino vivo attenuato** i cui componenti sono gli stessi del vaccino monovalente contro la varicella ma di cui la concentrazione del virus è circa 14 volte più alta (ceppo attenuato Oka/Merck del VVZ). Contiene tracce di neomicina (tuttavia, un'allergia da contatto alla neomicina non rappresenta una controindicazione). Non contiene adiuvanti. Zostavax® deve essere somministrato per via sottocutanea.

B) Efficacia

I correlati immunitari della protezione contro l'herpes zoster nelle persone che hanno avuto la varicella non sono ancora stati stabiliti; non esiste dunque per il momento nessun marcatore immunologico di protezione.

Gli **studi clinici** (Shingles Prevention Study e altri^{1,2,3}) mostrano che, 3 anni dopo la vaccinazione, circa il 51% dei casi di herpes zoster e il 67% dei casi di NPE sono evitati nelle persone in buona salute di 60 anni e più. In seguito, per il periodo che va dai 4 ai 7 anni dopo la vaccinazione, l'efficacia diminuisce a circa il 40% contro l'herpes zoster e al 60% per quanto concerne la NPE. Per il periodo dai 7 ai 10 anni dopo la vaccinazione, questi tassi diminuiscono rispettivamente al 21% e al 35%. In generale, l'efficacia resta paragonabile nelle persone vaccinate di 60–69 anni in confronto a quelle che ricevono il vaccino all'età di 70–79 anni. Per contro, diminuisce considerevolmente dopo l'età di 80 anni.

In uno studio di coorte americano, nei pazienti di 60 anni e più che sono stati vaccinati con Zostavax® e che hanno in seguito avuto una chemioterapia, sono stati evitati il 58% dei casi di herpes zoster durante un periodo di 30 mesi.⁴

C) Effetti indesiderati (EIV)

La tolleranza e la sicurezza del vaccino Zostavax® sono state valutate in un ampio studio controllato con placebo (Shingles Prevention Study) nel quale un sotto-gruppo di soggetti (n = 6616) ha fatto l'oggetto di un monitoraggio specifico⁵: gli EIV più frequenti erano delle reazioni locali al sito d'iniezione (dolore, gonfiore e rossore) presenti nel 48.3% dei soggetti vaccinati (n = 3326) contro il 16.6% nel gruppo placebo (n = 3249); la maggior parte delle reazioni erano sparite 4 giorni dopo la somministrazione del vaccino. Un'eruzione cutanea varicelliforme della durata di 5–6 giorni nel sito d'iniezione è

stata osservata nello 0.11% dei vaccinati contro lo 0.04% nel gruppo placebo; le eruzioni varicelliformi altrove sul corpo erano paragonabili nei due gruppi e sono durate più a lungo. Gli EIV sistemici benigni, come le cefalee, erano del 6.3% nei soggetti vaccinati contro il 4.9% nel gruppo placebo. Nel corso di questo studio non è stata messa in evidenza alcuna differenza statisticamente significativa tra il gruppo vaccinato e il gruppo placebo per quanto concerne la comparsa di EIV gravi.

Complicazioni oculari:

Il Manuale canadese d'immunizzazione 2016⁶ riferisce diversi casi di herpes zoster oftalmico segnalati a livello mondiale dopo la vaccinazione contro l'herpes zoster nelle persone con antecedenti di herpes zoster oftalmico. La valutazione della causalità di 7 casi di herpes zoster oftalmico effettuata dal Comitato consultivo nazionale dell'immunizzazione del Canada ha concluso che i dati disponibili non erano sufficienti per raccomandare o sconsigliare la somministrazione del vaccino contro l'herpes zoster nelle persone con antecedenti di herpes zoster oftalmico.

Nel corso del monitoraggio post-marketing, almeno 4 casi di retinite necrotizzante sono stati osservati in persone con una polimorbilità (artrite reumatoide, carcinoma mammario, antecedenti di retinite e toxoplasmosi); per uno dei casi, una paziente di 80 anni, il trattamento comprendeva tra le altre cose del Metotrexato (dosaggio non precisato).⁷ Tuttavia, questi eventi gravi sono fortunatamente estremamente rari rispetto ai 32 milioni di dosi di Zostavax® somministrate fino ad oggi.

D) Controindicazioni e precauzioni

Zostavax® è **controindicato** nelle persone che presentano un'ipersensibilità conosciuta al vaccino (vaccino contro la varicella!) o ad altri componenti, nei bambini e negli adolescenti, durante la gravidanza, in caso di tubercolosi attiva non trattata, nelle persone che soffrono di un deficit moderato o grave dell'immunità cellulare, congenito o acquisito (vedi dettagli nel capitolo raccomandazioni).

La vaccinazione contro l'herpes zoster dovrebbe essere differita nelle persone con una malattia acuta in corso.

Persone sotto trattamento immunosoppressore :

Il vaccino contro l'herpes zoster non dovrebbe essere somministrato ai pazienti che hanno seguito recentemente o che stanno tuttora seguendo un trattamento immunosoppressore, in particolare nel caso in cui diversi medicinali sono associati. Tuttavia, il vaccino non è controindicato per i pazienti che ricevono dei corticosteroidi topici o per via inalatoria, dei corticosteroidi a basse dosi, dei medicinali immunosoppressivi a basse dosi, **ad eccezione del Metotrexato, sotto terapia del quale, secondo Swissmedic, la vaccinazione è controindicata a qualsiasi dosaggio.**

E) Somministrazione simultanea di altri vaccini, interazioni medicamentose

Zostavax® può essere somministrato contemporaneamente al vaccino contro l'influenza ma in siti d'iniezione diversi. La somministrazione simultanea di Zostavax® con altri vaccini non è stata valutata.

L'efficacia del vaccino contro VVZ può essere ridotta in presenza di un trattamento antivirale sistemico come acyclovir, valacyclovir o famciclovir. Secondo il parere d'esperti, si raccomanda alle persone che ricevono un trattamento antivirale da lungo tempo di smettere di assumere tale medicamento, se possibile, almeno 24 ore prima della somministrazione di un vaccino contro VVZ e fino a 14 giorni dopo la vaccinazione.

Non esiste alcun dato sull'innocuità o l'efficacia del vaccino contro l'herpes zoster nelle persone che hanno recentemente ricevuto delle immunoglobuline o altri prodotti sanguigni, tuttavia il vaccino è conosciuto per essere immunogeno negli adulti che hanno degli anticorpi VVZ preesistenti, cosicché, in teoria, la somministrazione d'immunoglobuline non dovrebbe perturbare la risposta immunitaria al vaccino. Di conseguenza, taluni esperti non considerano la somministrazione d'immunoglobuline o di altri prodotti sanguigni come una ragione di ritardare la somministrazione del vaccino contro l'herpes zoster.

RIMBORSO DELLA VACCINAZIONE

La questione del rimborso da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) della vaccinazione raccomandata per l'uno o per i due gruppi di persone menzionate è **ancora in valutazione** da parte del Dipartimento federale dell'interno (DFI).

RACCOMANDAZIONI DI VACCINAZIONE

Una **vaccinazione unica (una sola dose) di Zostavax®** è raccomandata dall'UFSP e dalla CFV per i due gruppi di persone più toccate dall'herpes zoster e cioè per **a) le persone immunocompetenti con età compresa tra 65 e 79 anni;** e **b) le persone con età compresa tra 50 e 79 anni che saranno prevedibilmente immunosopresse in un futuro prossimo.** Le raccomandazioni dettagliate di vaccinazione sono valide da subito in Svizzera.

Da notare che questo vaccino non è destinato alla prevenzione della varicella né al trattamento dell'herpes zoster o della NPE.

a) Vaccinazione raccomandata complementare per le persone immunocompetenti di età compresa tra 65 e 79 anni.

La vaccinazione è raccomandata indipendentemente dal fatto che la persona abbia contratto la varicella e/o l'herpes zoster in passato. In principio, non è necessario testare l'immunità per il VVZ prima di una vaccinazione con Zostavax®.

b) Vaccinazione raccomandata per i gruppi a rischio, cioè per un gruppo definito di persone di età compresa tra 50 e 79 anni, che attualmente non presentano alcuna immunodeficienza o solo un'immunodeficienza « leggera » e per le quali ci si attende un'immunodeficienza a causa dell'introduzione prossima di un trattamento immunosoppressore. La vaccinazione dovrebbe essere somministrata almeno 4 settimane prima di una immunodeficienza moderata o severa pianificata.

Questa raccomandazione deve fare l'oggetto di una valutazione precisa dei rischi (età, presenza di polimorbilità e di polimedicazione) e dei benefici attesi dalla vaccinazione contro l'herpes zoster e se necessario di un parere presso uno specialista in immunologia e/o vaccinologia.

In accordo con le raccomandazioni degli *US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*^{8,9}, **Zostavax®** può tuttavia essere somministrato alle **persone che presentano una leggera immunodeficienza, rispettivamente una leggera immunosoppressione, ma solo alle condizioni seguenti :**

- persone con **emopatia maligna**: solo durante una remissione e al più presto 3 mesi dopo la fine di una chemioterapia o di una radioterapia;
- persone **HIV positive**: se sono sieropositive a VZV e se il numero di cellule T e CD4 è ≥ 200 cellule/ μ l o rappresenta $\geq 15\%$ di tutti i linfociti;
- persone in **trattamento con corticosteroidi**:
 - a) se la **durata della terapia è inferiore a 14 giorni**,
 - b) se il **dosaggio è basso – moderato** cioè < 20 mg / giorno di prednisone o di una dose equivalente),
 - c) se la terapia è **topica** (cutanea, intranasale, per inalazione, intra-articolare), e/o,
 - d) se si tratta di un **trattamento sistemico discontinuo** con uno steroide che ha una corta durata d'azione e che il dosaggio è basso-moderato (vedi qui sopra).
 In tutti gli altri casi, il vaccino potrà essere somministrato al più presto 1 mese dopo la fine della terapia.
- persone trattate con **altri immunosoppressori**: Azatioprina (< 3 mg/kg/giorno) ; 6-mercaptopurina ($< 1,5$ mg/kg/giorno) per il trattamento di artrite reumatoide, polimiosite, psoriasi, sarcoidosi, affezioni infiammatorie intestinali o di altre malattie sistemiche infiammatorie.
- persone con evidenza clinica o biologica **d'immunodeficienza umorale** (ipogamma-, disgammaglobulinemia): possono ricevere la vaccinazione (tuttavia, è sconsigliata alle persone che presentano un'immunodeficienza cellulare).
- persone dopo **trapianto di cellule staminali ematopoietiche**: a condizione che vi sia un'indicazione di vaccinazione, deve essere somministrata al più presto 24 mesi dopo il trapianto.
- persone sotto trattamento immunomodulatore ricombinante (in particolare Adalimumab, Etanercept, Infliximab): in principio, il vaccino deve essere somministrato prima dell'inizio del trattamento o al più presto 1 mese dopo la fine del trattamento. Eccezione: per il Rituximab, al più presto 12 mesi dopo la fine del trattamento.
- persone per le quali è programmato un **trapianto di organo solido**: tra la somministrazione del vaccino vivo attenuato e il trapianto di un organo solido è consigliato un intervallo di almeno 4 settimane (30 giorni).

Contatto

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione Salute pubblica
Divisione Malattie trasmissibili
Sezione raccomandazioni di vaccinazione e misure di controllo
Tel.: +41 58 463 87 06

letteratura

- ¹ Oxman MN, Levin M and the Shingles Prevention Study Group. Vaccination against Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. *J Infect Dis.* 2008 Mar 1;197 Suppl 2:S228-36. doi: 10.1086/522159. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419402
- ² Schmader KE1, Oxman MN, Levin MJ et al. Persistence of the efficacy of zoster vaccine in the shingles prevention study and the short-term persistence substudy. *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1320-8. doi: 10.1093/cid/cis638. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828595
- ³ Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, et al. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. *Clin Infect Dis.* 2015 Mar 15;60(6):900-9. doi: 10.1093/cid/ciu918. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754
- ⁴ Tseng HF, Tartof S, Harpaz R et al. Vaccination against zoster remains effective in older adults who later undergo chemotherapy. *Clin Infect Dis.* 2014 Oct;59(7):913-9. doi: 10.1093/cid/ciu498. Epub 2014 Aug 4. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097079
- ⁵ Simberkoff MS, Arbeit RD, Johnson GR et al. Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010 May 4;152(9):545-54. doi: 10.7326/0003-4819-152-9-201005040-00004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439572
- ⁶ Gouvernement du Canada. Novembre 2016. Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Vaccin contre le zona. www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-8-vaccin-contre-zona.html
- ⁷ Charkoudian LD1, Kaiser GM et al. Acute retinal necrosis after herpes zoster vaccination. *Arch Ophthalmol.* 2011 Nov;129(11):1495-7. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.320. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084222
- ⁸ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and mortality weekly report.* 2008(57(RR-5)):1-30. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528318
- ⁹ Hales CM et al. Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Aug 22;63(33):729-31 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144544

Neuer Praxisleitfaden Adipositas für Ärztinnen/Ärzte und Gesundheitsfachleute

Der neue Praxisleitfaden Adipositas soll die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen stärken und dazu beitragen, die Behandlung von Adipositas-Betroffenen im Praxisalltag zu optimieren. Er ist auf der Grundlage des Adipositas-Consensus (2016) erarbeitet worden und soeben erschienen.

Grundlage des Praxisleitfadens Adipositas ist der Adipositas-Consensus. Dieser wurde im Jahr 2016 von der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) und der Schweizerischen Arbeitsgruppe Metabolismus und Obesitas (SAMO/ASEMO) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit bereits zum dritten Mal überarbeitet.

Der Consensus selbst dient als Richtlinie für die Adipositas-Therapie in der Grundversorgung. Interessierte Ärztinnen und Ärzte haben damit ein Instrument zur Hand, das hilft, die Problematik der Adipositas im Rahmen eines fächerübergreifenden Konzepts zu verstehen und besser behandeln zu können. Dieser ist unter www.sgedssed.ch/consensus-adipositas verfügbar.

KURZVERSION DES CONSENSUS NEU ALS PRAXISLEITFADEN ADIPOSITAS ERHÄLTlich

Um den Consensus auch in der täglichen Praxis der Gesundheitsfachleute besser nutzen zu können, haben BAG und SGED/SAMO gemeinsam eine praxistaugliche Kurzversion des Adipositas-Consensus verfasst. Unter Mitwirkung von verschiedenen Berufsgruppen und Experten wurde deshalb der Praxisleitfaden Adipositas für Ärztinnen/Ärzte und

Gesundheitsfachpersonen verfasst. Der Leitfaden beinhaltet ein Adipositas-Behandlungsschema, welches die multiprofessionelle Zusammenarbeit betont und bietet ein Praxistool mit hilfreichen Links und Verweisen zu Fachorganisationen an.

An der Jahrestagung der Schweiz. Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) vom 16. November 2017 wurde die Kurzversion vorgestellt. Sie kann seit Mitte November unter www.sgedssed.ch in Deutsch, Französisch und Italienisch bestellt oder als PDF heruntergeladen werden.

Kontakt:

Nadine Stoffel-Kurt
Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung
Tel. 058 465 58 14
nadine.stoffel-kurt@bag.admin.ch

Referenzen, Literatur :

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/praxisleitfaden-adipositas.html>



Studie der Universität Bern zum Cannabiskonsum nicht bewilligungsfähig

Das Gesuch des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des klinischen Studienzentrums der Universität Bern für die Durchführung einer wissenschaftlichen Studie zum legalen Verkauf von Cannabis zu Genusszwecken kann nicht bewilligt werden. Das geltende Betäubungsmittelgesetz verbietet den Konsum von Cannabis zu nicht-medizinischen Zwecken. Damit solche Studien bewilligt werden können, müsste das Betäubungsmittelgesetz mit einem «Experimentierartikel» ergänzt werden.

Am 10. Mai 2017 hat die Universität Bern beim BAG eine Ausnahmegewilligung für die Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie beantragt. Die Studie sieht vor, dass die Teilnehmenden den Cannabis über Apotheken beziehen können. Damit soll untersucht werden, wie sich ein regulierter Verkauf von Cannabis auf die Konsumentinnen und Konsumenten und auf den illegalen Cannabismarkt in der Stadt Bern auswirkt.

In der Schweiz sind unter anderem Anbau, Herstellung, Inverkehrbringen, Besitz und Konsum von Cannabis gemäss dem aktuell gültigen Betäubungsmittelgesetz verboten. Für wissenschaftliche Forschungsprojekte oder für die beschränkte medizinische Anwendung können Anbau, Herstellung und Inverkehrbringen von Cannabis ausnahmsweise bewilligt werden. Der Konsum zu Genusszwecken, wie ihn die vorliegende Studie vorsieht und voraussetzt, bleibt aber in jedem Fall verboten und kann nach Betäubungsmittelgesetz nicht bewilligt werden, auch nicht im Rahmen von wissenschaftlichen Studien. Aus diesem Grund konnte das BAG die Ausnahmegewilligung nicht erteilen. Die Universität Bern als Gesuchstellerin hat nun 30 Tage Zeit, gegen diesen Entscheid Beschwerde einzureichen.

Es besteht jedoch das gesundheitspolitische Anliegen, mit solchen Studien neue Formen des gesellschaftlichen Umgangs mit Cannabis zu erforschen. Es wäre denn auch grundsätzlich zu begrüssen, neue Regulierungsmodelle wissenschaftlich analysieren zu können.

Um solche Studien bewilligen zu können, müsste das Betäubungsmittelgesetz mit einem Experimentierartikel ergänzt werden. Damit könnte das Verbot des Konsums von Cannabis zu Genusszwecken während einer bestimmten Zeit und beschränkt auf bestimmte Orte und einen bestimmten Adressatenkreis für wissenschaftlich begleitete Studien ausser Kraft gesetzt werden.

Für Rückfragen:

Bundesamt für Gesundheit
Kommunikation,
Tel. +41 58 462 95 05
media@bag.admin.ch

Verantwortliches Departement:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Schweizer Gesundheitssystem: Ältere Personen informieren sich häufig online

Die Mehrheit der Menschen in der Schweiz ab 65 Jahren beurteilt das Schweizer Gesundheitssystem grundsätzlich positiv. Dies hat eine breite internationale Bevölkerungsbefragung ergeben, die unter der Schirmherrschaft der Stiftung Commonwealth Fund in 11 Ländern durchgeführt und in Washington präsentiert wurde. Wie die Befragung zeigt, informieren sich viele ältere Personen über Gesundheitsthemen im Internet. Zudem werden Präventionsmassnahmen mit einer medizinischen Fachperson in der Westschweiz öfter thematisiert als in der deutschen Schweiz.

Die über 65-Jährigen in der Schweiz sind mit der Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich zufrieden. Vier Fünftel von insgesamt gut 3200 Befragten dieser Alterskategorie sind mit der Qualität der Versorgung zufrieden. Damit schneidet die Schweiz wie schon in früheren Erhebungen des Commonwealth Funds im internationalen Vergleich sehr gut ab und liegt bei dieser Frage auf dem ersten Rang, vor Neuseeland und Norwegen.

Fast die Hälfte der befragten Personen bezeichnet den eigenen Gesundheitszustand als «gut», ein Drittel als «ausgezeichnet oder sehr gut». Jede fünfte Person beurteilt ihren Gesundheitszustand als «mittelmässig oder schlecht». Im internationalen Vergleich besetzt die Schweiz damit eine Position im Mittelfeld. In

den Niederlanden, Frankreich und Deutschland bezeichnen die Befragten ihren Gesundheitszustand als schlechter.

Bemerkenswert ist, dass bei der diesjährigen Erhebung bereits rund zwei Drittel der befragten älteren Personen «online» geantwortet haben, der Rest per Telefon. Die Umfrage zeigt auch, dass über zwei Fünftel (43%) der Befragten das Internet nutzen, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren. Jede zehnte Person schaut sich Informationen online an oder lädt Informationen zur eigenen Gesundheit aus dem Internet herunter. Der Anteil ist bei den 65 bis 74-jährigen am höchsten. Dabei spielt auch das Bildungsniveau eine Rolle. Höher Gebildete informieren sich öfter online als Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss.

Praktisch alle Befragten (97%) in der Schweiz verfügen über einen Hausarzt oder eine Hausärztin. Die rasche Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte hat gegenüber der Befragung von 2014 allerdings abgenommen. Erhielten vor drei Jahren noch knapp zwei Drittel der Befragten am gleichen oder am nächsten Tag einen Arzttermin, so waren es 2017 nur noch knapp die Hälfte.

Jeder fünfte Befragte (24%) gibt an, dass es Probleme bei der Koordination der Behandlung gegeben habe, beispielsweise widersprüchliche Angaben von verschiedenen medizinischen Fachpersonen oder überflüssige, bereits früher gemachte medizinische Tests. Dieses Resultat ist praktisch identisch wie 2014 (21%).

Bei der jüngsten Umfrage haben einzelne Kantone ihre Stichproben erhöhen lassen, um eigene kantonale Auswertungen machen zu können (VS, VD, GE, ZH). Dabei zeigte sich beim Thema Prävention ein deutlicher Unterschied: In den Westschweizer Kantonen haben über zwei Fünftel (46%) der Befragten bereits einmal mit einer medizinischen Fachperson über gesunde Ernährung gesprochen, in der Deutschschweiz waren es nicht einmal ein Drittel (27%).

Die Schweiz nimmt seit 2010 an der internationalen Befragung des Commonwealth Fund zur Gesundheitsversorgung teil. Die Resultate der diesjährigen internationalen Befragung werden an einem Ministertreffen des Commonwealth Fund zwischen dem 15. und 17. November 2017 in Washington diskutiert. Der Commonwealth Fund ist eine private, nicht-gewinnorientierte Stiftung, die die Förderung gut funktionierender und effizienter Gesundheitssysteme mit besserem Zugang zur Krankenversicherung und die Qualitätsverbesserung der Leistungen zum Ziel hat. Die Schweizer Delegation wird am Treffen durch BAG-Direktor Pascal Strupler geleitet.

An der Erhebung 2017 «International Survey of Older Adults» des Commonwealth Fund, New York (USA) beteiligten sich neben Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden und den USA auch die Schweiz.

Befragt wurde in der Schweiz eine repräsentative Stichprobe von 3238 Personen der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren.

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Frage, ob die älteren Personen eine Vertrauensperson oder eine medizinische Fachperson über Entscheidungen bezüglich des Lebensendes informiert haben. Rund zwei Drittel (64%) der befragten Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer haben das getan, was leicht über dem Schweizer Durchschnitt von 60% liegt. In der Westschweiz ist es die Hälfte (52%). Gut ein Drittel aller Befragten hat die Entscheidungen schriftlich festgehalten.

Weitere Informationen:

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

Links:

Bericht und Foliensatz, sowie weitere Informationen:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-aeltere-wohnbevoelkerung.html>

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan:
<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/experience-de-la-population-agee-de-65-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante>

Stiftung Commonwealth Fund:
<http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/international-health-policy-surveys/2017/2017-international-survey>

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich wird dauerhaft möglich

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 15. November 2017 die gesetzlichen Grundlagen verabschiedet, die künftig im Gesundheitsbereich eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit in grenznahen Regionen dauerhaft ermöglichen. Die Krankenversicherung übernimmt dabei die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen.

Seit 2006 kann die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Rahmen von Pilotprojekten der Kantone und der Krankenversicherer die Kosten medizinischer Behandlungen im grenznahen Ausland übernehmen. Solche Pilotprojekte bestehen bereits im Raum Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein. Mit den neuen rechtlichen Grundlagen, die per 1. Januar 2018 in Kraft treten, können diese Projekte dauerhaft weitergeführt werden. Zudem können die Kantone weitere unbefristete Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in grenznahen Regionen beantragen. Die Versicherten können sich freiwillig bei den ausgewählten Leistungserbringern im Ausland behandeln lassen

Ebenfalls wird es ab dem 1. Januar 2018 für alle in der Schweiz Versicherten möglich sein, im ambulanten Bereich ihren Arzt und andere Leistungserbringer in der ganzen Schweiz frei zu wählen, ohne dass ihnen dabei finanzielle Nachteile entstehen. Bisher musste die OKP die Kosten höchstens nach jenem Tarif vergüten, der am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten oder in dessen Umgebung gilt. Waren die Kosten für die Behandlung an einem anderen Ort höher, musste der Versicherte die Differenz selbst übernehmen.

Weitere Änderungen treten am 1. Januar 2019 in Kraft. Sie betreffen vor allem Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie

Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz OKP-versichert sind. Neu müssen die Kantone für diese Versicherten rund die Hälfte der Kosten für stationäre Spitalbehandlungen in der Schweiz übernehmen, wie dies bei in der Schweiz wohnhaften Versicherten der Fall ist. Die andere Hälfte der Kosten übernimmt die Krankenversicherung. Diese Versicherten können neuerdings bei einer stationären Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen. Bei den Grenzgängerinnen und Grenzgängern wird höchstens der Tarif des Erwerbskantons übernommen, während der Bundesrat für Rentnerinnen und Rentner den Kanton Bern als Referenzkanton festgelegt hat.

Für Rückfragen:

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

Verantwortliches Departement:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit BAG > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG- und KVV-Änderungen insbesondere von Bestimmungen mit internationalem Bezug

Rezeptsperrung

Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel

Rezeptsperrung

Folgende Rezepte sind gesperrt

| Kanton | Block-Nrn. | Rezept-Nrn. |
|--------|------------|---------------------|
| Waadt | 209616F | 5240376 bis 5240400 |

DER PERSÖNLICHE SAFER-SEX-CHECK AUF LOVELIFE.CH



BEREUE NICHTS

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

 AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

SANTÉ SEXUELLE suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

bundespublikationen.admin.ch 316.562d

BAG Bulletin
BBL, Vertrieb Publikationen
CH-3003 Bern

A-PRIORITY

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

BAG-Bulletin

Woche

48/2017