



Epidemiologisches Bulletin

22. Oktober 2012 / Nr. 42

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welt-Poliotag 2012

Indien von der Liste der Endemieländer gestrichen – ein großer Erfolg für die Polioeradikationsinitiative

Der Welt-Poliotag wird jedes Jahr zum Gedenken an den Entwickler des ersten Polioimpfstoffes (IPV), den US-amerikanischen Arzt und Immunologen Dr. Jonas Salk, begangen. Erstmals 1998 durch die UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgerufen, hat er u. a. das Ziel, die Bevölkerung für diese fast vergessene Krankheit zu sensibilisieren, auf die Bedeutung der Polioimpfung aufmerksam zu machen und die globale Polioeradikationsinitiative der WHO (GPEI) zu unterstützen. Dank der GPEI, gestartet 1988 und getragen durch die WHO, UNICEF, Rotary, CDC und ihre Partner, wurden beträchtliche Erfolge bei der Bekämpfung dieser Infektionskrankheit erzielt. Bereits 2004 konnte eine Reduktion der weltweit registrierten Fälle um 99 % vermeldet werden; drei von sechs WHO-Regionen wurden als poliofrei zertifiziert (Amerika 1994, Westpazifik 2000 und Europa 2002). Doch noch ist das Ziel der weltweiten Ausrottung der Kinderlähmung nicht erreicht – seit etwa 10 Jahren stagniert der Prozess. Umso höher sind die diesjährigen Erfolge zu werten.

Noch vor wenigen Jahren Ausgangsort zahlreicher Re-Importe von Wild-Poliioviren (WPV) konnte Indien nach 12 Monaten ohne Poliofall bereits Anfang 2012 von der Liste der Endemieländer gestrichen werden. Inzwischen sind 20 Monate ohne Polio-Neuerkrankungen in Indien vergangen (letzter Fall 13.01.2011). Die Zahl der offiziell bei der WHO gemeldeten Poliofälle ist 2012 weltweit um 64 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gesunken (2011: 429 Fälle, 2012: 154 Fälle, Stand 03.10.2012). Ein weiteres positives Signal für die GPEI ist der Stopp nahezu aller in 2011 begonnenen Ausbrüche durch Re-Transmissionen von WPV (Ausnahme: Tschad = 5 Fälle). Es traten keine weiteren Poliofälle in Nicht-Endemiegebieten auf. Nun strebt die WHO an, die Übertragung der Poliowildviren auch in den verbleibenden drei Endemiegebieten (Nigeria, Afghanistan, Pakistan) zu stoppen. Doch dies könnte sich als schwierig erweisen. In Nigeria haben sich die Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr nahezu verdreifacht. Auch in Pakistan scheinen die Fortschritte im Kampf gegen Polio erneut gefährdet zu sein, weil inzwischen in weiten Teilen des Landes Führer der Taliban den Menschen untersagen, ihre Kinder gegen Kinderlähmung impfen zu lassen. Nach Angriffen auf WHO-Mitarbeiter und dem Tod eines einheimischen Impfhelfers im Juli 2012 wurden die Impfkationen auch seitens der WHO in einigen Teilen des Landes vorerst ausgesetzt.

Die großen Erfolge im Kampf gegen Polio sind vor allem dem Einsatz wirksamer Impfstoffe zu verdanken. In Deutschland wurde in diesem Jahr vielerorts die Einführung der Polioimpfung vor 50 Jahren gewürdigt (damals der Lebendimpfstoff bzw. die orale Poliovakzine, OPV). Die unvergessene Kampagne unter dem Motto „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“ zeigte schnell Wirkung: Innerhalb eines Jahres sanken die Erkrankungszahlen von über 4.600 (1961) auf nur etwa 290 (1962). Nach dem letzten Fall durch Poliowildviren 1990 wurden in Deutschland jedoch jährlich weiterhin bis zu drei

Diese Woche

42/2012

Poliomyelitis

Welt-Polio-Tag 2012 –
Indien von der Liste der Endemieländer gestrichen

Tuberkulose

Fallbericht einer Infektion mit
Mycobacterium malmoense

STIKO

- ▶ Zur Bewertung von Impfungen für Erwachsene durch die Stiftung Warentest
- ▶ Erratum

Antibiotikaresistenz

Gründung eines Nationalen Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitees

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
39. Woche 2012

ARE/Influenza

Zur Situation in der
41. Woche 2012



Vakzine-assoziierte paralytische Poliomyelitis-Fälle (VAPP) registriert, d.h. Erkrankungen durch Impfviren, die zur Polio-Symptomatik führen. Deshalb wurde 1998 die generelle Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) für den OPV-Einsatz aufgehoben. Die STIKO empfiehlt seitdem zum Schutz vor Poliomyelitis die zu injizierende inaktivierte Poliovakzine (IPV), die meist in Form einer Kombinationsimpfung verabreicht wird. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben sehr hohe Seroprävalenzen für alle drei Poliovirustypen ergeben, so dass gegenwärtig eine Zirkulation importierter Polioviren in Deutschland als unwahrscheinlich anzusehen ist (siehe *Epidemiologisches Bulletin* 25/2012).

Zur kontinuierlichen Überwachung und Analyse der Polio-situation wird in Deutschland die Enterovirus-Surveillance (EVS) durchgeführt, die von der seit April 2010 am RKI ansässigen Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland koordiniert wird. Jährlich werden durchschnittlich 2.500 Proben von Patienten mit Verdacht auf aseptische Meningitis/Enzephalitis oder akuter schlaffer Lähmung untersucht. Dabei wurden Polioviren bisher nicht nachgewiesen.

Bericht des NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI. Als **Ansprechpartnerinnen** stehen Dr. Sabine Diedrich (DiedrichS@rki.de) und Dr. Katrin Neubauer (NeubauerK@rki.de) zur Verfügung.

Beratung und Spezialdiagnostik

Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren
am Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Tel.: 030. 18 754 – 23 78

Fax: 030. 18 754 – 26 17

E-Mail: diedrichs@rki.de

Leitung: Dr. Sabine Diedrich

Leistungsangebot:

- ▶ Beratung zu Fragen der Diagnostik und der Immunität, Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei bestehender Indikation, Anzucht und Typisierung von Poliomyelitis- und anderen Enteroviren, intratypische Differenzierung von Poliovirus-Isolaten (d.h. Unterscheidung zwischen Impf- und Wildviren) bei Poliomyelitis-Verdachtsfällen durch den Einsatz virologischer und molekularer Methoden, molekularbiologische Feincharakterisierung von Enterovirus-Isolaten (Sequenzierung), z. B. im Rahmen der Aufklärung von Ausbrüchen, Abgabe von Referenzvirusstämmen;
- ▶ bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. Das Untersuchungsmaterial (Stuhl, Rachenspülwasser, Liquor, Serumpaare) sollte auf dem schnellstmöglichen Wege gekühlt transportiert werden. Zum diagnostischen Vorgehen bei einem Verdacht auf Poliomyelitis – einschließlich Vakzine-assoziiierter Fälle – wird auf das *Epidemiologische Bulletin* 1/96 hingewiesen;
- ▶ virologische Abklärung aller Fälle von AFP (*acute flaccid paralysis*) im Rahmen der Eradikation der Poliomyelitis.

Fallbericht einer Infektion mit *Mycobacterium malmoeense*

Am 02.02.2012 erfolgte die Meldung einer Lungenfachklinik über die Tuberkuloseerkrankung eines Mannes deutscher Herkunft und mittleren Alters an das Gesundheitsamt Biberach. Klinisch stand eine Hämoptoe des Patienten im Vordergrund, andere Symptome wie Gewichtsverlust oder Nachtschweiß sind nicht bekannt. Labordiagnostisch konnten säurefeste Stäbchen in hoher Zahl im Sputum nachgewiesen werden.

Indexpatient

Am 24.01.2012 konsultierte der Erkrankte wegen einer seit 6 Monaten bestehenden Hämoptoe seinen Hausarzt, der sofort eine Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane veranlasste. Der Röntgenbefund zeigte ausgedehnte nodulär-streifige Verdichtungen mit einzelnen Höhlenbildungen in beiden Lungenoberfeldern. Es bestand der dringende Verdacht einer aktiven Lungentuberkulose. Eine molekulare Schnelldiagnostik wurde nicht durchgeführt. Am 02.02.2012 erfolgte eine stationäre Einweisung des Patienten in eine Lungenfachklinik. Dort wurde im Anschluss des Nachweises säurefester Stäbchen im Sputum mit einer antituberkulösen Vierfach-Therapie mit INH (Isoniazid), RMP (Rifampicin), PZA (Pyrazinamid) und EMB (Ethambutol) begonnen. Als wahrscheinlich wurde eine Infektion während eines längeren Auslandsaufenthalts in Mittelamerika angesehen. Der Erkrankte war dort von Januar 2011 bis November 2011 in einer Betreuungseinrichtung für Kinder tätig gewesen. Er berichtete, dass er schon seit mehreren

Jahren an einem Raucherhusten leide, in Mittelamerika habe sich der Husten aber stark verschlechtert und sei schmerzhaft geworden. Als Begleiterkrankungen bestehen bei dem Patienten ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Erstdiagnose 2006) sowie ein chronischer Nikotinabusus (ca. 30 pack-years) mit COPD (Erstdiagnose 2009).

Umgebungsuntersuchung

Aufgrund der typischen klinischen Symptomatik und des Nachweises säurefester Stäbchen in hoher Zahl im Sputum wurde unverzüglich mit Umgebungsuntersuchungen im familiären Bereich, bei Mitreisenden der Rückflüge nach Deutschland und bei Kontaktpersonen in dem mittelamerikanischen Land begonnen.

Familiäre Kontakte

Als enge Kontaktpersonen kamen, bei dem seit seiner Rückkehr sehr zurückgezogen lebenden Erkrankten, zehn enge Familienmitglieder und Bekannte in Frage. Die Umgebungsuntersuchung mit Gamma-Interferontests verlief negativ.

Reisekontakte

Weitere infektionsrelevante Kontakte bestanden für Mitreisende während des Rückflugs aus Mittelamerika. Am 15.02.2012 wurde mit dem für den Zielflughafen München-Erding zuständigen Gesundheitsamt Erding Kontakt aufgenommen. Die Ermittlung der Flugdaten des Rückfluges

gelang dem Gesundheitsamt Erding (Dr. Bodo Königstein) für den Flug von New York nach München, für den Zubringerflug von Mittelamerika nach New York ließen sie sich nicht mehr ermitteln, jedoch war die Flugdauer mit 4,5 Stunden als infektionsrelevante Kontaktzeit auch zu kurz. Vom Gesundheitsamt Erding aus erfolgte die Einleitung von Ermittlungen hinsichtlich der als Kontaktpersonen in Frage kommenden Passagiere. Umgebungsuntersuchungen unter Fluggästen sind grundsätzlich Aufgabe des für den Zielflughafen zuständigen Gesundheitsamtes.

Kontakte während des Auslandsaufenthaltes

Das Landesgesundheitsamt sprach sich aufgrund des Sputum- und Röntgenbefundes für eine Umgebungsuntersuchung und Quellensuche in Mittelamerika aus. Über das Robert Koch-Institut (RKI) erhielt das Gesundheitsamt Biberach die Adressen zweier TB-Meldestellen in dem mittelamerikanischen Land. Dorthin wurde der TB-Fall gemeldet und um Unterstützung bei der Ermittlung der Kontaktpersonen in der Betreuungseinrichtung für Kinder gebeten. Die Meldestelle und die Betreuungseinrichtung bestätigen den Eingang der Meldung und sicherten Unterstützung bei der Ermittlung der Kontaktpersonen zu.

Weiterer Verlauf und überraschende Wendung

Am 21.02.2012 erfolgte eine weitere Meldung an das Gesundheitsamt aus dem diagnostizierenden Labor über einen kulturellen Nachweis von Mykobakterien im Sputum vom 02.02.2012. Es handele sich aller Wahrscheinlichkeit nach um atypische Mykobakterien. Telefonisch bestätigte die Lungenfachklinik, dass die antituberkulöse Therapie bei klinisch und röntgenologisch weiterhin bestehendem TB-Verdacht unvermindert weitergeführt würde. Am 07.03.2012 informierte die Lungenfachklinik das Gesundheitsamt Biberach, dass in der Sputum-Kultur vom 02.02.2012 nachweislich atypische Mykobakterien gewachsen wären, die weiter differenziert werden müssten. Am 08.03.2012 stand das Ergebnis der Differenzierung fest: *Mycobacterium malmoense*. Die Resistenzbestimmung stand zu dem Zeitpunkt noch aus.

Das Gesundheitsamt Erding und die TB-Meldestelle in dem mittelamerikanischen Land wurden von dem Befund unterrichtet und die Umgebungsuntersuchung beendet.

Am 11.04.2012 übermittelte die behandelnde Lungenfachklinik das Ergebnis der Resistenzbestimmung. Der nachgewiesene Stamm von *Mycobacterium malmoense* war resistent gegen RMP (Rifampicin), INH (Isoniacid) und PZA (Pyrazinamid), sensibel für Clarithromycin, Moxifloxacin, Rifabutin, Ethambutol sowie Protionamid. Daraufhin erfolgte bei dem Patienten eine Umstellung auf eine Dreifachtherapie mit Ethambutol, Clarithromycin und Moxifloxacin.

Am 18.04.2012 wurden trotz zuvor nicht antibiogrammgerechter Therapie keine säurefesten Stäbchen mehr im Sputum nachgewiesen. Klinisch und radiologisch zeigte sich eine Befundbesserung. Eine Fortführung der Therapie

wurde von der Lungenfachklinik für den Zeitraum von 12 Monaten nach erfolgter Sputumkonversion empfohlen.

Fazit

Eine Infektion der Lunge durch *Mycobacterium malmoense* ist eine seltene nichttuberkulöse Mykobakteriose (MOTT = *mycobacteria other than tuberculosis*). Die Erreger stammen aus der Umwelt, z.B. aus dem Boden und dem Wasser. In der Literatur wird eine Zunahme der Fallzahlen seit ca. 1980 insbesondere in Nordeuropa beschrieben.^{1,2} *Mycobacterium-malmoense*-Infektionen treten häufiger bei Männern auf.^{3,4} Bei den betroffenen Patienten besteht oft eine disponierende Grunderkrankung der Lunge oder eine Immunsuppression.^{1,5} Im vorliegenden Fall wies der Patient prädisponierende Faktoren wie eine COPD, Nikotinabusus sowie einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus auf.

Patienten mit *Mycobacterium-malmoense*-Infektionen gelten nicht als ansteckend⁶ und die Erkrankung ist nicht meldepflichtig. Allerdings muss nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 7 Abs. 1 bereits der mikroskopische Nachweis von säurefesten Stäbchen gemeldet werden.

Die Therapie ist schwierig, da Resistenzen gegen gängige Antituberkulotika bestehen können.⁵ Es gibt wenige Untersuchungen zu evidenzbasierten Therapieoptionen bei auftretenden Resistenzen, die Therapie muss aber über einen längeren Zeitraum (18 bis 24 Monate) erfolgen.⁷ Es kann unter Umständen zusätzlich notwendig werden, den Infektionsherd chirurgisch zu entfernen.⁸

Literatur

1. Hoefsloot W, Boeree MJ, van Ingen J, Bendien S, Magis C, de Lange W, Dekhuijzen PNR, van Soolingen D: The rising incidence and clinical relevance of *Mycobacterium malmoense*: a review of the literature. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008 12(9):987–993
2. Abgueguen P, Rabier V, Mahaza C, Warot A, Chennebault JM, Pichard E: *Mycobacterium malmoense*: an underestimated nontuberculous mycobacterium. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 66 (2010):98–100
3. Hoefsloot W, van Ingen J, de Lange WCM, Dekhuijzen PNR, Boeree MJ, van Soolingen D: Clinical relevance of *Mycobacterium malmoense* isolation in the Netherlands. *Eur Respir J* 2009; 34: 926–931
4. The Research Committee of the British Thoracic Society: Pulmonary disease caused by *M. malmoense* in HIV negative patients: 5 year follow up of patients receiving standardised treatment. *Eur Respir J* 2003;21:487–482
5. Griffith DE, Aksamit T, Brown BA, Catanzaro EA, Daley C, Gordin F, Holland SM, Horsburgh R, Huitt G, Iademaro MF, Iseman M, Olivier K, Ruoss S, von Reyn CF, Wallace R Jr., Winthrop K, on behalf of the ATS Mycobacterial Diseases Subcommittee: An Official ATS/IDSA Statement: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Nontuberculous Mycobacterial Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2007 Vol 175. pp 367–416
6. Nienhagen N KB, Schmidt E.W: Nichttuberkulöse Mykobakteriose – Patienten mit einer pulmonalen Infektion durch *Mycobacterium malmoense*. Chemnitz: Klinikum Chemnitz. http://www.klinikumchemnitz.de/redaktion/upload/db_file/1224237250_535_nienhagen_nichttuberkuloese_mykobakteriose.pdf
7. Handrick W, Schwede I, Ebeling O, Wogawa B, Berthold F: Pulmonary infection due to *Mycobacterium malmoense*. *Pneumologie*. Apr 2005;59(4):244–247
8. Stoiber K, Kuom S, Klemm T, Faehling M: Pulmonale Infektion durch *M. malmoense* bei immunkompetentem Patienten. *Pneumologie* 2008; 62–P413

Für diesen Bericht danken wir Dr. med. Monika Spannenkrebs, Christina Prijono und Isabell Birk-Braun, Gesundheitsamt Biberach. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Monika Spannenkrebs (E-Mail: monika.spannenkrebs@biberach.de).

Stellungnahme der Ständigen Impfkommission

Zur Bewertung von Impfungen für Erwachsene durch die Stiftung Warentest

Die Stiftung Warentest hat im Oktoberheft der Zeitschrift „Test“ (Heft 10/2012) eine Bewertung von Impfungen für Erwachsene veröffentlicht.

Den gesetzlichen Auftrag, Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen auszusprechen, hat in Deutschland die Ständige Impfkommission (STIKO). Die STIKO begrüßt, dass durch diesen Artikel auf die überragende Bedeutung von Impfungen für die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowohl in Deutschland als auch weltweit hingewiesen wird. Positiv ist auch, dass an die Notwendigkeit regelmäßiger Impfungen auch im Erwachsenenalter erinnert und nachdrücklich auf bestehende Impflücken bei Erwachsenen in Deutschland hingewiesen wird.

Für die Mehrzahl der in dem Artikel besprochenen Impfungen (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln) wurden die Empfehlungen der STIKO in unveränderter Form übernommen. Abweichende Meinungen vertreten die von der Stiftung Warentest beauftragten Wissenschaftler zu den Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken. Die von der STIKO empfohlene generelle Impfung aller Menschen ab 60 Jahren gegen diese beiden Krankheiten wird in dem Artikel als „wenig sinnvoll“ eingeschätzt. Diese Beurteilung hält die STIKO für derzeit nicht zutreffend. Sie kann möglicherweise dazu führen, dass ältere Menschen auf eine Impfung verzichten, die nachweislich schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle verhindern kann.

Influenzaimpfung

Die Ablehnung der generellen Impfung gegen Influenza ab 60 Jahren wird von Stiftung Warentest wie folgt begründet: „Das Immunsystem wird mit zunehmendem Alter schwächer – und reagiert immer schlechter auf die Impfung.“ Diese Feststellung ist richtig. Allerdings bedeutet die nachlassende Stärke des Immunsystems auch, dass im Fall einer Infektion mit Influenzaviren das Risiko eines schweren, unter Umständen tödlichen Krankheitsverlaufs zunimmt. Gerade deshalb empfiehlt die STIKO die Influenzaimpfung für diese Zielgruppe, selbst wenn die Wirksamkeit der Impfung schlechter ist als bei jüngeren Menschen. Individuell, aber auch je nach Grad der Übereinstimmung der Impfstoff-Antigene mit den in einer Saison zirkulierenden Influenzaviren, kann die Wirksamkeit der Impfung variieren. Aber selbst in einer Saison mit schlechter Übereinstimmung ist eine Impfung mit einer relativ geringen Schutzwirkung von 30–50%^{1,2} besser als gar kein Schutz. Zudem stehen Sicherheit und Verträglichkeit der bereits seit vielen Jahren verwendeten Totimpfstoffe (TIV) gegen die saisonale Influenza außer Frage. Daher empfiehlt nicht nur die STIKO die Influenzaimpfung aller älteren Menschen, sondern Impfkommissionen und Gesundheitsbehörden aller europäischen Länder. Es besteht

unter Influenzaexperten Konsens, dass es derzeit keine effektivere Alternative zum Schutz gegen Influenza gibt als die jährliche Impfung.

Das in dem Artikel erwähnte Konzept, möglichst alle Kinder und Jugendlichen gegen Influenza zu impfen, um so vulnerable Gruppen wie z. B. Ältere indirekt zu schützen („Herdschutz“), wird in Fachkreisen schon länger diskutiert. Dabei sind allerdings auch ethische Fragen (darf man Kinder und Jugendliche jährlich impfen mit dem primären Ziel, andere Menschen zu schützen?) und Fragen der Akzeptanz einer solchen Strategie zu berücksichtigen. In der Europäischen Union empfehlen nur wenige Länder die Impfung aller Kinder gegen Influenza. In Großbritannien ist die jährliche Impfung aller Kinder von 2 bis 17 Jahren ab 2014 geplant. Auch die STIKO wird sich mit diesem Thema befassen. In Deutschland ist aktuell eine Influenzaimpfung nur für Kinder und Jugendliche mit Grundkrankheiten empfohlen, da diese individuell am meisten von der Impfung profitieren.

Pneumokokkenimpfung

Die STIKO teilt die Einschätzung, dass die Studienlage zur Effektivität der Impfung aller Personen ab 60 Jahren gegen Pneumokokken unbefriedigend und teilweise widersprüchlich ist. Die Aussage, dass durch den 23-valenten Polysaccharidimpfstoff zwar mehr Serotypen abgedeckt werden, die Immunantwort jedoch geringer auszufallen scheint als nach Impfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff, hat auch die STIKO in einer früheren Stellungnahme bereits getroffen.³ Wie sich diese Unterschiede letztlich auf den Schutz vor Erkrankungen auswirken, kann derzeit nicht abschließend beurteilt werden. Allerdings kann die Konsequenz dieser Unsicherheit nicht sein, älteren Menschen oder solchen, die wegen bestimmter Grundkrankheiten besonders gefährdet sind, gänzlich von der Impfung abzuraten. Es ist davon auszugehen, dass durch die Impfung zumindest ein teilweiser Schutz erreicht werden kann.^{4,5} Eine ausführliche Stellungnahme zu dieser Problematik hat die STIKO am 20. Februar 2012 veröffentlicht.³ Die STIKO beabsichtigt derzeit eine Überprüfung der Impfeempfehlung gegen Pneumokokken, wenn die Ergebnisse der CAPITA-Studie, einer großen randomisierten Fall-Kontroll-Studie zur klinischen Schutzwirkung des 13-valenten Konjugatimpfstoffs bei Personen ab 65 Jahren in den Niederlanden,⁶ vorliegen. Bis dahin sollte den Empfehlungen der STIKO auch hinsichtlich der Pneumokokkenimpfung gefolgt werden.

Fazit

Die STIKO sieht aktuell keine Veranlassung zur Änderung ihrer Impfeempfehlungen. Zum Schutz gegen Influenza ist die Entwicklung besserer Impfstoffe dringend wünschenswert, darauf hat auch die STIKO bereits hingewiesen.⁷ Die Verfügbarkeit des attenuierten Lebendimpfstoffs (LAIV) ist

eine erfreuliche Entwicklung, allerdings bietet er nur für Kinder, aber nicht für Erwachsene einen besseren Schutz als die konventionellen Totimpfstoffe. Für einige bereits zugelassene adjuvantierte bzw. virosomal-adjuvantierte Influenzaimpfstoffe wurde eine bessere Immunogenität gezeigt; der Nachweis, dass dies mit einer signifikant besseren Schutzwirkung gegen eine Influenzaerkrankung einhergeht, wurde bisher allerdings nicht erbracht.⁸ Die STIKO beobachtet – wie für alle Impfungen – laufend die Studienlage und wird ihre Empfehlungen anpassen, wenn sich daraus relevante neue Erkenntnisse ergeben.

In der Tabelle „Impfkalender für Erwachsene“ (S. 87 unten im „Test“-Heft) schreibt Stiftung Warentest zu den Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken: „Gängige Impfempfehlung wenig sinnvoll“. Diese pauschale Bemerkung ist aus Sicht der STIKO fahrlässig. Es besteht die Gefahr, dass auch Personen, für die z. B. aufgrund einer chronischen Krankheit oder weil sie zum medizinischen Personal gehören, unbestritten eine Impfindikation besteht, sich nicht impfen lassen. Die STIKO sieht keinen stichhaltigen Grund, älteren Menschen von der Impfung mit einem gut verträglichen Impfstoff abzuraten, der nachweislich schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle verhindern kann, nur weil die Schutzwirkung geringer ist als bei Jüngeren.

Ein Hinweis in dem Artikel auf weitere herstellerunabhängige Informationsangebote zu Impfungen, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.impfen-info.de und vom Robert Koch-Institut unter www.rki.de/impfen angeboten werden, wäre hilfreich gewesen. Unter www.stiko.de sind die aktuellen Impfempfehlungen der STIKO sowie – unter dem Menüpunkt „Aufgaben und Methodik“ – eine ausführliche Darstellung ihrer wissenschaftlichen Vorgehensweise bei der Empfehlungserstellung abrufbar.

Literatur

1. Janjua NZ, Skowronski DM, De Serres G, et al.: Estimates of influenza vaccine effectiveness for 2007-2008 from Canada's sentinel surveillance system: cross-protection against major and minor variants. *J Infect Dis.* 2012;205:1858–68
2. Kissling E, Valenciano M; I-MOVE Case-Control Studies Team: Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe among target groups for vaccination: results from the I-MOVE multicentre case-control study, 2011/12. *Euro Surveill.* 2012;17(15):pii=20146
3. Robert Koch-Institut: Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI: Stellungnahme zur Impfung Erwachsener gegen Pneumokokken. *Epid Bull* 2012; 7:55–56
4. 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):633–40
5. Fedson DS, Nicolas-Spony L, Klemets P, van der Linden M, Marques A, Salleras L, et al.: Pneumococcal polysaccharide vaccination for adults: new perspectives for Europe. *Expert Rev Vaccines.* 2011;10(8):1143–67.
6. Hak E, Grobbee DE, Sanders EA, Verheij TJ, Bolkenbaas M, Huijts SM, et al.: 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
7. Robert Koch-Institut: Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI: Änderungen der Empfehlungen zur Impfung gegen Influenza. *Epid Bull* 2010; 31:299–309
8. Durando P, Icardi G, Ansaldi F: MF59-adjuvanted vaccine: a safe and useful tool to enhance and broaden protection against seasonal influenza viruses in subjects at risk. *Expert Opin Biol Ther.* 2010;10(4):639–51

Erratum zum *Epidemiologischen Bulletin* 30/2012

Auf S. 299 des *Epidemiologischen Bulletins* Ausgabe 30/2012 ist in dem „blauen Kasten“ der letzte Satz geändert worden. Durch die korrigierte Formulierung wird berücksichtigt, dass für die beiden in Deutschland erhältlichen Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe ab dem Alter von 24 Monaten unterschiedliche Empfehlungen gelten: laut jeweiliger Fachinformation (Stand Oktober 2012) bei Prevenar 13[®] eine Impfdosis, bei Synflorix[®] zwei Impfdosen.

Die geänderte Formulierung ist in der Online-Version des *Epidemiologischen Bulletins* 30/2012 eingearbeitet (siehe unter www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin).

Gründung eines Nationalen Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitees NAK

Auf Initiative von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG) und des Robert Koch-Instituts hat sich am 14. Juni 2012 in Bonn ein „Nationales Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitee“ (NAK) gegründet. Vorsitzender des Lenkungsausschusses ist Prof. Dr. Sören G. Gatermann, Ruhr-Universität Bochum.

Das *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing* (EUCAST) ist eine von der *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ESCMID) und dem *European Centre of Disease Prevention and Control* (ECDC) getragene Kommission. EUCAST beschäftigt sich mit der Erarbeitung von Grenzwerten und den technischen Aspekten der phänotypischen In-vitro-Empfindlichkeitsprüfung und ist wichtiger Kooperationspartner der *European Medicines Agency* (EMA) und des ECDC.

EUCAST hat dazu aufgefordert, nationale Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitees (engl.: NAC) zu gründen, um die EUCAST-Grenzwerte in den europäischen Laboratorien zu etablieren.

Ziele des NAK:

- ▶ Etablierung von EUCAST-Grenzwerten in Deutschland
- ▶ Evaluierung von Grenzwerten für Antibiotika und Antimykotika, die vom EUCAST nicht berücksichtigt werden
- ▶ Mitarbeit bei der Entwicklung von Testmethoden
- ▶ Mitarbeit bei der Erstellung von Qualitätsstandards (MIQs)

Das NAK hat eine E-Mail-Adresse eingerichtet, über welche die interessierte Fachöffentlichkeit ihre Anfragen an den Lenkungsausschuss des NAK richten kann: nak@p-e-g.org

Weitere Informationen: <http://www.p-e-g.de/econtext/NAK>

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

39. Woche 2012 (Datenstand: 17.10.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	125	5.004	5.112	2	78	272	7	230	287	55	1.321	1.874	2	39	69
Bayern	135	5.433	6.217	0	207	403	32	613	767	112	1.892	2.680	2	68	99
Berlin	76	2.348	2.593	1	41	100	12	301	452	20	547	667	2	65	79
Brandenburg	42	1.594	1.909	0	23	56	10	183	268	22	634	592	0	5	6
Bremen	7	336	368	0	5	48	2	16	6	1	87	104	0	4	7
Hamburg	24	1.322	1.853	3	57	561	3	70	145	13	316	346	2	27	39
Hessen	79	2.867	3.537	0	47	137	3	104	144	23	1.003	1.126	2	27	49
Mecklenburg-Vorpommern	50	1.447	2.077	0	20	164	23	456	420	22	422	591	0	1	2
Niedersachsen	111	3.750	4.743	3	149	779	19	514	564	51	1.589	1.713	0	13	14
Nordrhein-Westfalen	312	12.380	13.803	6	240	671	31	907	1.162	112	3.426	4.030	2	52	55
Rheinland-Pfalz	84	2.810	3.162	5	93	136	6	193	192	22	869	980	1	18	35
Saarland	15	837	892	0	8	15	0	31	47	3	167	209	0	3	2
Sachsen	121	4.144	4.883	3	82	136	17	663	674	47	1.393	1.263	2	22	33
Sachsen-Anhalt	43	1.307	1.387	0	30	62	22	409	493	43	892	925	0	5	10
Schleswig-Holstein	46	1.663	2.342	2	54	915	0	64	101	18	401	535	0	5	8
Thüringen	35	1.494	1.585	1	43	84	7	315	448	11	1.117	911	0	12	8
Deutschland	1.305	48.736	56.463	26	1.177	4.539	194	5.069	6.170	575	16.076	18.546	15	366	515

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	1	109	141	62	6.431	6.950	12	3.321	3.801	13	413	445	5	42	40
Bayern	7	291	300	87	11.799	9.913	25	4.185	6.029	20	581	576	2	85	47
Berlin	2	57	57	49	2.796	2.789	11	1.742	1.363	6	304	313	5	82	61
Brandenburg	2	72	81	64	3.710	3.177	6	1.664	2.699	1	68	65	0	27	17
Bremen	1	11	14	5	578	510	2	98	275	0	16	14	0	5	5
Hamburg	1	63	70	46	2.506	2.560	2	1.159	1.116	1	109	112	2	20	13
Hessen	1	114	158	35	4.739	3.559	3	1.664	2.219	7	225	259	5	75	60
Mecklenburg-Vorpommern	1	34	51	38	2.812	3.227	8	1.349	3.072	1	99	148	3	56	53
Niedersachsen	5	155	261	67	8.042	6.293	16	2.656	3.609	6	161	145	13	84	63
Nordrhein-Westfalen	13	381	504	99	15.217	16.893	33	5.871	7.706	18	635	561	11	229	117
Rheinland-Pfalz	4	130	171	45	4.175	4.390	7	2.144	1.659	3	129	145	0	33	27
Saarland	0	21	20	2	1.380	1.114	0	539	394	1	21	23	0	2	1
Sachsen	5	236	306	222	8.755	7.890	23	2.751	9.327	8	232	220	9	111	74
Sachsen-Anhalt	4	126	139	76	4.756	4.510	6	1.990	2.906	2	79	60	2	51	23
Schleswig-Holstein	1	59	107	25	2.268	3.066	3	1.053	1.287	2	52	49	2	10	3
Thüringen	7	205	221	91	4.817	4.057	20	1.909	3.039	0	52	38	1	43	14
Deutschland	55	2.064	2.601	1.013	84.781	80.898	177	34.095	50.501	89	3.176	3.173	60	955	618

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

39. Woche 2012 (Datenstand: 17.10.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B++			Hepatitis C++		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	6	46	45	0	43	41	15	595	567
Bayern	7	68	50	0	85	86	12	720	853
Berlin	1	40	69	2	42	59	8	418	425
Brandenburg	0	15	21	0	8	13	0	56	60
Bremen	1	5	16	0	7	13	0	18	17
Hamburg	0	20	74	1	28	32	0	110	106
Hessen	0	33	33	0	36	57	4	245	259
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	3	0	14	5	0	50	26
Niedersachsen	2	61	83	0	22	38	5	218	251
Nordrhein-Westfalen	5	126	100	3	102	124	11	516	457
Rheinland-Pfalz	0	28	24	2	40	45	7	153	179
Saarland	0	1	7	0	16	14	0	64	52
Sachsen	0	8	13	0	24	35	6	219	202
Sachsen-Anhalt	0	14	15	0	15	17	1	75	108
Schleswig-Holstein	1	15	9	1	10	14	7	140	123
Thüringen	1	10	17	1	9	8	0	85	79
Deutschland	24	495	579	10	501	601	76	3.682	3.764

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	2	34	30	0	19	523	8	360	413
Bayern	0	35	35	0	65	425	8	473	514
Berlin	0	14	24	0	16	157	8	251	233
Brandenburg	0	3	9	0	0	26	1	63	60
Bremen	0	3	1	0	2	1	2	38	41
Hamburg	1	7	5	0	3	45	2	113	112
Hessen	0	15	21	0	17	121	13	305	340
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	0	3	0	63	78
Niedersachsen	2	29	20	0	7	54	5	220	243
Nordrhein-Westfalen	1	54	62	0	18	100	17	808	828
Rheinland-Pfalz	0	19	28	0	4	29	5	127	125
Saarland	0	3	2	0	0	31	2	20	35
Sachsen	0	11	13	0	0	23	0	103	95
Sachsen-Anhalt	0	12	3	0	0	0	0	79	82
Schleswig-Holstein	0	8	13	0	2	25	2	67	54
Thüringen	0	7	11	0	0	0	0	61	60
Deutschland	6	256	281	0	153	1.563	73	3.151	3.313

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

39. Woche 2012 (Datenstand: 17.10.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	39. Woche	1.–39. Woche	1.–39. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	31	1.299	314	674
Brucellose	1	20	19	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	85	103	134
Dengue-Fieber	4	366	223	288
FSME	2	152	378	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	51	862	880
Hantavirus-Erkrankung	23	2.568	146	305
Hepatitis D	0	10	11	16
Hepatitis E	4	289	182	238
Influenza	3	10.565	43.629	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	198	195	271
Legionellose	13	488	484	644
Leptospirose	5	51	32	51
Listeriose	10	294	234	338
Ornithose	0	11	15	16
Paratyphus	0	29	50	58
Q-Fieber	1	162	268	285
Trichinellose	0	1	2	3
Tularämie	1	12	12	17
Typhus abdominalis	0	42	51	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE / Influenza für die 41. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 41. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Werte des Praxisindex liegen in allen AGI-Regionen im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation

► Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Für die 40. KW 2012 berichtete noch kein Land über steigende Influenza-Aktivität. Weitere Informationen unter: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Weekly-influenza-surveillance-overview-121012.pdf>

► Ergebnisse der globalen Influenzaüberwachung (WHO-Update vom 12.10.2012)

In den Ländern der nördlichen Hemisphäre ist noch kein Anstieg der Influenza-Aktivität zu verzeichnen, während in der gemäßigten Zone der Südhalbkugel die Influenzasaison zu Ende geht. Weitere Informationen unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 41. KW 2012 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI und dem NRZ für Influenza am RKI, erhältlich unter <http://influenza.rki.de/>.

Literaturhinweise

GrippeWeb hat die Ergebnisse der Überwachung aus dem ersten Jahr, also einschließlich des Winters 2011/12, in einem Artikel im *Epidemiologischen Bulletin* (40/2012) veröffentlicht. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reDH45txj1F0s/PDF/2823zKCG7PXA.pdf.

In einem weiteren, im *Epidemiologischen Bulletin* (41/2012) publizierten Artikel wird dargestellt, dass die Impfeffektivität im letzten Winter mit 49% geringer war als erwartet. Risikopersonen sollten zusätzlich zur Impfung daran denken, sich durch weitere Maßnahmen vor einer Influenza-Infektion (und anderen Atemwegsinfektionen) zu schützen. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/41_12.pdf?__blob=publicationFile.

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