



Epidemiologisches Bulletin

7. November 2011 / Nr. 44

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Priorisierung übertragbarer Infektionserreger unter dem Aspekt der Surveillance und epidemiologischen Forschung

Ergebnisse eines standardisierten Vorgehens in Deutschland 2011

Die große Anzahl von Infektionserregern mit sehr unterschiedlichen Eigenschaften bewirkt, dass die Verteilung der begrenzt verfügbaren Ressourcen für die Aufgaben der Prävention, Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten schwierig ist. Außerdem können sich die Entscheidungsgrundlagen über die Zeit verändern. Die Ressourcenverteilung erscheint nicht immer transparent bzw. auf objektiven Kriterien zu beruhen und kann teilweise von Forschungsinteressen einzelner Meinungsführer und kurzfristigen politischen Interessen bestimmt werden oder hat ihre Ursache in historischen Entscheidungen.¹ Da viele Infektionserreger eine potenzielle Gefahr für den Menschen und auch schwerwiegende Bedrohungen der Öffentlichen Gesundheit darstellen können, ist es notwendig, die zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Surveillance und epidemiologische Forschung zu bündeln. Dies muss anhand objektiver Kriterien erfolgen.

Eine transparente Priorisierung sollte wesentlicher Bestandteil einer Forschungsstrategie sein.²⁻⁴ Die Bedeutung von Priorisierungen wurde unabhängig von der angewandten Methodik von mehreren Arbeitsgruppen dargelegt.⁵⁻¹¹ Sie kann die Grundlage künftiger Ressourcenverteilung und Planungen (auf verschiedenen institutionellen, regionalen, nationalen oder internationalen Ebenen) bilden und als Ausgangsbasis für interdisziplinäre Diskussionen zwischen Entscheidungsträgern, Forschern, Ärzten und der Öffentlichkeit dienen.^{8,12}

Obwohl es eine Reihe von veröffentlichten Priorisierungsmethoden gibt, beschreiben nur wenige Publikationen diese detailliert genug, um sie nachvollziehen oder auf andere Situationen anwenden zu können.^{2,3,8,13} Darüber hinaus sind nur wenige konkrete Priorisierungsergebnisse veröffentlicht worden.

Die Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts (RKI) ist zuständig für die Überwachung, Prävention, Bekämpfung und epidemiologische Forschung von Infektionskrankheiten auf nationaler Ebene. Zusammen mit externen Experten hat sie einen Priorisierungsprozess mit dem Ziel durchgeführt:

1. ein System für die Festlegung von Prioritäten im Bereich der Infektionskrankheiten zu entwickeln und
2. die häufigsten Erreger in Bezug auf ihre Bedeutung für die nationale Surveillance und epidemiologische Forschung einzustufen und so eine Grundlage für strategische und konzeptionelle Entscheidungen des RKI im Bereich der Infektionsepidemiologie zu schaffen.

Methoden

Da es keine etablierten Priorisierungsstandards gibt, haben wir eine Methode unter Zugrundelegung von Ergebnissen unserer Arbeit aus dem Jahr 2004^{14,15} und den Erfahrungen anderer Gruppen entwickelt.^{2,3,10,11,13} Unsere mehr-

Diese Woche

44/2011

Public Health

Priorisierung von Infektionserregern in Deutschland

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen

- ▶ KRINKO: Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen
- ▶ DGHM – 16. Berliner Workshop Übertragungswege und Infektionsprävention: „Menschen, Tiere, Resistenzen...“

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen August 2011 (Datenstand: 1. November 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik 41. Woche 2011 (Datenstand: 2. November 2011)

Sarkozystose

Erkrankungsfälle bei Rückkehrern aus Malaysia

ARE/Influenza

Zur Situation in der 43. Woche 2011



stufige Priorisierung umfasst die Erstellung einer Liste der zu priorisierenden Krankheitserreger, die Entwicklung von Bewertungskriterien, die Gewichtung der Kriterien und die Bewertung der Erreger. Die Methodik folgt bestehenden Empfehlungen zur Festlegung von Prioritäten^{3,8} und stellt die Weiterentwicklung der Arbeit aus dem Jahr 2004 dar.

Teilnehmer und Aufgaben der Delphi-Gruppe

Das Kernteam aus dem RKI kontaktierte führende deutsche Gesellschaften und Einrichtungen im Gesundheitswesen mit der Bitte, Teilnehmer für die Delphi-Gruppe zu nominieren.

Die Aufgabe der Delphi-Gruppe war es, die Praktikabilität der Methodik und die Relevanz der vorgeschlagenen Kriterien zu beurteilen und ggf. zu verbessern. Die Auswahl der Teilnehmer umfasste: die Kommission für Infektionsepidemiologie, die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, die Nationalen Referenzzentren, das Bundesministerium für Gesundheit, den Wissenschaftlichen Beirat des RKI, die Bundesärztekammer und den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zusätzlich war ein niedergelassener Arzt beteiligt. Außerdem waren zehn Experten aus dem RKI in der Delphi-Gruppe vertreten.

Die Teilnehmer kamen aus den Bereichen der Bakteriologie, Virologie, Mykologie, Parasitologie, Infektiologie, Tropenmedizin, Allgemeinmedizin, Epidemiologie, Öffentlichen Gesundheit, Zoonosen und des Infektionsschutzes.

Auswahl von Krankheitserregern

Um von einer breiten Basis ausgehen zu können, beschlossen wir, Krankheitserreger anstatt Krankheiten zu bewerten. Eine Liste von Krankheitserregern wurde nach folgenden Auswahlkriterien zusammengestellt:

- (a) meldepflichtig nach dem Infektionsschutzgesetz,¹⁶
- (b) meldepflichtig innerhalb der Europäischen Union,¹⁷
- (c) meldepflichtig an die WHO nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften,¹⁸
- (d) Erreger mit Potenzial für absichtliche Freisetzung¹⁹ und
- (e) in Deutschland vorkommende Erreger im Handbuch für Infektionskrankheiten: „Control of communicable diseases manual“.²⁰

Einige Erreger wurden zusammen gruppiert, wenn dies biologisch und klinisch plausibel erschien.

Priorisierung und Bewertungssystem

Die zwölf Kriterien, die wir bei unserer Priorisierung im Jahr 2004 verwendet hatten,^{14,15} wurden nach einer Online-Befragung von verschiedenen Experten modifiziert.²¹ Die neu vorgeschlagenen Kriterien und ihre dreistufigen Definitionen wurden nachfolgend von internen und externen Experten überprüft. Die erste Bewertung der Erreger

für jedes Kriterium wurde durch das Kernteam und weiteren internen Experten aus dem RKI durchgeführt. Die zugrunde liegende Evidenz für die Bewertung und Verweise auf Datenquellen sowie Einschätzungen der Experten wurden erfasst. Dieser ersten Bewertung folgte ein modifiziertes zweistufiges Delphi-Verfahren in dem die Bewertungen überprüft und verabschiedet wurden. Die erste Runde erfolgte RKI-intern, die zweite mit den oben genannten externen Experten.

Gewichtung

Unabhängig von der Bewertung, luden wir eine Gruppe externer Experten ein, zu jedem Kriterium ein Gewicht zu vergeben. Diese Einladung wurde an die 16 epidemiologischen Landesstellen, alle 18 Nationalen Referenzzentren und 49 Konsiliarlabore, 9 wissenschaftliche Fachgesellschaften und alle 72 Teilnehmer der Online-Befragung (die wir 2008 zur Kommentierung der Priorisierungsmethode durchgeführt hatten) geschickt.²¹ Externe Experten wurden gebeten, einen Wert im Bereich von 0 bis 10 für jedes Kriterium zu vergeben, der die Bedeutung des Kriteriums für die Surveillance und epidemiologische Forschung widerspiegelt. Der Wert 0 entspricht der niedrigsten und 10 der höchsten Bedeutung eines Kriteriums. Mehr als einem Kriterium konnte das gleiche Gewicht zugeordnet werden.⁵ Letztlich wurde das Gesamtgewicht eines Kriteriums durch den Median aller vergebenen Einzelgewichte für das jeweilige Kriterium durch die teilnehmenden Experten definiert.

Reihung der Krankheitserreger in einer Rangliste

Jede Bewertung wurde mit dem Gewicht des jeweiligen Kriteriums multipliziert. Die Summe dieser gewichteten Bewertungen ergab die Gesamtwertung eines Erregers. Die Gesamtwertung wurde schließlich auf die Werte 0 bis 100 neu skaliert, um die endgültige Interpretation zu erleichtern.

Aufgrund von Erfahrungen einer kanadischen Arbeitsgruppe,¹¹ haben wir die Rangfolge nicht kontinuierlich dargestellt, sondern die Erreger in vier Wertebereiche gruppiert (höchste, hohe, mittlere und niedrige Priorität). Die Rangfolge der Erreger wurde später mit ihren Positionen in der 2004 erstellten Prioritätenliste verglichen.

Ergebnisse

Auswahl von Krankheitserregern und Bewertung

Insgesamt wurden 127 Krankheitserreger zur Priorisierung ausgewählt. Resistente Stämme wurden nicht als eigenständige Erreger aufgeführt und bewertet. Während der Delphi-Runden konnten Bewertungen von Krankheitserregern für die einzelnen Kriterien mit Stimmenmehrheit verändert werden.

Der Delphi-Prozess führte zu der Empfehlung auf das Kriterium „Potenzial zum neuen oder erneuten Auftreten“ („Emerging disease potential“) wegen seiner Vieldeutigkeit zu verzichten, da jeder Erreger grundsätzlich die Fähigkeit

besitzt sich neu zu verbreiten oder wieder aufzutauchen. Einige andere Kriterien wurden geringfügig angepasst. Die endgültigen 10 Kriterien und ihre Definitionen sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Eine detaillierte Tabelle der Bewertungsergebnisse (Tabelle S1) findet sich unter:

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0025691>.

Kriteriengewichtung

Die Kriterien wurden von insgesamt 86 Experten (14 aus dem RKI, 72 extern) gewichtet. Alle Teilnehmer der Delphi-Runden beteiligten sich an der Gewichtung.

Die Gewichtung einzelner Kriterien wies zum Teil deutliche Unterschiede auf, während andere einheitlicher bewertet wurden. Zum Beispiel maßen elf Teilnehmer dem Kriterium „öffentliche Aufmerksamkeit“, geringe Bedeutung

	Kriterium	Bewertungskategorie		
		-1	0	+1
1	Inzidenz (inkl. asymptomatische Infektion)	<1/100.000	1–20/100.000	>20/100.000
2	Arbeits- und Schulausfall*	Dieser Erreger verursacht einen vernachlässigbaren Anteil an Arbeits- und Schulausfall.	Dieser Erreger verursacht einen geringen bis mittleren Anteil an Arbeits- und Schulausfall.	Dieser Erreger verursacht einen großen Anteil an Arbeits- und Schulausfall.
3	Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen (ambulant und stationär)*	Dieser Erreger verursacht einen vernachlässigbaren Anteil an der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen.	Dieser Erreger verursacht einen geringen bis mittleren Anteil an der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen.	Dieser Erreger verursacht einen großen Anteil an der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen.
4	Chronifizierung und Spätschäden*	Dieser Erreger verursacht einen vernachlässigbaren Anteil an Chronifizierung und Spätschäden (geschätzte Prävalenz <0,1/100.000 Population).	Dieser Erreger verursacht einen geringen bis mittleren Anteil an Chronifizierung und Spätschäden (geschätzte Prävalenz 0,1–1,0/100.000 Population).	Dieser Erreger verursacht einen großen Anteil an Chronifizierung und Spätschäden (geschätzte Prävalenz >1,0/100.000 Population).
5	Letalität**	<0,01%	0,01–1%	>1%
6	Anteil von Ereignissen die Public Health Maßnahmen erfordern (siehe Hinweis 2)**	Ein geringer Anteil der geschätzten Gesamtzahl von Ereignissen erfordern Public Health Maßnahmen (<25%).	Ein mittlerer bis großer Anteil der geschätzten Gesamtzahl von Ereignissen erfordern Public Health Maßnahmen (25–75%).	Fast alle der geschätzten Ereignisse erfordern Public Health Maßnahmen (>75%).
7	Trend**	Abnehmende Inzidenz	Gleichbleibende Inzidenz	Zunehmende Inzidenz
8	Öffentliche Aufmerksamkeit (inkl. politischem Interesse oder Wahrnehmung durch die Bevölkerung)*	Die Risikowahrnehmung des Erregers durch die Öffentlichkeit ist niedrig und er steht nicht hoch auf der politischen Agenda.	Die Risikowahrnehmung des Erregers durch die Öffentlichkeit ist mittel und informelle politische Erwartungen sind vorhanden.	Für diesen Erreger bestehen internationale Verpflichtungen, die Risikowahrnehmung durch die Bevölkerung ist hoch oder der Erreger ist hoch auf der politischen Agenda.
9	Präventionsmöglichkeit und -notwendigkeit (inkl. Impfung)**	Präventionsmöglichkeit erscheint niedrig oder die Erkrankung erfordert keine Prävention oder effektive Präventionsstrategien sind etabliert und bedürfen keiner relevanten Anpassung.	Präventionsmaßnahmen sind etabliert, aber ihre Effektivität muss verbessert werden.	Der Präventionsbedarf ist klar, allerdings sind aktuell keine effektiven Präventionsmaßnahmen verfügbar.
10	Therapiemöglichkeit und -notwendigkeit (inkl. AMR)**	Therapie ist selten nötig oder effektive Therapien sind gut etabliert und benötigen keine relevante Anpassung.	Therapien sind vorhanden, aber ihre Effektivität muss verbessert werden.	Therapiebedarf ist klar, allerdings sind aktuell keine effektiven Therapien verfügbar oder durch AMR eingeschränkt.

Tab. 1: Definition der Priorisierungskriterien und Bewertungskategorien, Deutschland, RKI 2011 (s. Hinweis 1)

Hinweis 1: Alle Kriterien gelten für das Land oder die Region, für die die Priorisierung durchgeführt wird; der Zeitrahmen auf den sich die epidemiologischen Daten beziehen, sollte vor der Durchführung der Priorisierung definiert werden und ist abhängig von der Häufigkeit, mit der die Priorisierung wiederholt werden soll. Die aktuelle Bewertung gilt für Deutschland für einen Zeitrahmen von 5 Jahren.

Hinweis 2: Ein Ereignis ist definiert als das Auftreten einer Erkrankung, das ungewöhnlich in Bezug auf die Zeit, den Ort oder die Umstände ist. Für bestimmte Infektionskrankheiten (z. B. Polio-Virus) kann ein Erkrankungsfall ausreichen, um als Ereignis definiert zu werden. Public Health Maßnahmen sind jede Art von gezielten Maßnahmen, die helfen, die Art des Ereignisses zu identifizieren und/oder Kontrollmaßnahmen umzusetzen.

* Dies ist bezogen auf die Last, die durch alle Infektionskrankheiten verursacht wird.

** Dies ist bezogen auf den einzelnen zu bewertenden Erreger, z. B. das Kriterium „Therapiemöglichkeit und -notwendigkeit“ sollte die Verfügbarkeit und die Angemessenheit der Behandlung für jeden einzelnen Fall einer Erkrankung durch einen bestimmten Erreger bewerten und nicht die Inzidenz des Erregers berücksichtigen oder die Verfügbarkeit von präventiven Maßnahmen.

Kriterium	Teilnehmer gesamt (n=86)	Kompetenzbereich		
		Epidemiologen und Public Health Experten (n=43)	Laborexperthen (n=35)	Kliniker (n=8)
Letalität	9,0	9,0	9,0	8,0
Präventionsmöglichkeit und -notwendigkeit	8,0	8,0	8,0	8,0
Notwendigkeit von Public Health Maßnahmen (Anteil von Ereignissen)	8,0	8,0	8,0	7,5
Chronifizierung und Spätschäden	8,0	7,0	8,0	8,5
Inzidenz	7,0	8,0	7,0	5,5
Therapiemöglichkeit und -notwendigkeit (inkl. Resistenz)	7,0	6,0	8,0	7,0
Inanspruchnahme v. Gesundheitseinrichtungen	6,0	6,0	6,0	8,0
Arbeits- und Schulausfall	6,0	5,0	7,0	8,0
Trend	5,0	5,0	5,0	5,0
Öffentliche Aufmerksamkeit	5,0	5,0	4,0	4,0

Tab. 2: Mediane Gewichtung der einzelnen Kriterien, nach Kompetenzbereich der befragten Experten, Deutschland, RKI 2011

(Gewichtung: Median 2) bei, während die gleiche Anzahl ihm eine relativ hohe Bedeutung (Median 6) zuwies. Dagegen wurden andere Kriterien, wie „Letalität (CFR)“ und „Trend“, einheitlicher gewichtet. Bei der Betrachtung der Mediane der Gewichtungen, wurde das Kriterium „Letalität“ als das wichtigste Kriterium (Median 9) eingestuft, während „Trend“ und „öffentliche Aufmerksamkeit“ beide mit einem Median von 5 als die am wenigsten wichtigen Kriterien eingestuft wurden (s. Tab. 2).

Wir analysierten die Gewichtungen nach den Arbeitsschwerpunkten der teilnehmenden Experten: Epidemiologen und Mitarbeiter im Öffentlichen Gesundheitsdienst (n=43), Laborexperthen (n=35) und Kliniker (n=8), s. Tabelle 2. Mehrere Kriterien wurden durch die Gruppen einheitlich bewertet (z. B. die Kriterien „Prävention“, Median 8 oder „Trend“, Median 5). Andererseits wurde das Kriterium „Inzidenz“ von Epidemiologen und Mitarbeitern im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Median 8) und Laborexperthen (Median 7) als eines der wichtigsten angesehen, aber als eines der unwichtigsten von Klinikern (Median 5). Entgegengesetzt dazu wurden die Kriterien „Arbeitsausfall und Schulausfall“ und „Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen“ von Klinikern als wichtig von den beiden anderen Gruppen aber mit geringer Bedeutung bewertet.

Rangliste der Erreger

In Tabelle 3 ist die Aufteilung der Erreger in vier Prioritätsgruppen entsprechend ihrer gewichteten Gesamtpunktzahl dargestellt. Die Gruppe mit der höchsten Priorität enthält 26 (20,5%) Erreger. Darunter fallen Erreger, die bereits 2004 mit der höchsten Priorität bewertet wurden, wie HIV, *Mycobacterium (M.) tuberculosis*, *Staphylococcus aureus* einschließlich Methicillin-resistente Stämme (MRSA), Influenzavirus, Hepatitis-C-Virus, *Campylobacter spp.*, *Neisseria*

(*N.*) *meningitidis*, *Legionella (L.) pneumophila* und das Varizella-Zoster-Virus (VZV). Es enthält zusätzlich eine Reihe von Krankheitserregern die typischerweise nosokomial übertragen werden, z. B. *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas ssp.*, *Enterococcus spp.* und das Respiratorische Synzytial Virus (RSV). Diese Erreger waren 2004 nicht in die Priorisierung eingeschlossen worden. *Helicobacter (H.) pylori* und Hantavirus gehören zu der hochprioritären Gruppe, während sie im Jahr 2004 eine mittlere Priorität einnahmen. Andere Erreger, die 2004 in der höchsten Gruppe waren, fielen in die mittlere Prioritätsgruppe (z. B. Parvovirus B19).

Die Gruppe mit hoher Priorität enthält 39 (30,7%) und die Gruppe mit mittlerer Priorität 45 (35,4%) Erreger. Eine Reihe von Erregern, die 2004 niedrig priorisiert wurden (*Vibrio cholerae*, *Francisella (F.) tularensis*, *Bacillus anthracis*, *Bartonella quintana*, Adenovirus, Hepatitis-D-Virus) wurden nun der mittleren und hohen Priorität zugeordnet.

Von 17 Erregern aus der Gruppe mit niedriger Priorität im Jahr 2011 wurden 11 neu hinzugefügt.

Diskussion

Dieser Priorisierungsansatz baut auf standardisierten Kriterien auf und greift zugleich auf das Wissen vieler Experten zurück. Die Ergebnisse unserer Arbeit erscheinen uns plausibel, sie unterstützen unsere aktuellen Vorhaben und zeigen neue Wege für die künftige Arbeit auf. Zum Beispiel ist die Mehrheit der Erreger in der Gruppe mit der höchsten Priorität (z. B. HIV, *M. tuberculosis*, Influenzavirus, *N. meningitidis*, *L. pneumophila*) im Einklang mit den strategischen Zielen internationaler Organisationen, die sowohl in Ländern mit beschränkten Ressourcen als auch in Industrieländern, wie Deutschland, aktiv sind.^{4,9,22-24} Die Entscheidung, eine breite Palette von nosokomialen Erregern in der aktuellen Priorisierung aufzunehmen und ihr hoher

Erreger mit höchster Priorität: 76 bis 100 Punkte (n=26)	Erreger mit hoher Priorität: 51 bis 75 Punkte (n=39)	Erreger mit mittlerer Priorität: 26 bis 50 Punkte (n=45)	Erreger mit niedriger Priorität: 0 bis 25 Punkte (n=17)
<i>Campylobacter</i> spp.	<i>Acinetobacter</i> spp.	<i>Bacillus anthracis</i>	Aktinomyzeten
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Adenovirus	<i>Bacillus cereus</i>	Astrovirus
<i>Clostridium difficile</i>	Arboviren	<i>Bartonella quintana</i>	<i>Chlamydia pneumoniae</i>
<i>Escherichia coli</i> , Shigatoxin produzierend (STEC/HUS)	<i>Aspergillus</i> spp.	<i>Bordetella pertussis</i>	Coxsackievirus
<i>Escherichia coli</i> (nicht darm-pathogen)	<i>Brucella</i> spp.	<i>Borrelia burgdorferi</i>	<i>Cyclospora cayetanensis</i>
<i>Enterobacter</i> spp.	<i>Corynebacterium ulcerans</i> und <i>Corynebacterium pseudotuberculosis</i>	<i>Burkholderia cepacia</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>Enterococcus</i> spp. (invasive Erkrankungen)	Prionen (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	<i>Burkholderia pseudomallei</i> und <i>Burkholderia mallei</i>	Fungi (andere)*
Hantavirus	Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber-Virus	<i>Candida</i> spp.	Helminthen (Trematoden)**
<i>Helicobacter pylori</i>	<i>Cryptosporidium parvum/hominis</i>	<i>Chlamydia psittaci</i>	Helminthen (Nematoden)***
Hepatitis-B-Virus	Denguevirus	<i>Citrobacter</i> spp.	Helminthen (Bandwürmer)****
Hepatitis-C-Virus	FSME-Virus und andere von Zecken übertragene Meningoenzephalitisviren	<i>Clostridium botulinum</i>	HHV 6 und 7 (Roseolovirus)
Humanes Immundefizienz-Virus (HIV)	Ebolavirus und Marburgvirus	<i>Clostridium perfringens</i>	<i>Histoplasma capsulatum</i>
Influenzavirus	Enteroviren (einschl. Echoviren)	<i>Clostridium tetani</i>	<i>Klebsiella granulomatis</i>
<i>Klebsiella</i> spp.	Epstein-Barr-Virus (HHV-4)	Coronavirus	Molluscipoxvirus
<i>Legionella pneumophila</i>	<i>Giardia lamblia</i>	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
Masernvirus	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Coxiella burnetii</i>	<i>Pneumocystis jiroveci</i>
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Hepatitis-A-Virus	<i>Cryptococcus</i> spp.	Unbekannter Erreger des Kawasaki-Syndroms
<i>Neisseria meningitidis</i>	Hepatitis-D-Virus	Cytomegalievirus (HHV-5)	
<i>Pseudomonas</i> spp.	Hepatitis-E-Virus	<i>Escherichia coli</i> , enteropathogene (außer STEC/HUS), enterotoxigene Stämme, enteroinvasive, enteroaggregative und diffus-adhärenente Stämme	
Respiratorisches Synzytial Virus (RSV)	Humanes Papillomvirus (HPV)	<i>Francisella tularensis</i>	
<i>Salmonella</i> spp. (außer <i>S. Typhi</i> und <i>S. Paratyphi</i>)	Lassa-Virus	Herpes-simplex-Virus 1 (HSV 1)	
<i>Staphylococcus aureus</i> (einschl. MRSA)	<i>Listeria monocytogenes</i>	Herpes-simplex-Virus 2 (HSV 2)	
<i>Staphylococcus epidermidis</i> /Koagulase-negative Staphylokokken	<i>Microsporium</i> und <i>Trichophyton</i> spp.	HHV-8 (Kaposi-Sarkom assoziiert)	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Mumpsvirus	Humanes T-Zellleukämie-Virus (HTLV)	
Streptokokken (andere)	<i>Mycoplasma</i> spp.	<i>Leishmania</i> spp.	
Varicella-Zoster-Virus (VZV)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Leptospira interrogans</i>	
	Norovirus	Mycobakterien, andere (außer <i>M. tuberculosis</i>)	
	Parainfluenzaviren	Parvovirus B 19	
	Kopf- und Kleiderlaus	<i>Plasmodium</i> spp.	
	Poliovirus	Rhinoviren	
	Rabiesvirus	<i>Rickettsia prowazekii</i> , <i>typhi</i> und <i>Orientia tsutsugamushi</i>	
	Rotavirus	<i>Rickettsia</i> spp.	
	SARS-Coronavirus (SARS-CoV)	Rubellavirus	
	<i>Toxoplasma gondii</i>	<i>Salmonella Paratyphi</i> und <i>Salmonella Typhi</i>	

Fortsetzung von Seite 401

Erreger mit höchster Priorität: 76 bis 100 Punkte (n=26)	Erreger mit hoher Priorität: 51 bis 75 Punkte (n=39)	Erreger mit mittlerer Priorität: 26 bis 50 Punkte (n=45)	Erreger mit niedriger Priorität: 0 bis 25 Punkte (n=17)
	Variolavirus	<i>Sarcoptes scabiei</i>	
	Andere Hämorrhagische-Fieber-Viren (Chikungunya, Rift Valleyfieber)	<i>Shigella</i> spp.	
	West-Nil-Virus	<i>Stenotrophomonas (Pseudomonas) maltophilia</i>	
	Gelbfiebertvirus	<i>Treponema pallidum</i>	
	<i>Yersinia enterocolitica</i> und <i>pseudotuberculosis</i>	<i>Trichinella spiralis</i>	
		<i>Trichomonas vaginalis</i>	
		<i>Trypanosoma brucei gambiense</i> und <i>brucei rhodesiense</i>	
		Vacciniavirus	
		<i>Vibrio cholerae</i>	
		Nicht-Cholera-Vibrionen: <i>V. parahaemolyticus</i> , <i>V. vulnificus</i> und <i>V. cholerae</i> (außer O1 und O139)	
		<i>Yersinia pestis</i>	

Tab. 3: Liste der Erreger in den Prioritätsgruppen (n=127), Deutschland, RKI 2011

- * Fungi (andere): *Blastomyces*, *Phialophora*, *Cladosporium*, *Fonsecaea*, *Coccidioides immitis* und *posadasii*, *Actinomyces*, *Sporothrix* spp., *Paracoccidioides*, Zygomycota
- ** Helminthen (Trematoden): *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis felineus*, *Opisthorchis viverrini*, *Fasciolopsis buski*, *gigantica* und *hepatica*, *Paragonimus*, *Schistosoma* spp.
- *** Helminthen (Nematoden): *Ancylostoma braziliense* und *caninum*, *Angiostrongylus*, *Ascaris lumbricoides*, *Capillaria philippinensis*, *hepatica* und *aerophila*, *Draculose mediterranea*, *Enterobius vermicularis*, Filarien (*Onchocerca volvulus*, *Loa loa*, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* und *Brugia timori*), Hakenwürmer (*Ancylostoma duodenale* und *Necator americanus*), *Strongyloides stercoralis*, *Toxocara canis* und *cati*, *Trichuris trichiura*. *Trichinella spiralis* wurden als einzelne Pathogene bewertet.
- **** Helminthen (Bandwürmer): *Diphyllobotrium latum*, *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*, *Hymenolepis nana*, *Taenia saginata*, *Taenia solium*

Rang deuten auf eine wachsende Anerkennung des Problems der Resistenz gegen antimikrobielle Arzneimittel und nosokomiale Infektionen hin und stehen im Einklang mit einer Reihe neuer nationaler und internationaler Richtlinien und Strategien, die eine Verbesserung der Surveillance für diese Erreger fordern.^{4,25}

Die Positionierung von *H. pylori*, Hantaviren und RSV in der höchsten Priorität half uns, die bisher unterschätzte Bedeutung dieser Erreger im Hinblick auf Surveillance und epidemiologische Forschung wahrzunehmen.

Tatsächlich wurde ungeachtet umfassender klinischer Forschung zu *H. pylori* und der Entwicklung einer Reihe klinischer Leitlinien sowie einer bei *H. pylori* beobachteten Zunahme von Antibiotikaresistenzen und damit verbundenen Therapieeinschränkungen, bislang wenig im Bereich der Surveillance und der Öffentlichen Gesundheit getan.^{26,27}

RSV bleibt der häufigste Erreger respiratorischer Erkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern weltweit, oft verbunden mit schweren Infektionen der unteren Atemwege.²⁸ Trotzdem ist ein Routine-Surveillancesystem für RSV, das auf virologischer Untersuchung respiratorischer Sentinel-Proben basiert, erst kürzlich aufgebaut worden. Die Krankheitsbelastung auf Bevölkerungsebene in Deutsch-

land ist weitgehend unbekannt. Die Platzierung des RSV in der Gruppe mit höchster Priorität ist ungewöhnlich, da Erregern, die vor allem in begrenzten Teilen der Bevölkerung vorkommen, oft nur eine geringe Bedeutung beigemessen wird.

Die Inzidenz von **Hantavirus**-Infektionen schwankt erheblich im Laufe der Zeit, ihre Häufigkeit hat in den endemischen Gebieten in Deutschland in den letzten Jahren einen Höhepunkt erreicht, was zum höheren Rang des Erregers in der Priorisierung 2011 geführt hat. Eine bevölkerungsbezogene Umfrage zur Seroprävalenz, die innerhalb des RKI-geförderten Netzwerks von Referenzlaboratorien kürzlich begonnen wurde, erhält daher eine zusätzliche Bedeutung.

VZV, ein Virus, das zwei häufige Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen verursacht, wurde als ein Erreger mit höchster Wichtigkeit sowohl im Jahr 2004 als auch im Jahr 2011 eingestuft. Eine landesweite Sentinel-Surveillancesystem für VZV wurde kürzlich nach der Implementierung der routinemäßigen Varizellen-Impfung für Kinder im Jahr 2004²⁹ umgesetzt.

Die Gruppe mit niedriger Priorität enthält sowohl Krankheitserreger mit sehr niedriger Inzidenz in Deutschland

(z. B. *Mycobacterium leprae* oder Helminthen) als auch sehr viel häufiger vorkommende Erreger (z. B. Roseolovirus oder *Chlamydia pneumoniae*). Dies unterstützt unseren Ansatz, dass die Bedeutung eines Erregers nicht allein durch seine Inzidenz oder Prävalenz definiert ist. Komplexe Surveillance-systeme existieren für einige Krankheitserreger, die der mittleren Priorität zugewiesen wurden, zum Beispiel für *F. tularensis* oder *Yersinia pestis*. Auch wenn der Umfang der epidemiologischen Forschungsaktivitäten im Bereich mittlerer und niedrigerer Priorität kritisch überprüft werden muss, besteht ohne Zweifel die Notwendigkeit, Ausbrüche mit diesen Pathogenen zu untersuchen, diagnostische Kapazitäten aufrecht zu erhalten und eine effiziente Surveillance fortzusetzen, um auch weiterhin mögliche zunehmende Trends dieser seltenen Krankheiten effektiv zu erfassen.

Ähnlich der Erfahrung anderer Arbeitsgruppen,^{2,8,13} erwies sich die Zusammenstellung der Daten für die Bewertung der Kriterien als eine Herausforderung. Teilnehmer und Fachexperten fanden es nicht immer leicht, sachgerechte Bewertungen vorzunehmen. Ein gewisses Maß an Subjektivität kann nie ganz vermieden werden. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, rückläufige Tendenzen, z. B. bei impfpräventablen Krankheiten, einzuordnen, wenn diese als Folge erfolgreicher Präventionsprogramme zu bewerten sind. Die niedrige Bewertung einiger impfpräventabler Erreger sollte nicht die Notwendigkeit einer angemessenen Surveillance in Frage stellen.

Die Empfehlungen zur Einhaltung von Objektivität, Transparenz und Reproduzierbarkeit bei der Festlegung von Prioritäten in der medizinischen Forschung³ haben wir insbesondere durch folgende Ansätze berücksichtigt:

1. eine breite, aber systematische und reproduzierbare Auswahl von Krankheitserregern, anstelle von Krankheiten,
2. eine explizite Definition von jedem der zehn Kriterien mit dreistufigen Ausprägungen,
3. eine umfassende individuelle Erreger-spezifische Bewertung nach der besten verfügbaren Evidenz, überprüft von einer multidisziplinären Expertengruppe,
4. eine separate Gewichtung der Kriterien durch eine breite Beteiligung von internen und externen Experten.

Dieses Vorgehen setzte intensive Vorbereitungen voraus, hat aber zu einem hohen Maß an der von Nuyens et al.⁷ geforderten Objektivität und Transparenz beigetragen.

Der Erreger-spezifische Ansatz erleichtert es, die Priorisierung unabhängig von programmatischen Gewohnheiten zu betreiben und Krankheitserreger sowohl insgesamt als auch innerhalb einer Gruppe von Krankheiten zu vergleichen (z. B. ein Krankheitserreger im Rahmen eines Antibiotikaresistenz-Programms oder eines gezielten Zoonose-Programms). Dieser Ansatz hat uns geholfen, einige Unterschiede in der Bedeutung von Krankheitserregern, die

derselben Gruppe angehören, aufzudecken, z. B. *Neisseria gonorrhoeae* und *Trichomonias vaginalis*.

Deutliche Unterschiede waren in der Gewichtung der Kriterien durch die verschiedenen Berufsgruppen zu beobachten. Da die Einladung zur Teilnahme an der Gewichtung an verschiedene Institutionen verschickt und dann oft weitergeleitet wurde, ist es nicht möglich, die Rücklaufquote anzugeben. Allerdings erhielten wir Antworten von mindestens einem Mitglied jeder kontaktierten Institution. Die Gewichtung der Kriterien korreliert mit gesellschaftlichen Werten und spiegelt die sozioökonomische, kulturelle und gesundheitliche Struktur in einem Land wider. Die Tatsache, dass in Deutschland das Kriterium „Letalität“ sehr hoch gewichtet wurde, mag Ausdruck eines hohen Grads der Individualisierung und des stabilen deutschen Gesundheitssystems sein. Der Vergleich mit anderen Ländern ist schwierig, da vergleichbare Studien fehlen. Eine der wenigen anderen Priorisierungsinitiativen mit einem Gewichtungsverfahren wurde in Spanien durchgeführt, bei der das Kriterium „Last und Bedeutung der Krankheit“ zusammen mit „Potenzial für gesundheitliche Folgen“ und „Potenzial, neue Erkenntnisse für die Behandlung oder den Gesundheitsdienst zu erhalten“ die wichtigsten drei von insgesamt neun Kriterien waren.⁵ Bei jedem Priorisierungsvorgang sollte die Gewichtung als eigenständige Komponente betrachtet werden. Dies gilt besonders für ein nationales Public Health Institut wie dem RKI, da es einem breiten Spektrum von Erwartungen gerecht werden muss.³⁰ Um die gesellschaftliche Perspektive der Priorisierung noch auszubauen, könnte man Patientenvertreter künftig einbeziehen, ähnlich wie es durch Gooberman-Hill et al. getan wurde,³¹ was jedoch die Komplexität der Verfahren erhöht und die Reproduzierbarkeit potenziell erschwert.

Schlussfolgerungen

Die vorgestellte Priorisierungsmethode basiert auf der systematischen Auswertung von Daten und der Einbeziehung einer breiten Palette von externen Experten. Wir glauben, dass die Ergebnisse in sich konsistent und aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes plausibel sind. Die Ergebnisse bieten eine Orientierung für den aktuellen Bedarf in Surveillance und epidemiologischer Forschung in Deutschland. Die Rangliste der Erreger wird als Referenz für unsere mittelfristigen strategischen Entscheidungen dienen, und u. a. zur Stärkung der bestehenden oder der Einführung neuer Surveillance-systeme für Krankheitserreger aus der Gruppe mit hoher Priorität (z. B. RSV, VZV oder *H. pylori*) führen. Es wird ebenfalls eine Überprüfung der Forschung und Surveillance für die Erreger mit der niedrigsten Priorität erfolgen. Die Priorisierung hat bereits den Entscheidungsprozess über die Notwendigkeit der Errichtung von neuen und der Fortsetzung der bestehenden Nationalen Referenzzentren in Deutschland beeinflusst. Wir planen, eine Neubewertung der Prioritäten innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraums mit der gleichen Methodik durchzuführen. Diese Priorisierungsmethode oder seine Komponenten können in verschiedenen Bereichen für In-

fektionskrankheiten (durch Neugewichtung der Priorisierungskriterien von verschiedenen Berufsgruppen zu verschiedenen Zwecken) und in verschiedenen geografischen Gebieten (Bewertung nach länderspezifischer Bedeutung) eingesetzt werden. Wir hoffen, dass die Präsentation unserer Methode für andere Institutionen hilfreich ist, die ihre Ressourcen ebenfalls auf der Grundlage eines transparenten und standardisierten Prozesses priorisieren möchten.

Literatur

1. Daniels N: Accountability for reasonableness. *BMJ* 2000; 321: 1300–1301
 2. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK: Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 43
 3. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF: A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Res Policy Syst* 2010; 8: 36
 4. European Center for Diseases Prevention and Control (ECDC) ECDC Annual Work Programme 2011. http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/101017_KD_ECDC_Annual_Work-Programme_2011.pdf. Accessed 2011 April 12
 5. Berra S, Sanchez E, Pons JM, Tebe C, Alonso J, Aymeric M: Setting priorities in clinical and health services research: properties of an adapted and updated method. *Int J Technol Assess Health Care* 2010; 26: 217–224
 6. Fleurence RL, Torgerson DJ: Setting priorities for research. *Health Policy* 2004; 69: 1–10
 7. Nuyens Y: Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 319–321
 8. Priority Setting Methodologies in Health Research: A workshop convened by WHO's Cluster on Information EaRI, its Department for Research Policy and Cooperation (RPC) and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 2008; http://apps.who.int/tdr/stewardship/pdf/Priority_setting_Workshop_Summary10_04_08.pdf. Accessed 2011 May 15
 9. Remme JH, Blas E, Chitsulo L, Desjeux PM, Engers HD, Kanyok TP, Kayondo JF, Kioy DW, Kumaraswami V, Lazdins JK, Nunn PP, Oduola A, Ridley RG, Toure YT, Zicker F, Morel CM: Strategic emphases for tropical diseases research: a TDR perspective. *Trends Microbiol* 2002; 10: 435–440
 10. Doherty JA: Establishing priorities for national communicable disease surveillance. *Can J Infect Dis* 2000; 11: 21–24
 11. Carter AO: Setting priorities: the Canadian experience in communicable disease surveillance. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992; 41 Suppl: 79–84
 12. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P: On being a good listener: setting priorities for applied health services research. *Milbank Q* 2003; 81: 363–388
 13. Ghaffar A: Setting research priorities by applying the combined approach matrix. *Indian J Med Res* 2009; 129: 368–375
 14. Krause G: Prioritisation of infectious diseases in public health-call for comments. *Euro Surveill* 2008; 13
 15. Krause G: How can infectious diseases be prioritized in public health? A standardized prioritization scheme for discussion. *EMBO Rep* 2008; 9 Suppl 1: S22–27
 16. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfSG) (2000) Bundesgesetz vom 20. Juli 2000. *Bundesgesetzblatt* 2000; 33 (Teil I-G5702): 1045–1077
 17. The Commission of the European Communities: Commission Decision of 2 April 2009 amending Decision 2000/96/EC as regards dedicated surveillance networks for communicable diseases (notified under document number 2009/312/EC). *Official Journal of the European Union* 2009
 18. World Health Organisation (2008) *International Health Regulations (2005)*. 2nd edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press
 19. Tegnell A, Van Loock F, Baka A, Wallyn S, Hendriks J et al.: Development of a matrix to evaluate the threat of biological agents used for bioterrorism. *Cell Mol Life Sci* 2006; 63: 2223–2228
 20. Heymann D: *Control of communicable diseases manual*. Washington: American Public Health Association 2008
 21. Gilsdorf A, Krause G: Prioritisation of infectious diseases in public health: feedback on the prioritisation methodology, 15 July 2008 to 15 January 2009. *Euro Surveill* 2011; 16
 22. World Health Organisation (2010) *Global tuberculosis control 2010*. Geneva. WHO/HTM/TB/20107
 23. United Nations (2010) *Millennium Development Goals Report*. MDG Report 2010
 24. Sixty-third World Health Assembly (2010) *Medium-term strategic plan 2008–2013 (amended)*. Available: http://apps.who.int/gb/e/e_ams-p3.html. Accessed: 2011 May 24
 25. German Federal Ministry of Health in association with German Federal Ministry of Consumer Protection FaAaGFMoEaR (2008) *German Strategy Against Antibacterial Resistance [Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie, DART]*. Berlin
 26. Tan VP, Wong BC: *Helicobacter pylori* and gastritis: Untangling a complex relationship 27 years on. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 Suppl 1: 42–45
 27. Wueppenhorst N, Stueger HP, Kist M, Glocker E: Identification and molecular characterization of triple- and quadruple-resistant *Helicobacter pylori* clinical isolates in Germany. *J Antimicrob Chemother* 2009; 63: 648–653
 28. Miller S: A community health concern: respiratory syncytial virus and children. *J Pediatr Nurs* 2010; 25: 551–554
 29. Siedler A, Arndt U: Impact of the routine varicella vaccination programme on varicella epidemiology in Germany. *Euro Surveill* 2010; 15
 30. Kanyok TP, Kayondo JF, Kioy DW, Kumaraswami V, Lazdins JK, Nunn PP, Oduola A, Ridley RG, Toure YT, Zicker F, Morel CM: Setting priorities in global child health research investments: addressing values of stakeholders. *Croat Med J* 2007; 48: 618–627
 31. Goberman-Hill R, Horwood J, Calnan M: Citizens' juries in planning research priorities: process, engagement and outcome. *Health Expect* 2008; 11: 272–281
- Wir danken den Mitarbeitern der Abteilung 3 für die Aufbereitung der Evidenz, den Teilnehmern der Online Befragung für die Durchführung der Gewichtung sowie den Mitgliedern der Delphi-Arbeitsgruppe:
- ▶ Dr. Silke Buda, Prof. Dr. Reinhard Burger, Dr. Tim Eckmanns, Dr. Andreas Gilsdorf, PD Dr. Walter Haas, Dr. Osama Hamouda, Dr. Yanina Lenz, Prof. Dr. Martin Mielke, Prof. Dr. Klaus Stark, Prof. Dr. Gérard Krause; Dr. Ole Wichmann (Robert Koch-Institut, Berlin),
 - ▶ Prof. Dr. Barbara Gärtner (Institut für Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum des Saarlandes),
 - ▶ Prof. Dr. Uwe Groß (Institut für Medizinische Mikrobiologie, Göttingen),
 - ▶ Prof. Dr. Johannes Hübner (Zentrum für Infektiologie und Reisemedizin, Universitätsklinikum Freiburg),
 - ▶ PD Dr. Thomas Jänisch (Abteilung für Infektiologie, Sektion Klinische Tropenmedizin, Universität Heidelberg),
 - ▶ Prof. Dr. Manfred Kist (Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinik Freiburg),
 - ▶ Prof. Dr. Michael H. Kramer (Referat Übertragbare Krankheiten, AIDS, Seuchenhygiene, Bundesministerium für Gesundheit),
 - ▶ Dr. Thomas Ledig (Arzt für Allg. Med., Ditzingen),
 - ▶ Dr. Matthias Pulz (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover),
 - ▶ Prof. Dr. Norbert Suttrop (medizinische Klinik m. S. Infektiologie und Pneumologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin),
 - ▶ Dr. Uta Ulbrich (Gesundheitsamt Stadt Dortmund).
- Der Beitrag ist eine deutsche Fassung folgender Publikation: Balabanova Y, Gilsdorf A, Buda S, Burger R, Eckmanns T et al.: *Communicable Diseases Prioritized for Surveillance and Epidemiological Research: Results of a Standardized Prioritization Procedure in Germany, 2011*. *PLoS ONE* 6 (10): e25691. doi:10.1371/journal.pone.0025691

Ansprechpartner sind Dr. Yanina Lenz (E-Mail: LenzY@rki.de) und Dr. Andreas Gilsdorf (E-Mail: GilsdorfA@rki.de), Abteilung Infektionsepidemiologie, des Robert Koch-Instituts.

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen

„Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen“ im Bundesgesundheitsblatt erschienen

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)

Punktionen und Injektionen gehören zu den häufigsten invasiven Eingriffen in Krankenhäusern, Arztpraxen und in der sonstigen ambulanten Versorgung. Im medizinischen Bereich obliegt die Durchführung dabei je nach Indikation unterschiedlichen Berufsgruppen. Das Spektrum der hier behandelten Punktionen und Injektionen reicht von kurz dauernden, gering invasiven Eingriffen, wie z. B. Blutentnahmen oder intrakutanen Applikationen, bis hin zu tiefen Punktionen/Injektionen mit großlumigen Punktionsnadeln. Es schließt weiterhin Punktionen ein, die der Anlage einer für kurze Zeiträume liegenden Nadel (z. B. Butterfly) und der Insertion von perkutanen Kathetern dienen, sofern es sich nicht um Gefäßkatheter handelt.

Die Empfehlungen gelten für die Durchführung von Punktionen und Injektionen durch medizinisches Fachpersonal. Bei Durchführung solcher Eingriffe im häuslichen Bereich durch Patienten selbst, beispielsweise im Rahmen chronischer Erkrankungen, welche eine regelmäßige Selbstapplikation von Medikamenten erfordern, wird auf die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften (z. B. Praxis-Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > FAQ > Insulingabe) verwiesen.

Neben den nachfolgenden Empfehlungen und Aussagen sind die Regeln und Standards des Arbeitsschutzes, z. B. die TRBA 250, zu beachten.

Die Empfehlung kann auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts abgerufen werden unter:
www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.

DGHM

– Ständige Arbeitsgemeinschaft Allgemeine und Krankenhaushygiene – 16. Berliner Workshop Kontinuierliche Fortbildung in der Infektionsprävention „Menschen, Tiere, Resistenzen...“

Es wird immer klarer, dass eine Verbesserung der Resistenzsituation nur durch die enge Kooperation zwischen Human- und Veterinärmedizin zu erreichen ist. Das setzt voraus, dass man von den Aktivitäten der jeweils anderen Berufsgruppe mehr weiß. Der Workshop hat deshalb das Ziel, den aktuellen Ist-Zustand zu beschreiben, die Übertragungswege von den Tieren zum Menschen und zurück zu untersuchen und aktuelle Aktivitäten vorzustellen.

Termin: 20.1.2012 bis 21.1.2012

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, PD Dr. med. Elisabeth Meyer
Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin

Veranstaltungsort: Hörsaal des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27 (Eingang Kraherstraße), 12203 Berlin

Veranstalter: emtec e. V., Institut für wissenschaftliche Beratung, Fortbildung und Technologien im Gesundheitswesen

Teilnehmergebühr: 80,00 Euro

Zertifizierung: Die Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

Anmeldung Kurzvorträge: Letzter Termin für die Anmeldung von Kurzvorträgen ist der 16.12.2011.

Ansprechpartner:

Ursula Gebhardt, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin, Tel.: 030.84453680, Fax: 030.84453682, E-Mail: hygienekurse@charite.de

Nähere Informationen, Programm und Möglichkeit der Online-Anmeldung unter www.nrz-hygiene.de > Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **August 2011** (Datenstand: 1.11.2011)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2011		2010		2011		2010		2011		2010				
	Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.			
Baden-Württemberg	9	166	144	10	156	205	6	39	46	7	17	12	0	0	0
Bayern	16	265	267	27	274	259	8	54	53	0	24	19	2	2	0
Berlin	26	398	335	43	274	309	5	24	48	0	6	3	0	2	0
Brandenburg	2	25	33	5	32	39	0	3	7	0	2	0	0	2	1
Bremen	5	32	33	4	25	21	2	10	5	0	0	2	0	0	0
Hamburg	15	139	127	20	146	153	11	35	53	0	2	4	0	0	0
Hessen	8	202	118	18	157	163	8	35	38	2	11	6	0	0	2
Mecklenburg-Vorpommern	2	22	18	4	20	17	0	5	4	0	1	1	0	0	0
Niedersachsen	20	174	153	18	114	132	9	22	24	1	6	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	42	572	495	58	483	435	14	74	76	2	22	17	1	2	1
Rheinland-Pfalz	8	45	52	5	50	56	3	18	26	0	6	4	1	1	0
Saarland	0	24	31	4	24	23	1	1	3	0	0	1	0	0	0
Sachsen	11	91	78	4	55	67	1	11	4	0	1	1	0	1	0
Sachsen-Anhalt	2	23	24	2	29	27	0	0	1	0	0	3	0	0	1
Schleswig-Holstein	5	50	43	13	67	55	2	11	13	0	1	3	0	1	0
Thüringen	5	29	40	0	10	15	1	1	6	0	0	3	0	0	1
Deutschland	176	2.257	1.991	235	1.916	1.976	71	343	407	12	99	81	4	11	6

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

41. Woche 2011 (Datenstand: 2.11.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Baden-Württemberg	127	5.326	5.074	2	276	60	13	306	205	50	1.969	2.212	1	71	59
Bayern	150	6.369	5.284	7	412	151	25	809	581	68	2.750	2.955	0	100	73
Berlin	54	2.703	2.374	1	104	26	9	470	167	19	704	711	1	81	84
Brandenburg	45	1.991	1.665	1	58	16	5	284	236	15	626	702	0	6	9
Bremen	10	385	359	0	48	3	1	7	18	6	117	103	0	7	9
Hamburg	26	1.906	1.613	1	562	19	1	146	28	5	355	323	0	39	27
Hessen	78	3.669	3.697	0	138	13	2	148	72	25	1.193	1.390	2	50	60
Mecklenburg-Vorpommern	50	2.108	1.657	0	169	6	13	435	248	11	602	537	0	2	5
Niedersachsen	103	4.927	4.890	5	784	128	27	603	505	65	1.838	2.051	0	13	17
Nordrhein-Westfalen	395	14.437	13.780	10	690	141	34	1.220	784	129	4.249	4.398	1	57	67
Rheinland-Pfalz	76	3.284	2.916	1	137	71	3	200	177	27	1.028	1.191	1	37	28
Saarland	20	927	1.031	0	15	6	1	48	19	2	216	270	0	2	3
Sachsen	113	5.094	4.552	1	137	53	27	729	567	51	1.353	1.691	0	33	34
Sachsen-Anhalt	46	1.480	1.161	1	64	19	18	527	384	53	1.012	982	0	12	7
Schleswig-Holstein	51	2.420	2.116	3	922	22	12	113	58	15	556	484	0	8	4
Thüringen	41	1.672	1.386	1	87	16	14	474	573	23	955	1.102	1	9	10
Deutschland	1.385	58.698	53.555	34	4.603	750	205	6.519	4.622	564	19.523	21.102	7	527	496

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Baden-Württemberg	2	143	113	73	7.074	10.456	17	3.834	3.749	12	467	425	2	41	35
Bayern	6	316	311	90	10.042	17.890	31	6.068	6.258	20	613	533	1	49	53
Berlin	1	60	62	28	2.839	3.480	1	1.366	2.055	10	330	314	3	65	66
Brandenburg	2	83	93	38	3.234	4.835	15	2.732	3.191	1	66	72	4	22	25
Bremen	0	14	18	1	513	789	0	275	336	0	15	22	0	5	7
Hamburg	0	69	50	17	2.565	2.359	5	1.116	1.207	1	115	95	0	13	16
Hessen	5	167	168	51	3.633	6.479	5	2.228	2.283	8	277	228	2	64	58
Mecklenburg-Vorpommern	2	53	51	27	3.229	4.754	8	3.082	2.079	3	143	107	3	57	36
Niedersachsen	2	264	240	63	6.401	11.570	12	3.630	4.431	2	149	170	0	64	110
Nordrhein-Westfalen	16	528	603	148	17.103	24.727	44	7.764	8.212	14	587	568	7	127	151
Rheinland-Pfalz	5	180	167	37	4.454	6.462	5	1.668	2.548	3	153	166	1	28	27
Saarland	0	20	24	14	1.135	1.633	0	396	658	0	23	19	1	3	0
Sachsen	9	327	361	141	8.168	11.365	20	9.361	4.574	3	226	292	9	86	100
Sachsen-Anhalt	5	151	150	115	4.727	7.751	7	2.922	2.692	2	63	71	1	25	23
Schleswig-Holstein	3	112	78	16	3.089	3.044	3	1.295	1.350	0	49	70	0	3	6
Thüringen	6	232	218	55	4.142	6.651	14	3.063	3.104	0	39	61	1	15	38
Deutschland	64	2.719	2.707	914	82.348	124.245	187	50.800	48.727	79	3.315	3.213	35	667	751

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

41. Woche 2011 (Datenstand: 2.11.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Baden-Württemberg	1	49	48	2	41	52	17	580	659
Bayern	2	54	96	1	85	82	14	861	949
Berlin	0	70	47	2	60	54	12	445	483
Brandenburg	0	22	14	0	13	13	0	61	57
Bremen	0	17	4	0	12	1	0	16	27
Hamburg	0	74	39	0	33	23	1	106	113
Hessen	0	33	59	0	58	55	6	264	269
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	4	0	5	13	1	26	44
Niedersachsen	2	91	55	1	39	23	5	257	260
Nordrhein-Westfalen	9	109	128	2	125	138	10	468	555
Rheinland-Pfalz	0	24	35	0	45	62	5	182	216
Saarland	0	7	19	0	14	8	0	52	78
Sachsen	0	13	6	0	39	20	12	218	225
Sachsen-Anhalt	0	15	17	0	17	20	0	110	96
Schleswig-Holstein	0	9	9	0	14	18	1	128	116
Thüringen	0	17	17	0	9	10	1	82	105
Deutschland	14	609	597	8	609	592	85	3.856	4.252

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Baden-Württemberg	1	32	29	0	523	136	5	416	434
Bayern	0	36	49	1	427	131	13	506	562
Berlin	0	24	23	1	159	88	4	246	234
Brandenburg	0	10	7	0	26	15	0	61	82
Bremen	0	1	1	0	1	1	1	43	31
Hamburg	0	5	6	0	45	15	4	117	134
Hessen	1	24	17	0	121	27	4	381	306
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	0	3	0	1	62	35
Niedersachsen	1	21	28	0	55	13	11	254	224
Nordrhein-Westfalen	2	65	84	0	100	166	19	839	858
Rheinland-Pfalz	0	28	16	0	29	22	4	153	145
Saarland	0	2	4	1	32	1	0	30	41
Sachsen	0	13	14	0	23	3	0	88	129
Sachsen-Anhalt	0	3	6	0	0	4	0	83	120
Schleswig-Holstein	0	13	5	0	27	12	0	48	75
Thüringen	0	12	12	1	2	1	1	62	79
Deutschland	5	293	304	4	1.573	635	67	3.389	3.489

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

41. Woche 2011 (Datenstand: 2.11.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	41. Woche	1.–41. Woche	1.–41. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	13	331	406	489
Brucellose	0	19	19	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	89	102	128
Dengue-Fieber	4	223	477	595
FSME	5	369	227	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	861	60	65
Hantavirus-Erkrankung	6	150	1.911	2.017
Hepatitis D	1	12	8	10
Hepatitis E	2	183	174	221
Influenza	3	43.623	3.012	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	173	147	211
Legionellose	11	474	576	690
Leptospirose	2	35	56	70
Listeriose	7	245	310	390
Ornithose	0	15	20	25
Paratyphus	0	50	53	57
Q-Fieber	0	268	343	361
Trichinellose	1	3	2	3
Tularämie	0	13	19	31
Typhus abdominalis	0	50	64	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Erkrankungsfälle von Sarkozystose bei Reiserückkehrern aus Malaysia

Aus sechs verschiedenen Ländern (Deutschland, Frankreich, Schweiz, Singapur, den Niederlanden, Kanada) wurde im Rahmen des Netzwerkes Geosentinel berichtet, dass bei Reisenden nach Malaysia insgesamt 23 wahrscheinliche Fälle von Sarkozystose aufgetreten sind. Alle hatten zwischen Juni und August 2011 die Tioman Inseln besucht. Unter den Erkrankten sind auch 13 Reisende aus Deutschland. Die größte Gruppe von acht Erkrankten wurde in Würzburg registriert. Dort stellten sich alle Patienten mit anfänglicher Diarrhö, gefolgt von Fieber und heftigen Myalgien vor. Bei allen wurden eine ausgeprägte Eosinophilie und Erhöhung der Kreatinkinase im Blut, bei einigen auch Anomalitäten im EKG beobachtet. Bisher konnten in der Muskelbiopsie eines Patienten Sarkozysten nachgewiesen werden. Weitere Resultate stehen zum Teil noch aus.

Durch Aufnahme von mit Fäkalien verunreinigter Nahrung oder Wasser können Menschen zufällige Fehlwirte der zoonotischen Sarkozystose werden, wobei sich Bradyzoiten von *Sarcocystis* spp. im Muskelgewebe entwickeln. Die Parasiten sind in zahlreichen Säugetierarten weltweit, besonders auch in Süd-Ost-Asien verbreitet.

Bei Reiserückkehrern aus Malaysia (insbesondere Tioman und den Nachbarinseln), die entsprechende Symptome (Fieber, Muskelschmerzen, Eosinophilie) aufweisen, sollte differenzialdiagnostisch auch an eine Sarkozystose gedacht werden.

Ansprechpartner ist PD Dr. med. August Stich von der Missionsärztliche Klinik Würzburg (E-Mail: stich@missioklinik.de).

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 43. Kalenderwoche (KW) 2011**

Die Aktivität der akuten ARE ist bundesweit in der 43. KW 2011 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Die Werte des Praxisindex liegen in allen AGI-Regionen weiterhin im Bereich der Hintergrund-Aktivität, nähern sich aber – für die Jahreszeit relativ früh – der Obergrenze der Hintergrundaktivität an.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 43. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273