



# Epidemiologisches Bulletin

20. Februar 2012 / Nr. 7

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut Stellungnahme zur Impfung Erwachsener gegen Pneumokokken

Die STIKO hat zur Kenntnis genommen, dass die Zulassung für den 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar 13<sup>®</sup> erweitert wurde. Zusätzlich zur Altersgruppe 2 Monate bis 5 Jahre ist er jetzt auch für Erwachsene ab 50 Jahren zugelassen. Laut Fachinformation (Stand: Oktober 2011) gilt die Zulassung bei den  $\geq 50$ -Jährigen für die Indikation „Prävention von **invasiven** Erkrankungen, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden“.

### Standardimpfung ab 60 Jahren

Bisher war nur der 23-valente Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff Pneumovax 23<sup>®</sup> für Erwachsene zugelassen. Entsprechend wird in den STIKO-Empfehlungen als Standardimpfung gegen Pneumokokken für alle Erwachsenen ab 60 Jahren nur der Polysaccharidimpfstoff genannt.

Daten zur Serotypenverteilung in Deutschland (Jahre 2009–2010) zeigen, dass bei invasiven Pneumokokkenkrankungen (IPD) bei Menschen ab 60 Jahren zu 82 % Kapselpolysaccharidtypen isoliert wurden, die in dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff (PPSV23) enthalten sind, und zu 63 % Typen, die in dem 13-valenten Konjugatimpfstoff (PCV13) enthalten sind.<sup>1</sup>

Die Zulassungserweiterung von PCV13 beruht auf Studien zur Antikörperbildung (Immunogenität). Nach Impfung mit PCV13 wurden im Vergleich zu PPSV23 höhere Serumantikörperspiegel gegen die meisten der in beiden Impfstoffen enthaltenen Kapselpolysaccharidtypen nachgewiesen. *In vitro* führten die Antikörper teilweise zu einer verbesserten Abtötung von Pneumokokken durch Phagozyten.<sup>2</sup>

Daten zur Wirksamkeit von PCV13 gegen klinisch relevante Endpunkte (IPD, pneumokokkenbedingte Pneumonien und Todesfälle) liegen für Erwachsene bisher nicht vor. Ob und wie sich die beobachtete bessere Immunogenität von PCV13 bei gleichzeitig schmalerem Serotypenspektrum auf die klinische Schutzwirkung angesichts des in Deutschland zirkulierenden Serotypen-Mix auswirkt, kann aufgrund der bisher vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.<sup>2,3</sup>

**Die STIKO sieht deshalb derzeit keine ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung ihrer geltenden Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung von Personen ab 60 Jahren.**

### Indikationsimpfung

Bei Personen, bei denen die wiederholte Impfung gegen Pneumokokken aufgrund einer Immundefizienz oder einer chronischen Nierenkrankheit indiziert ist (Indikationsimpfung nach Tab. 2, *Epidemiologisches Bulletin* 30/2011), ist es möglicherweise sinnvoll, sowohl mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff

Diese Woche

7/2012

#### STIKO

- ▶ Stellungnahme zur Pneumokokken-Impfung bei Erwachsenen
- ▶ Zur Anwendung neuer wissenschaftlicher Bewertungsmethoden der STIKO

#### Antibiotikaresistenz

Bericht des NRZ für gramnegative Krankenhaus-erreger: Nachgewiesene Carbapenemasen  
1. Mai–30. November 2011

#### Robert Koch-Institut

Zum Festsymposium PAE und MSAE im November 2011

#### Hinweise auf Veranstaltungen

Bad Honnef-Symposium: Venerologische und urogenitale Infektionen

#### Meldepflichtige

#### Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik  
4. Woche 2012

#### ARE/Influenza

Zur Situation in der  
6. Woche 2012



als auch mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff zu impfen. Allerdings liegen auch für diese Indikation keine ausreichenden Daten zur klinischen Schutzwirkung vor. Sofern ein solches Vorgehen in Betracht gezogen wird, sollte bei bisher ungeimpften Personen die Impfung mit dem Konjugatimpfstoff zuerst erfolgen. Immunogenität und Verträglichkeit einer nachfolgenden Impfung mit PPSV23 nach 1 Jahr waren nach Herstellerangabe zufriedenstellend. Kürzere Impfabstände wurden nicht untersucht. Eine nach 5 Jahren anstehende Wiederholungsimpfung bei bereits mit PPSV23 geimpften Personen kann mit PCV13 erfolgen. Die Kostenerstattung ist mit der jeweiligen Krankenkasse bzw. -versicherung individuell zu klären. Es ist zu beachten, dass Prevenar 13<sup>®</sup> aktuell (Stand: Januar 2012) nur für Kinder bis 5 Jahre und Erwachsene ab 50 Jahren zugelassen ist.

### Schlussbemerkung

Die STIKO wird die Datenlage im Auge behalten und fortlaufend evaluieren. Eine große randomisierte Vergleichs-

studie (CAPITA) zur klinischen Schutzwirkung von PCV13 gegen ambulant erworbene Pneumokokken-Pneumonien bei über 65-Jährigen wird zur Zeit in den Niederlanden durchgeführt.<sup>4</sup> Ergebnisse werden für 2013 erwartet. Leider beinhaltet diese Studie nur einen Vergleich von PCV13 mit Placebo, aber keinen direkten Vergleich mit PPSV23.

### Literatur:

1. [www.rki.de/pneumoweb](http://www.rki.de/pneumoweb)
2. Musher DM, Sampath R, Rodriguez-Barradas MC: The potential role for protein-conjugate pneumococcal vaccine in adults: What is the supporting evidence? *Clin Infect Dis* 2011; 52 (5): 633–640
3. European Medicines Agency: CHMP variation assessment report Prevenar 13. 22 September 2011. [www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Assessment\\_Report\\_-\\_Variation/human/001104/WC500119784.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/001104/WC500119784.pdf)
4. Hak E, Grobbee DE, Sanders EA, Verheij TJ, Bolkenbaas M, Huijts SM, Gruber WC, Tansey S, McDonough A, Thoma B, Patterson S, van Alphen AJ, Bonten MJ: Rationale and design of CAPITA: a RCT of 13-valent conjugated pneumococcal vaccine efficacy among older adults. *Neth J Med* 2008; 66 (9): 378–383

## Neue wissenschaftliche Bewertungsmethodik der Ständigen Impfkommission

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat ihre Methodik überarbeitet und eine aktualisierte Standardvorgehensweise veröffentlicht. Um die Qualität vorliegender Daten für die Erarbeitung von Empfehlungen zu bewerten, wird die STIKO in Zukunft das Schema der *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (kurz GRADE) *Working Group* anwenden. Diese Methode wird bereits als Standard zur Erstellung von Leitlinien und Empfehlungen von diversen Gremien internationaler Organisationen, wie zum Beispiel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), eingesetzt. Die STIKO ist die erste europäische Impfkommission, die eine derartige evidenzbasierte Methodik anwendet und nimmt damit eine Vorreiterstellung in Europa ein. Die „Standardvorgehensweise der STIKO für die systematische Entwicklung von Impfeempfehlungen“ ist jetzt im Internet verfügbar unter <http://www.rki.de/stiko>.

Für die Beurteilung von Impfungen wird von der STIKO eine Risiko-Nutzen-Bewertung durchgeführt, die sowohl individuelle als auch bevölkerungsbezogene Aspekte berücksichtigt. Dabei werden die erwarteten Vorteile einer generellen Impfung mit den Risiken abgewogen, die möglicherweise mit der Impfung assoziiert sein könnten. Eine systematische Methodik gewährleistet dabei die Nachvollziehbarkeit aller bei der Entwicklung einer Impfeempfehlung vorgenommenen Schritte. Eine systematische Bewertungsmethodik ist somit eine wichtige Voraussetzung für hohe Qualität und Transparenz bei der Entwicklung von Impfeempfehlungen. Dies soll auch die Akzeptanz der Empfehlungen bei der impfenden Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit fördern.

Die STIKO gibt Empfehlungen zur generellen Durchführung von Schutzimpfungen in Deutschland. Hierfür be-

wertet sie kontinuierlich Daten zu Impfstoffen und Erkrankungen, die durch Impfungen verhindert werden können. Die aktuellen Impfeempfehlungen der STIKO und ihre Begründungen werden jedes Jahr im Sommer im *Epidemiologischen Bulletin* des Robert Koch-Institutes veröffentlicht (s. <http://www.rki.de/stiko>). Bei der Bewertung von Daten und der Erarbeitung von Impfeempfehlungen folgt die STIKO in wesentlichen Punkten der systematischen Methodik der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Innerhalb der STIKO wurde eine Arbeitsgruppe speziell zur Fortentwicklung der Methodik eingerichtet. Diese diskutiert aktuelle Fragen zur EbM-Methodik auch im Austausch mit nationalen und internationalen Experten. So fanden mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Berlin im November 2010 und im September 2011 zwei internationale Workshops statt, an denen unter anderem Vertreter der WHO, des *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) sowie der Impfkommissionen der USA, Kanadas und mehrerer europäischer Länder teilnahmen. Ergebnisse des ersten Workshops wurden im *Epidemiologischen Bulletin*<sup>1</sup> und kürzlich in der internationalen Zeitschrift *Vaccine*<sup>2</sup> veröffentlicht.

### Referenzen

1. Matysiak-Klose D, Wichmann O: Bericht zum internationalen Workshop „Methoden zur Entwicklung standardisierter evidenzbasierter Impfeempfehlungen“. *Epidemiologisches Bulletin* 2011; 12: 89–93 (s. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/12\\_\\_11.pdf/12\\_11.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/12__11.pdf/12_11.pdf))
2. Matysiak-Klose D, Ahmed F, Duclos P, Falck-Ytter Y, Forland F, Houweling H, Kramarz P, Langley JM, Mertens T, Schünemann H, Senouci K, Temte J, Wichmann O: Report on the 1st international workshop on procedures for the development of evidence-based vaccination recommendations, Berlin, Germany, 22–23 November 2010. *Vaccine* 2011; Online unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1101927X>

Bericht des NRZ für gramnegative Krankenhauserreger

**Carbapenemase-tragende gramnegative Erreger im Zeitraum 1. Mai bis 30. November 2011**

Carbapenemasen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
<i>K. pneumoniae</i> mit KPC-2	9	4							1	5			17			
<i>K. pneumoniae</i> mit KPC-2 und VIM-1							1									
<i>K. pneumoniae</i> mit KPC-3	1	2	3							1	1					
<i>P. aeruginosa</i> mit GES-5								1								
<i>C. freundii</i> mit GIM-1										1						
<i>E. cloacae</i> mit GIM-1										1						
<i>A. pittii</i> mit GIM-1										4			1			
<i>A. guillouiae</i> mit GIM-1										1						
<i>P. aeruginosa</i> mit IMP-7		1														
<i>S. marcescens</i> mit IMP-13							1									
<i>P. aeruginosa</i> mit IMP-15													1			
<i>P. aeruginosa</i> mit IMP-31										4						
<i>A. baumannii</i> mit NDM-1		1	2	8												
<i>A. pittii</i> mit NDM-1				1												
<i>E. cloacae</i> mit NDM-1										1						
<i>K. pneumoniae</i> mit NDM-1		1														
<i>K. oxytoca</i> mit NDM-1		1														
<i>E. cloacae</i> mit VIM-1	1	4						1	1	5	4		5			
<i>E. coli</i> mit VIM-1				1						2						
<i>K. oxytoca</i> mit VIM-1										1			5			
<i>K. pneumoniae</i> mit VIM-1		2								2				2	1	
<i>P. putida</i> mit VIM-1	1															
<i>Serratia marcescens</i> mit VIM-1															1	
<i>Aeromonas hydrophila</i> mit VIM-2	1															
<i>E. cloacae</i> mit VIM-2											1					
<i>P. aeruginosa</i> mit VIM-2	3	13				1			1	2			3		10	
<i>E. cloacae</i> mit VIM-4													1			
<i>K. pneumoniae</i> mit VIM-4			1										1			
<i>P. aeruginosa</i> mit VIM-4	1															
<i>P. aeruginosa</i> mit VIM-5															1	
<i>K. pneumoniae</i> mit VIM-26	1															
<i>E. cloacae</i> mit OXA-48			1													
<i>E. coli</i> mit OXA-48		1	4								1					
<i>K. pneumoniae</i> mit OXA-48	3	5	21	26		1		1		13	10	1				
<i>K. pneumoniae</i> mit OXA-162			2				4									
<i>E. coli</i> mit OXA-181										1						
<i>A. baumannii</i> mit OXA-23	6	20	42	3		12	2	1	3	50			4	8	4	
<i>A. baumannii</i> mit OXA-72	1	1					1								1	
<i>A. baumannii</i> mit OXA-58	2	1	1													
<i>A. baumannii</i> mit OXA-164	1															
<i>A. baumannii</i> mit ISAbal upstream von <i>bla</i> <sub>OXA-58 like</sub>			8	1						2						

**Tab. 1:** Anzahl der im NRZ für gramnegative Krankenhauserreger nachgewiesenen Carbapenemasen im Zeitraum 1.5.2011–30.11.2011

BW: Baden-Württemberg; BY: Bayern; BE: Berlin; BB: Brandenburg; HB: Bremen; HH: Hamburg; HE: Hessen; MV: Mecklenburg-Vorpommern; NI: Niedersachsen; NRW: Nordrhein-Westfalen; RP: Rheinland-Pfalz; SL: Saarland; SN: Sachsen; ST: Sachsen-Anhalt; SH: Schleswig-Holstein; TH: Thüringen

Das NRZ für gramnegative Krankenhauserreger bietet als Serviceleistung eine zügige und kostenfreie Abklärung auf Carbapenemasen an.

*Enterobacteriaceae*, die die folgenden Kriterien erfüllen, können eingesandt werden:

- ▶ Verminderte Ertapenem-Empfindlichkeit:  
Agardiffusion (Ertapenem 10 µg):  
Hemmhofdurchmesser  $\leq 21$  mm oder MHK  $\geq 2$  mg/l
- ▶ Verminderte Meropenem-Empfindlichkeit:  
Agardiffusion (Meropenem 10 µg):  
Hemmhofdurchmesser  $\leq 21$  mm oder MHK  $\geq 2$  mg/l
- ▶ Verminderte Imipenem-Empfindlichkeit: MHK  $\geq 2$  mg/l
- ▶ Bei *Proteus* spp., *Providencia* spp. und *Morganella* spp. ist eine isolierte MHK-Erhöhung für Imipenem bei unauffälliger MHK für Meropenem ( $\leq 0,25$  mg/l) durch andere Mechanismen als Carbapenemasen bedingt und bedarf keiner weiteren Abklärung.
- ▶ Bei *Enterobacter* spp. braucht eine isolierte MHK-Erhöhung für Ertapenem bei unauffälliger MHK für Imipenem ( $\leq 0,5$  mg/l) und Meropenem ( $\leq 0,25$  mg/l) nicht abgeklärt zu werden.

*P.-aeruginosa*-Isolate mit folgenden Kriterien können eingesandt werden:

- ▶ Resistenz gegen Imipenem und
- ▶ Resistenz gegen Meropenem und
- ▶ Resistenz gegen Ceftazidim und
- ▶ positives Ergebnis eines phänotypischen Tests auf Metallo-Betalaktamase (z. B. MBL-Etest oder EDTA-Synergietest)

Entsprechende Isolate können an folgende Adresse gesendet werden:

NRZ für gramnegative Krankenhauserreger  
Abteilung für Medizinische Mikrobiologie  
Ruhr-Universität Bochum  
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum  
Tel.: 0234.32-26938 oder 0234.32-27467

Es sollten dazu Einsendescheine der NRZ-Homepage verwendet werden (s. <http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/>).

Bericht des NRZ für gramnegative Krankenhauserreger. **Ansprechpartner** ist Dr. Martin Kaase (E-Mail: [Martin.Kaase@rub.de](mailto:Martin.Kaase@rub.de)).

## Fest-Symposium Postgraduierenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE) und Master für angewandte Epidemiologie (MSAE) am 4. November 2011

Ein in Deutschland einzigartiges und international anerkanntes Trainingsprogramm des Robert Koch-Instituts (RKI) – die Postgraduierenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE) – ist im vergangenen Jahr 15 Jahre alt geworden. Die PAE wurde 1996 im Rahmen der Neugestaltung des Infektionsschutzes in Deutschland als deutsches Feld-Epidemiologie-Trainingsprogramm (FETP) am RKI eingerichtet. Seit dem Wintersemester 2009/2010 besteht für die PAE-Teilnehmer die Möglichkeit, parallel einen in die PAE integrierten *Master of Science in Applied Epidemiology* (MSAE) zu absolvieren, der in Kooperation mit der Berliner Charité und der *Berlin School of Public Health* (BSPH) angeboten wird. Der erste Jahrgang hat den Master im November 2011 abgeschlossen. Um diese beiden Begebenheiten zu feiern, hatte das RKI am 4. November 2011 zu einem wissenschaftlichen Symposium eingeladen.

Die einführenden Grußworte wurden gehalten vom Präsidenten des RKI, Herrn Prof. Reinhard Burger, von Herrn MinDir Franz-Josef Bindert (Unterabteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit), von Frau Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider (Sprecherin der *Berlin School of Public Health*) und Herrn Dr. Dionisio Herrera Guibert (Direktor der internationalen Dachgesellschaft der Feldepidemiologie-Trainingsprogramme TEPHINET – *Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network*; s. auch Abb. 1). Im Anschluss schilderten Absolventen in mehreren Vorträgen, wie sie das in dem Trainingsprogramm erworbene Rüstzeug bei ihrer jetzigen Tätigkeit in den verschiedenen Ebenen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

in Deutschland, Europa und der Welt einsetzen. Danach wurden in einem Ausblick die neuen Wege des Trainingsprogramms vorgestellt. Abschließend wurden den ersten MSAE-Absolventen die Masterzertifikate überreicht.

In den Grußworten und Vorträgen wurde deutlich, dass das Trainingsprogramm einen wichtigen Beitrag dazu geleistet hat, dass Deutschland heute wesentlich besser als noch vor 16 Jahren aufgestellt ist, als es hierzulande nur wenig Expertise für analytische Ausbruchuntersuchungen gab und für viele Krankheiten keine einheitlichen und einzelfallbasierten Surveillance-Daten vorlagen.

Das Trainingsprogramm hat zum Ziel, eine „kritische Masse“ von Infektionsepidemiologen auszubilden, die in der Lage sind, wissenschaftsbasierte Entscheidungen im öffentlichen Gesundheitswesen zu treffen und epidemiologische Methoden auch in Krisen sachkundig einzusetzen. In jüngerer Zeit konnten sowohl bei der Bewältigung der Pandemie 2009 als auch bei der Aufklärung des EHEC (Enterohämorrhagische *Escherichia coli*)-Ausbruchs 2011 die Früchte der Investition geerntet werden. Diese und andere Herausforderungen wären kaum ohne das Wissen, das sich über die Jahre angesammelt hat und den Beitrag der Teilnehmer und Absolventen des Trainingsprogramms zu meistern gewesen. So dass die Infektionsepidemiologie heute unverkennbar zum Renommée des RKI beiträgt.

Ein erheblicher Teil der ausgebildeten Nachwuchswissenschaftler ist nach Abschluss des Trainingsprogramms dort

tätig, wofür sie ausgebildet werden, nämlich im ÖGD: Von den 51 Teilnehmern, die das Programm bis 2010 durchlaufen haben, haben 84 % eine Tätigkeit im ÖGD in Deutschland, Europa oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgenommen. Die Absolventen fungieren als Multiplikatoren: Über 60 % sind an der Ausbildung nachfolgender PAE- oder EPIET- Teilnehmer beteiligt.

Die PAE war von Anfang an organisatorisch eng an das *European Programme for Intervention Epidemiology Training* (EPIET) angebunden, das am *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC) angesiedelt ist. Über die Jahre hat die PAE nicht nur von dem internationalen Austausch profitiert sondern sich auch zu einem strategisch wichtigen Partner für das EPIET entwickelt, um gemeinsam am Ausbau des Programms zu arbeiten. Das Beispiel von Deutschland wurde inzwischen von anderen EU-Mitgliedsstaaten aufgenommen, die das Netzwerk weiter vergrößern und stärken.

Die Gründung des MSAE mit der Ermöglichung eines akademischen Abschlusses dient der weiteren Profilierung und stärkt die Zusammenarbeit des ÖGD mit dem universitären Public-Health-Bereich.

Eine wichtige Lektion im Aufbau des Trainingsprogramms ist die Bedeutung der guten Zusammenarbeit zwischen den Ebenen im ÖGD. Damit die verschiedenen Ebenen im föderalen System ihrer Verantwortung gerecht werden können, wird ein flexibles, schnell aktivierbares Netzwerk benötigt. Ein Beitrag hierzu leistet auch die gemeinsame Lehre und Diskussionen im Rahmen des Trainingsprogramms. Seit dem Jahr 2006 werden jeweils zwei Programmteilnehmer in einigen der mit dem Infektionsschutz beauftragten Behörden der Bundesländer eingesetzt. Diese Ausbildungsstätten bieten Gelegenheiten und Betreuung für Ausbruchuntersuchungen und Projekte und tragen dadurch zum Erfolg der Ausbildung bei. Das HLPUG Dillenburg, das LGA Stuttgart, das LGL Oberschleissheim, das

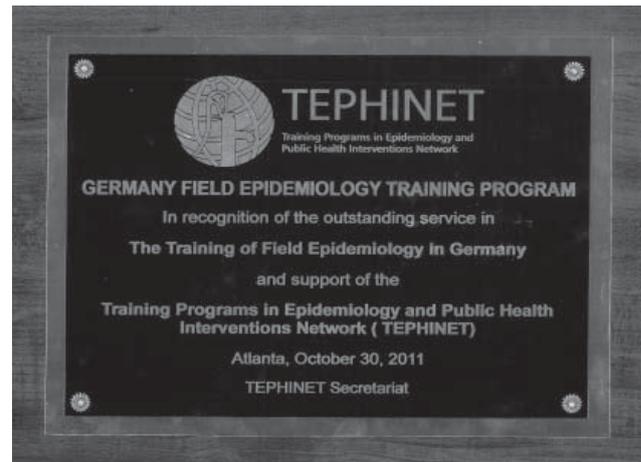


Abb. 1: Von der internationalen Dachgesellschaft TEPHINET verliehene Auszeichnung anlässlich des 15-jährigen Bestehens der Postgraduierten-ausbildung für Angewandte Epidemiologie (Quelle: RKI)

LUA Landau und das NLGA Hannover wurden inzwischen auch als EPIET-Ausbildungsstätten anerkannt. Um das Netzwerk im föderalen System weiter auszubauen ist es vonnöten, Ideen zu entwickeln, wie weitere Bundesländer eingebunden werden können. Um die bevölkerungsmedizinische Perspektive im Laborbereich zu stärken, sollten hier auch Labormediziner auf Landesebene mit einbezogen werden.

Zusammenfassend konnte in dem Symposium die Bedeutung der Investition in die Qualifikation des Personals im ÖGD gezeigt werden, die auch bei derzeitiger knapper werdenden Ressourcen aufrecht erhalten werden sollte.

Wir danken nochmals allen Vortragenden für ihre vielseitigen und interessanten Redebeiträge und allen Teilnehmern, die das Festsymposium mit uns begangen haben.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Katharina Alpers (PAE-Ausbildungs-Koordinatorin, E-Mail: AlpersK@rki.de).

## Hinweise auf Veranstaltungen

### Bad Honnef-Symposium

#### Venerologische und urogenitale Infektionen

**Termin:** 16. bis 17. April 2012

**Veranstaltungsort:** Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter, Johannes-Albers-Allee 3, 53639 Königswinter

**Veranstalter:** Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. und der Deutschen STD Gesellschaft e.V.

#### Wissenschaftliches Komitee:

Norbert H. Brockmeyer (Bochum), Kurt Naber (Straubing), Reinhard Fünfstück (Weimar), Michael Kresken (Rheinbach), Gerd Gross (Rostock), Pramod M. Shah (Frankfurt/Main), Gert Höffken (Dresden), Florian Wagenlehner (Gießen)

#### Themen u. a.:

Nosocomial infection in urology; New classification of urinary tract infections; Perioperative prophylaxis of infections in Urology; Guidelines on management of catheter-associated UTI; Antibiotika-Empfindlichkeit von HWI-Erregern; PK/PD in der Therapie von Harnwegsinfektionen und Prostatitis;

Diagnostik und Therapie der HWI in der Allgemeinmedizin; Prävention der rezidivierenden HWI; Genitale Infektionen und Infertilität; Genitale Herpes-Infektionen; Tropische STD; Epidemiologie und Bedeutung klassischer STD's – ein überkommenes Konzept?; Diagnostik und Therapie der genitelen Chlamydieninfektion bei der Frau; Genitoanale HPV-Infektionen – Diagnostik & Behandlung; Die Rolle von HPV bei der Entstehung des Peniskarzinoms; Neisseria gonorrhoeae – Antibiotikaresistenz in Deutschland; Ungewöhnliche Manifestationen der Syphilis; Vorgehen bei Nadelstichinfektionen

**Hinweise:** Die Teilnahme ist gebührenpflichtig. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, ist eine Voranmeldung erforderlich.

#### Organisation:

Geschäftsstelle der Paul-Ehrlich-Gesellschaft  
Campus Hochschule Bonn-Rhein-Sieg  
Von-Liebig-Straße 20, 53359 Rheinbach  
Telefon: 02226.908-916  
Fax: 02226.908-918  
E-Mail: geschaeftsstelle@p-e-g.org

#### Internet:

[http://www.p-e-g.de/bad\\_honnef\\_symposium\\_2012/](http://www.p-e-g.de/bad_honnef_symposium_2012/)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

4. Woche 2012 (Datenstand: 15.2.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
Baden-Württemberg	87	461	352	4	6	5	3	18	10	23	79	121	3	6	10
Bayern	109	504	358	2	5	8	12	44	34	23	116	135	2	5	3
Berlin	41	194	186	1	4	0	5	14	31	8	39	45	1	9	5
Brandenburg	22	123	115	2	3	1	8	18	20	5	39	38	0	0	1
Bremen	5	22	28	0	0	1	0	0	0	2	15	8	1	1	1
Hamburg	23	119	116	0	1	3	1	6	2	8	33	27	0	3	3
Hessen	56	286	240	2	4	0	2	4	9	20	60	49	2	3	4
Mecklenburg-Vorpommern	25	104	106	0	1	0	16	50	18	14	41	98	0	0	0
Niedersachsen	53	290	313	0	4	9	11	36	27	31	128	88	0	3	0
Nordrhein-Westfalen	204	1.137	955	5	21	14	20	74	60	58	278	223	1	5	2
Rheinland-Pfalz	49	270	217	1	8	5	3	14	5	14	58	57	1	1	1
Saarland	20	102	73	0	0	0	0	6	3	4	11	17	0	0	0
Sachsen	55	330	378	3	8	5	20	65	37	26	126	96	1	3	0
Sachsen-Anhalt	21	84	93	4	6	1	13	34	27	28	124	51	1	1	0
Schleswig-Holstein	31	128	162	0	5	3	2	5	3	9	38	24	0	1	0
Thüringen	37	143	109	0	5	2	9	37	50	32	112	71	0	0	1
<b>Deutschland</b>	<b>838</b>	<b>4.297</b>	<b>3.801</b>	<b>24</b>	<b>81</b>	<b>57</b>	<b>125</b>	<b>425</b>	<b>336</b>	<b>305</b>	<b>1.297</b>	<b>1.148</b>	<b>13</b>	<b>41</b>	<b>31</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
Baden-Württemberg	4	13	10	281	1.094	809	81	209	310	18	49	32	0	4	5
Bayern	9	31	34	722	2.397	1.219	99	311	455	16	58	43	0	4	1
Berlin	1	5	3	135	533	515	27	103	151	5	31	28	1	9	5
Brandenburg	0	6	4	205	767	486	33	94	234	1	4	7	1	2	0
Bremen	0	0	1	26	83	94	1	2	18	1	1	1	0	0	0
Hamburg	5	11	2	55	260	306	16	71	116	2	9	4	0	2	0
Hessen	6	13	10	215	806	356	42	144	143	5	19	23	1	8	3
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	11	202	674	428	19	58	152	1	9	13	0	7	0
Niedersachsen	5	19	22	455	1.698	976	42	123	279	7	17	17	0	6	1
Nordrhein-Westfalen	14	42	38	612	2.606	3.063	105	400	677	14	50	57	2	10	5
Rheinland-Pfalz	7	16	13	192	676	695	96	252	149	8	16	17	1	2	3
Saarland	1	3	2	83	286	181	14	41	32	0	2	2	0	0	0
Sachsen	10	32	34	452	1.900	1.302	41	139	643	9	24	19	1	5	3
Sachsen-Anhalt	12	22	10	253	1.005	594	31	80	296	2	10	7	0	2	2
Schleswig-Holstein	2	4	6	67	310	372	18	87	123	6	10	5	0	0	0
Thüringen	10	40	23	255	1.058	593	35	119	185	0	3	3	2	2	0
<b>Deutschland</b>	<b>87</b>	<b>259</b>	<b>223</b>	<b>4.210</b>	<b>16.153</b>	<b>11.989</b>	<b>700</b>	<b>2.233</b>	<b>3.963</b>	<b>95</b>	<b>312</b>	<b>278</b>	<b>9</b>	<b>63</b>	<b>28</b>

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-labordiagnostisch 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

4. Woche 2012 (Datenstand: 15.2.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
Baden-Württemberg	5	9	3	1	3	4	16	60	57
Bayern	2	8	3	0	4	11	11	57	49
Berlin	0	5	3	4	6	3	13	56	36
Brandenburg	2	2	0	0	1	1	1	4	5
Bremen	0	1	2	0	0	1	2	5	1
Hamburg	0	1	6	0	3	0	1	9	10
Hessen	1	1	5	0	4	6	9	30	23
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	2	0	0	5	6
Niedersachsen	0	8	6	0	2	5	3	21	29
Nordrhein-Westfalen	2	11	10	3	8	9	12	60	40
Rheinland-Pfalz	0	3	1	0	4	5	4	11	15
Saarland	0	0	0	0	1	5	2	4	7
Sachsen	0	4	0	0	4	6	9	33	17
Sachsen-Anhalt	1	1	2	1	3	1	4	13	13
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	1	1	3	10	16
Thüringen	1	2	0	0	2	3	2	8	11
<b>Deutschland</b>	<b>14</b>	<b>56</b>	<b>41</b>	<b>9</b>	<b>48</b>	<b>61</b>	<b>92</b>	<b>386</b>	<b>335</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
Baden-Württemberg	0	1	9	0	0	2	7	33	35
Bayern	5	10	10	1	2	26	12	33	36
Berlin	0	0	5	0	0	3	2	17	19
Brandenburg	1	3	2	0	0	0	0	4	8
Bremen	0	2	0	0	0	0	1	4	3
Hamburg	0	0	0	0	0	1	0	5	9
Hessen	0	2	6	0	0	3	11	26	36
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	0	1	0	6	7
Niedersachsen	0	5	5	0	0	3	3	21	20
Nordrhein-Westfalen	2	7	17	0	0	6	13	50	89
Rheinland-Pfalz	0	1	4	0	0	1	4	13	17
Saarland	0	1	1	0	0	0	0	2	2
Sachsen	0	1	3	0	0	0	1	9	8
Sachsen-Anhalt	1	1	1	0	0	0	3	10	7
Schleswig-Holstein	1	3	2	1	1	2	2	10	2
Thüringen	1	4	3	0	0	0	2	7	5
<b>Deutschland</b>	<b>11</b>	<b>42</b>	<b>68</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>48</b>	<b>61</b>	<b>250</b>	<b>303</b>

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

4. Woche 2012 (Datenstand: 15.2.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	4. Woche	1.–4. Woche	1.–4. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	110	227	28	674
Brucellose	1	2	1	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	7	12	124
Dengue-Fieber	6	15	35	287
FSME	0	1	1	416
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	2	1	877
Hantavirus-Erkrankung	25	91	19	302
Hepatitis D	0	0	1	16
Hepatitis E	4	21	25	237
Influenza	79	159	11.153	43.765
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	7	23	28	175
Legionellose	6	23	47	636
Leptospirose	1	1	3	51
Listeriose	3	23	15	337
Ornithose	0	1	2	16
Paratyphus	0	4	2	57
Q-Fieber	0	1	15	287
Trichinellose	1	1	0	3
Tularämie	0	1	3	17
Typhus abdominalis	0	2	3	59

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

### Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

#### Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya

Baden-Württemberg, 34 Jahre, weiblich (Infektionsland: Indien; 2. Chikungunya-Fall 2012)

Lepra: Thüringen, 27 Jahre, männlich

(Infektionsland: Indonesien; 33. Meldewoche 2011; 2. Lepra-Fall 2011)

### Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

#### Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 6. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 6. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Werte des Praxisindex liegen in den AGI-Großregionen Süden, Mitte (West) und Osten im geringfügig erhöhtem Bereich, in der AGI-Großregion Norden (West) weiterhin im Bereich der Hintergrund-Aktivität. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz sind insgesamt ebenfalls angestiegen.

#### Internationale Situation

##### Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN (ECDC)

Für die 5. KW 2012 berichteten 27 Länder zur Influenza-Aktivität. Elf Länder (Belgien, Bulgarien, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Malta, Portugal, Rumänien, die Slowakische Republik und Spanien) meldeten eine mittlere und 16 Länder eine geringe Influenza-Aktivität. Belgien, Italien und Spanien berichteten über geografisch weit verbreitete Influenza-Aktivität, alle anderen Länder maximal über regionale Aktivitätserhöhungen.

Weitere Informationen: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120120\\_SUR\\_Weekly\\_Influenza\\_Surveillance\\_Overview.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120120_SUR_Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.pdf)

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 6. Kalenderwoche 2012 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](http://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