



Epidemiologisches Bulletin

11. April 2016 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Stellungnahme der Ständigen Impfkommission

Handlungsempfehlungen bei Nicht-Verfügbarkeit von Tdap- bzw. IPV-haltigen Impfstoffen

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-021

In den letzten Monaten ist es insbesondere zu Lieferengpässen für sämtliche in Deutschland zugelassenen Tdap- und Td(ap)-IPV-Impfstoffe gekommen (s. Tab. 1, Seite 114). Eine laufend aktualisierte Übersicht über von den Herstellern gemeldete Lieferengpässe sowie die erwarteten Termine für erneute Lieferfähigkeit findet sich auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) unter: www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human.

Grund ist nach Auskunft der Hersteller u. a. die weltweit gestiegene Nachfrage nach Impfstoffen mit azellulärer Pertussis-Komponente, die die Produktionskapazitäten für Pertussis-Antigene übersteigt. Eine Erweiterung der Produktionskapazitäten wird mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Es ist also damit zu rechnen, dass auch in den kommenden Jahren immer wieder Lieferschwierigkeiten auftreten werden. Daher erscheint es notwendig, Strategien zu entwickeln, wie trotz Nichtverfügbarkeit wichtiger Impfstoffe die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) weitgehend umgesetzt und ein ausreichender Impfschutz der Bevölkerung erreicht werden können.

Die Erfahrungen des Jahres 2015 haben gezeigt, dass Empfehlungen, bei Nicht-Verfügbarkeit bestimmter Impfstoffe auf andere Impfstoffe mit Pertussis-Komponente auszuweichen, nur kurzfristig Abhilfe schaffen und rasch zu Engpässen auch der Ausweichimpfstoffe führen. Auch waren neu ausgelieferte Impfstoff-Chargen mehrfach bereits nach wenigen Wochen bei Herstellern abverkauft. Unbekannt war und ist allerdings, wie groß der jeweilige Bestand an verfügbaren Impfstoffdosen im Apothekengroßhandel bzw. in einzelnen Apotheken ist, da der Bestand an keiner Stelle zentral erfasst wird.

Gemäß aktueller STIKO-Empfehlungen (www.stiko.de) wird Tdap-Impfstoff für die Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis im Alter von 5–6 Jahren und einmalig bei Erwachsenen benötigt. Im Alter von 9–17 Jahren soll zusätzlich gegen Polio aufgefrischt werden, sodass hier vorzugsweise Tdap-IPV-Impfstoff zum Einsatz kommt. Darüber hinaus werden Tdap- bzw. Td(ap)-IPV-Impfstoffe für Nachholimpfungen bei unvollständig Geimpften sowie für die Erstimmunisierung von Ungeimpften oder Personen mit unbekanntem Impfstatus benötigt. Die in Tabelle 1 aufgeführten Impfstoffe sind in Deutschland zugelassen (Stand 04.04.2016).

Für die Zeit, in der aufgrund von Lieferengpässen die Verfügbarkeit von Tdap- bzw. Td(ap)-IPV-Impfstoffen eingeschränkt ist, empfiehlt die STIKO folgendes Vorgehen:

Diese Woche 14/2016

Handlungsempfehlungen bei Nicht-Verfügbarkeit von Tdap- bzw. IPV-haltigen Impfstoffen

IfSG – Änderungen durch das Präventionsgesetz

Hinweis auf Ausschreibung für den neuen PAE-Jahrgang

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Januar 2016

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 11. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen für die 13. Kalenderwoche 2016



Antigenkombination	Impfstoff-Präparate	Zulassung ab (in vollendeten Lebensjahren bzw. -monaten)
Tdap (Tetanus, Diphtherie, Pertussis)	Boostrix®	4 Jahre (ab 40 Jahre zulassungskonform für Erstimmunisierung*)
	Tdap-IMMUN®	4 Jahre (ab 4 Jahre zulassungskonform für Erstimmunisierung*)
	Covaxis® (derzeit nicht vermarktet, voraussichtlich wieder ab 2017)	4 Jahre (ab 12 Jahre zulassungskonform für Erstimmunisierung*)
Tdap-IPV (Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio)	Boostrix Polio®	4 Jahre (ab 40 Jahre zulassungskonform für Erstimmunisierung*)
	Repevax®	3 Jahre (ab 12 Jahre zulassungskonform für Erstimmunisierung*)
Td-IPV (Tetanus, Diphtherie, Polio)	Revaxis®	5 Jahre (nach Fachinformation nicht für Grundimmunisierung vorgesehen)
IPV (Polio)	IPV-Merieux®	3 Monate**
Td (Tetanus, Diphtherie)	Td-pur®	5 Jahre**
	Td Rix®	6 Jahre**
	Td Immun®	5 Jahre (nach Fachinformation nicht für Grundimmunisierung vorgesehen)
	Td Merieux®	5 Jahre**

Hinweis vom 22.9.2016: Angaben teilweise veraltet, aktualisierte Tabelle siehe *Epid. Bull.* 34/2016, Tab. 8, S. 336 (www.rki.de/epidbull)

Tab. 1: In Deutschland zugelassene Td(ap)- und IPV-haltige Impfstoffe

* Eine ausführliche Tabelle mit Angaben zum Altersbereich der Zulassung, auch für Ausweichimpfstoffe, findet sich in der Stellungnahme der STIKO „Zur Anwendung von Tdap- bzw. Tdap-IPV-Impfstoffen für die Erstimmunisierung von Personen ab dem Alter von 4 Jahren“ im *Epidemiologischen Bulletin* 4/2016 sowie demnächst im *Epidemiologischen Bulletin* 34/2016.

** auch für Grund- und Erstimmunisierung zugelassen

Grundsätzliches Vorgehen bei mangelnder Impfstoffverfügbarkeit

- ▶ Wenn bei dringend erforderlicher Impfung ein für die jeweilige Indikation und das Alter zugelassener Impfstoff nicht verfügbar ist, sollte nach Ansicht der STIKO auf verfügbare Impfstoffe mit vergleichbarem Antigengehalt zurückgegriffen werden. Der Patient bzw. Sorgeberechtigte ist über die nichtzulassungskonforme Anwendung entsprechend aufzuklären. Dies gilt auch bei Erstimmunisierungen.
- ▶ Verfügbarkeiten von Tdap- bzw. Td(ap)-IPV-Impfstoffen sollten möglichst in mehreren Lieferapotheken abgefragt werden, da diese oft von verschiedenen Großlieferanten versorgt werden.
- ▶ Anstelle von Td(ap)-IPV-Impfstoff kann auch simultan mit Td(ap) und IPV geimpft werden.
- ▶ Falls weder Tdap noch Tdap-IPV zur Verfügung stehen, kann bei dringender Impfindikation gegen Tetanus und/oder Diphtherie auch ein Td- bzw. Td-IPV-Impfstoff verwendet werden. Sobald Tdap bzw. Tdap-IPV wieder verfügbar sind, sollte die Pertussis-Nachholimpfung individuell erwogen werden.
- ▶ Es gibt keine unzulässig großen Impfabstände. Jede Impfung zählt. Unterbrochene Impfserien können auch zu einem späteren Zeitpunkt komplettiert werden.
- ▶ Für verschobene Impfungen sollte ein *Recall*-System eingerichtet werden, das bei Wiederverfügbarkeit von Impfstoffen an neue Impftermine erinnert.

Mögliche Priorisierung

Wenn bei mangelnder Impfstoffverfügbarkeit im Praxisalltag eine Möglichkeit zur Priorisierung gegeben ist, sollte diese in folgender Reihenfolge umgesetzt werden:

1. **Impfungen bisher *sicher* ungeimpfter Personen:**
(Verwendung von Impfstoffen, die möglichst viele altersentsprechend empfohlene Impfantigene abdecken; bei mangelnder Impfstoffverfügbarkeit sollten auch mündliche Angaben zu einem bestehenden Impfschutz berücksichtigt werden, wenn sie als zuverlässig eingeschätzt werden.)
2. **Impfungen von Haushaltsangehörigen von Risikopersonen (sog. Kokon-Strategie)**
(Schützen nicht nur Geimpfte selbst, sondern tragen auch zum Schutz Dritter bei, die nicht selbst geimpft werden können, wie z.B. Neugeborene, und ermöglichen damit einen effektiven Einsatz begrenzt verfügbarer Impfstoffe).
3. **Auffrischimpfungen von Vorschulkindern**
4. **Auffrischimpfungen von Jugendlichen**
5. **Auffrischimpfungen von Erwachsenen**
(Auffrischimpfungen [Punkte 3., 4. und 5.] bei vorliegender vollständiger Grundimmunisierung können, insbesondere im Jugend- und Erwachsenenalter, verschoben werden. Die von der STIKO empfohlenen Zeitintervalle für Auffrischimpfungen erlauben eine gewisse Flexibilität).

Diese Handlungsempfehlungen finden Sie auch auf den Internetseiten der STIKO unter: www.rki.de/impfstoffknappheit.

Auf dieser Seite äußert sich die STIKO nicht nur zum generellen Vorgehen bei eingeschränkter Verfügbarkeit sondern auch zum konkreten Vorgehen bei aktuell von Lieferengpässen jeweils betroffenen Impfstoffen.

Infektionsschutzgesetz (IfSG): Änderungen durch das Präventionsgesetz

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-022

Durch Artikel 8 des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) wurden mehrere neue Vorschriften in das Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingefügt. Ziel ist die Stärkung der Impfprävention.

Regelungsgegenstände der geänderten Vorschriften sind:

- ▶ die Erweiterung der Impfausweisvordrucke um ein Textfeld für den Vorschlag eines nächsten Impftermins (§ 22 Abs. 3 IfSG)
- ▶ das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten von Beschäftigten in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch den Arbeitgeber in Bezug auf impfpräventable Krankheiten (§ 23a IfSG)
- ▶ der zeitweilige Ausschluss von nicht gegen Masern immunisierten Personen aus Gemeinschaftseinrichtungen (§ 28 Abs. 2 IfSG)
- ▶ die Verpflichtung zur Vorlage einer Bescheinigung über eine zeitnah vor der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung erfolgte, den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) entsprechende ärztliche Impfberatung (§ 34 Abs. 10a IfSG).

Die Vorschrift des § 34 Abs. 10a IfSG geht auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung (Bundestags-Drucksache 18/4282) zurück. Die weiteren Vorschriften wurden durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht (Beschlussempfehlung und Bericht, Bundestags-Drucksache 18/5261).

Nachfolgend werden auszugsweise die einzelnen Änderungsvorschriften zusammen mit der jeweiligen Begründung des Entwurfs dokumentiert. Zusätzlich wird in einer Anmerkung das Verhältnis des neuen § 23a IfSG zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO) und der STIKO erläutert. Die vollständige Dokumentation ist auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts abrufbar (www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Gesetzestext).

Artikel 8 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes:

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

[...]

2. Dem § 22 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung soll ein Textfeld enthalten, in dem der impfende Arzt einen Terminvorschlag für die nächste Auffrischungsimpfung eintragen kann.“

Begründung (Bundestagsausschuss für Gesundheit)

Jugendliche und Erwachsene suchen häufig nur sporadisch eine Ärztin oder einen Arzt auf. Die Ärztinnen und Ärzte haben bei ihnen daher seltener Gelegenheit, die Patientin oder den Patienten zu erinnern, gelegentlich des nächsten Arztbesuches den Impfausweis für eine Überprüfung des Impfschutzes mitzubringen. Die Inhaberin oder Inhaber eines Impfausweises kann diesem in der Regel auch nicht selbst entnehmen, wann eine Überprüfung oder Vervollständigung des Impfschutzes erforderlich wird. Mit einer Eintragung auf dem konventionellen Impfausweis kann dieser insbesondere Jugendliche und Erwachsene informieren, wann ein konkreter Impftermin ansteht oder anstand. Eine Verpflichtung des Arztes oder der Ärztin zur Eintragung wird nicht geregelt.

3. Nach § 23 wird folgender § 23a eingefügt:

„§ 23a Personenbezogene Daten von Beschäftigten

Wenn und soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf Krankheiten, die durch Schutzimpfung verhütet werden können, erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten im Sinne des § 3 Absatz 11 des Bundesdatenschutzgesetzes über dessen Impfstatus und Serostatus erheben, verarbeiten oder nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.“

Begründung (Bundestagsausschuss für Gesundheit)

Die Vorschrift regelt im Anwendungsbereich des § 23 Absatz 3 die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Beschäftigten-daten über den Impfstatus und den Serostatus (Immunstatus) in Bezug auf impfpräventable Krankheiten. Die Vorschrift ist eine Konkretisierung der allgemeinen Bestimmung in § 32 des Bundesdatenschutzgesetzes. Das Vorhandensein des Impf- oder Immunschutzes, der unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Fachkommissionen beim Robert Koch-Institut erforderlich ist, um nosokomiale Infektionen zu vermeiden, ist für das Personal der in § 23 Absatz 3 genannten Einrichtungen eine wesentliche und entscheidende Anforderung. Es kommt durch unzureichenden Impfschutz bei medizinischem Personal und den Umstand, dass bei ungeimpften Personen Infektionen zunehmend erst nach Aufnahme der Berufstätigkeit auftreten (sog. „Rechtsverschiebung“), vermehrt zu Übertragungen von Erregern impfpräventabler Krankheiten durch medizinisches Personal auf Patientinnen und Patienten. Aufgrund der Regelung kann der Arbeitgeber die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses vom Bestehen des erforderlichen Impf- oder Immunschutzes abhängig machen bzw. Personal so beschäftigen, dass vermeidbaren Infektionsrisiken vorgebeugt wird. Der Arbeitgeber kann, wenn und soweit dies im Hinblick auf § 23 Absatz 3 erforderlich ist, vom Beschäftigten Auskunft oder die Vorlage eines Nachweises über das Bestehen von Impfschutz oder das Bestehen einer natürlichen Immunität in Bezug auf die impfpräventablen Krankheiten verlangen.

Inwieweit dies erforderlich ist, hängt insbesondere von Art und Umfang der Patientenkontakte des Beschäftigten ab. Eine besondere Disposition der Patienten, beispielsweise eine besondere Empfänglichkeit durch Immunsuppression oder Unreife des Immunsystems wie bei Frühgeborenen, erfordert dabei ein erhöhtes Schutzniveau. Nicht erforderlich ist die Erhebung, soweit ein Infektionsrisiko durch Beachtung von Maßnahmen der persönlichen Basishygiene sicher beherrschbar ist. In Bezug auf Krankheiten, die leicht durch Tröpfchen übertragen werden, bei denen die klinische Symptomatik nicht immer eindeutig ist oder bei denen Infizierte bereits vor Auftreten der klassischen Symptome infektiös sind – wie Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Pertussis –, ist hingegen das Wissen des Arbeitgebers über das Bestehen eines ausreichenden Impf- oder Immunschutzes erforderlich, um für den Einsatz des Personals Bedingungen zu schaffen, die Infektionsrisiken für vulnerable Patientinnen und Patienten vermeiden.

Die Daten sind direkt beim Beschäftigten zu erheben. Die Freiwilligkeit der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Impfschutz bleibt unberührt. Für andere Beschäftigendaten und für Beschäftigte außerhalb des Anwendungsbereichs des § 23 Absatz 3 bleibt es bei den allgemeinen Bestimmungen. Die Bestimmungen des Arbeitsschutzrechts bleiben von der vorliegenden Regelung ebenfalls unberührt.

Anmerkung

§ 23a flankiert die bestehende Regelung des § 23 Abs. 3. Diese verpflichtet Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen, sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

In Bezug auf Schutzimpfungen heißt es in Abschnitt 3.2.1 „Impfpräventable Erkrankungen“ der Empfehlung der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ (Bundesgesundheitsbl 2015 · 58:1151–1170; im Internet unter www.rki.de > Infektionsschutz > Infektions- und Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention [www.rki.de/krinko-uebertragbare-krankheiten]):

„Das Risiko der Infektion und der Übertragung von Erkrankungen in Einrichtungen des Gesundheitssystems sowohl für die Beschäftigten als auch für die von ihnen betreuten Patienten kann durch Impfungen reduziert werden. Entsprechend werden von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza, Masern, Mumps, Pertussis, Poliomyelitis, Röteln und Varizellen als Impfungen auf Grund eines erhöhten beruflichen Risikos empfohlen z. B. nach Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz/Biostoffverordnung/Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) und dem G 42

(Berufsgenossenschaftlicher Grundsatz G 42 „Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung“). Die Details der Empfehlungen können den jeweils aktuellen Publikationen der STIKO entnommen werden.

Bei bekannter Immunität kann nach TRBA 250 ggf. auf spezielle, über die Basishygiene hinausgehende Schutzmaßnahmen im Krankenhaus verzichtet werden. Der Impfstatus des Personals sollte den Beschäftigten selbst und dem Betriebsarzt bekannt sein. Im Zweifel über den Impfstatus sind entsprechende Schutzmaßnahmen anzuwenden. Bevor auf Schutzmaßnahmen verzichtet wird, muss sichergestellt sein, dass eine entsprechende Immunität vorliegt. Details erläutern die Empfehlungen der STIKO.“

Die Impfempfehlungen der STIKO auf Grund eines erhöhten beruflichen Risikos beziehen den Schutz Dritter im Rahmen der beruflichen Tätigkeit ausdrücklich ein (Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 v. 24.08.2015, S. 327, 330; www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen; www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin [www.rki.de/stiko-empfehlungen]). In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs werden die Empfehlungen der STIKO als ärztlicher Standard angesehen (Urt. 15.2.2000, Az. VI ZR 48/99, NJW 2000, 1784, 1786).

4. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Wird festgestellt, dass eine Person in einer Gemeinschaftseinrichtung an Masern erkrankt, dessen verdächtig oder ansteckungsverdächtig ist, kann die zuständige Behörde Personen, die weder einen Impfschutz, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, noch eine Immunität gegen Masern durch ärztliche Bescheinigung nachweisen können, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit in der Gemeinschaftseinrichtung nicht mehr zu befürchten ist.“

Begründung (Bundestagsausschuss für Gesundheit)

Es wird eine zusätzliche Befugnis für die zuständige Behörde zu einer Schutzmaßnahme eingeführt. Die Regelung ermöglicht es der zuständigen Behörde, bei Auftreten von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung Personen, die für die Krankheit empfänglich sind, das Betreten der Einrichtung zu untersagen. Dadurch kann das Entstehen von Infektionsketten in der Gemeinschaftseinrichtung wirksam verhindert werden. Für die Maßnahme werden die Personen herangezogen, die weder durch eine durchgemachte Erkrankung noch durch Schutzimpfung ausreichend gegen Masern geschützt sind. Die Personen müssen nicht als Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider identifiziert sein und dürfen als „Nichtstörer“ zu der Maßnahme herangezogen werden. Die bisher schon bestehende Möglichkeit der Gesundheitsbehörde, auf der Grundlage von § 28 Absatz 1 Satz 1 ein zeitweiliges Schulbetretungsverbot gegenüber Ansteckungsverdächtigen anzuordnen, und die gesetzlichen Verbote in § 34 Absatz 1 bis 3 reichen im Falle des Auftretens von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung nicht

aus. Die Feststellung eines Ansteckungsverdachts i. S. v. § 2 Nummer 7 setzt voraus, dass konkret in Bezug auf die betreffende Person Tatsachen ermittelt wurden, nach denen die Annahme, sie habe Krankheitserreger aufgenommen, wahrscheinlicher ist als das Gegenteil (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22. März 2012, Az. 3 C 16/11). Aufgrund der früh einsetzenden Infektiosität und der hohen Ansteckungsfähigkeit der Masern kann das Gesundheitsamt die einen Ansteckungsverdacht begründenden Tatsachen aber nicht rasch und nicht zuverlässig genug ermitteln, um unter den Bedingungen einer Gemeinschaftseinrichtung eine Weiterübertragung der Krankheit zu verhindern. Krankheitssymptome, die eine Person als krank oder krankheitsverdächtig erkennbar machen, zeigen sich bei den Masern in der Regel erst 8 bis 14 Tage nach der Infektion. Infizierte Personen können allerdings bereits fünf Tage vor Auftreten des Masern-Exanthems andere Personen anstecken. Dafür genügen aufgrund der hohen Kontagiosität der Masern zudem bereits flüchtige Kontakte, die das Gesundheitsamt durch Ermittlungen nicht sicher in Erfahrung bringen kann.

Die Maßnahme hat in Bezug auf die für Masern empfänglichen Personen zwei Schutzrichtungen. Einerseits werden die Personen vor einer eigenen Infektion geschützt, andererseits wird verhindert, dass die Personen Teil einer Infektionskette werden und die Krankheit in der Gemeinschaftseinrichtung auf weitere Personen übertragen.

Der Nachweis einer Immunität gegen Masern kann durch eine ärztliche Bescheinigung einer in der Vergangenheit durchgemachten Masernerkrankung oder durch eine Titerbestimmung erbracht werden. Der Nachweis von Impfschutz kann durch Impfausweis, Impfbescheinigung oder eine andere ärztliche Bescheinigung erbracht werden. Der erforderliche Impfschutz bestimmt sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Um Masernausbrüche verhindern zu können, müssen mindestens 95% der Bevölkerung immun gegen die Masern sein (Siegrist CA: Vaccine immunology. In: Vaccines. Plotkin, Ornstein, Offit (Hrsg.), 5. Auflage, Saunders Elsevier 2008). In einer Gruppe von Personen, die einen Impfschutz entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission aufweisen, wird dieser Wert sicher erreicht. Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können, haben keinen den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entsprechenden Impfschutz im Sinne der Regelung.

Bei der Bemessung der Dauer des Verbotes sind die Inkubationszeit der Masern und der letzte mögliche Zeitpunkt einer Übertragung zu berücksichtigen. Die Regelungen des § 34 Absatz 1 bis 3 bleiben unberührt, d. h. wenn bei einer ausgeschlossenen Person ein Tatbestand nach § 34 Absatz 1 bis 3 eintritt, greifen bei dieser Person zusätzlich die gesetzlichen Verbote.

[...]

5. Nach § 34 Absatz 10 wird folgender Absatz 10a eingefügt:
„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in

Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

Entwurf der Bundesregierung

In § 34 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Gesetz vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird nach Absatz 10 folgender Absatz 10a eingefügt:

„(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. [...] Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

Begründung

[A. Allgemeiner Teil – II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs – 8. Förderung des Impfwesens:]

Um eine höhere Beteiligung an den von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen auch bereits bei Kindern, die in eine Kindertagesstätte aufgenommen werden, zu erreichen, wird der Nachweis einer vorherigen ärztlichen Beratung in Bezug auf den Impfschutz vorgesehen.

[B. Besonderer Teil]

Der neue Absatz 10a soll ergänzend zu der Regelung in Absatz 11 dazu beitragen, dass ein altersgemäßer Impfschutz nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) auch bereits für jüngere Kinder, die in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen werden, erreicht wird.

Im Bereich der Kinderimpfung hat Deutschland in den vergangenen Jahren große Fortschritte etwa bei der Maserndurchimpfung erzielt. Allerdings erfolgen Impfungen in vielen Fällen zu spät und nicht wie von der STIKO empfohlen bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres. In der Altersgruppe der Ein- bis Sechsjährigen ist daher der Anteil der Kinder, die beispielsweise für eine Maserninfektion empfänglich sind, immer noch sehr hoch. Für die betroffenen Kinder bleibt das Erkrankungsrisiko in dem Zeitraum bis zur Vervollständigung des Impfschutzes erhöht. Für die betroffenen Alterskohorten bedeutet dies, dass sich zum Beispiel beim Auftreten von Masern größere Krankheitsausbrüche ereignen können. Dies gilt insbesondere bei Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen. Hinzu kommt, dass sich der Anteil der Kinder, die nach Vollendung des ersten Lebensjahres eine Gemeinschaftseinrichtung besuchen, weiter erhöhen wird, nachdem diese Kinder seit dem 1. August 2013 gemäß § 24 Absatz 2 SGB VIII einen Rechtsanspruch haben, in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres frühkindlich gefördert zu werden. Bei

den einjährigen Kindern wurde in den letzten Jahren die höchste altersspezifische Inzidenz von Masern beobachtet (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012, Hrsg. RKI 2013, S.146). Einrichtungen zur frühkindlichen Förderung und Kindergärten werden zudem häufig in verbundenen Einrichtungen betrieben. Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Durchimpfungsrate und einen Herdenschutz abzielen, sollten sich daher auf Kindergartenkinder und auf Kinder unter drei Jahren in einer Einrichtung zur frühkindlichen Förderung erstrecken.

Mit dem neuen Absatz 10a werden Personensorgeberechtigte verpflichtet, bei der Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung einen Nachweis darüber zu erbringen, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie die Hausärztinnen und -ärzte den wichtigsten Beitrag für die Gewährleistung eines altersgemäßen, nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutzes bei Kleinkindern leisten. Insbesondere durch die Früherkennungsuntersuchungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) finden regelmäßig Patientenkontakte statt, die jeweils zur Vervollständigung des Impfschutzes genutzt werden können.

Die vorgeschriebene ärztliche Vorstellung ist daher voraussichtlich geeignet, dass es zu der bezweckten Schließung bestehender Impflücken kommt. Die Durchführung der Schutzimpfungen ist freiwillig. Das Bestehen eines vollständigen Impfschutzes wird auch nicht als Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung geregelt.

[...] Dabei kommen grundsätzlich mehrere Wege für den Nachweis in Betracht, etwa eine aktuelle Eintragung im Impfpass. Durch den Rückgriff auf diese vorhandene Dokumentation kann der mit der Informationspflicht verbundene Zeitaufwand und die Kosten minimiert werden, insbesondere bei den Personen, die Impftermine ohnehin zeitgerecht wahrnehmen. Die Länder können aber auch die Vorlage bestimmter Bescheinigungen vorsehen. Dies gilt insbesondere für die Länder, die heute die Vorlage spezieller ärztlicher Bescheinigungen für die Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung verlangen oder die die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung als verpflichtend geregelt haben oder in denen die Kinder durch den öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht werden.

[...] Die erforderliche Flexibilität der Regelung für die Länder wird darüber hinaus dadurch sichergestellt, dass weitergehende Regelungen der Länder, wie sie teilweise bereits heute bestehen, unberührt bleiben. In einigen Ländern ist für die Aufnahme in Kinderbetreuungseinrichtungen nicht lediglich der Nachweis einer ärztlichen Beratung vorgeschrieben, sondern z. B. eine Verpflichtung der Sorgeberechtigten eine ärztliche Bescheinigung darüber vorzulegen, dass das Kind alle seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechenden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten hat, oder schriftlich zu erklären, dass

sie eine Zustimmung zu bestimmten Impfungen nicht erteilen. Die neue bundesgesetzliche Regelung entfaltet für entsprechende Regelungen der Länder keine Sperrwirkung. Den Ländern bleibt ferner eine mögliche Erweiterung des Anwendungsbereiches der Regelung etwa auf die Kindertagespflege vorbehalten.

Der Nachweis ist gegenüber der Leitung der Tageseinrichtung zu erbringen. Die Aufgabe des Personals der Tageseinrichtung bei Aufnahme beschränkt sich auf die Kontrolle der jeweiligen Bescheinigung im Hinblick auf den sich daraus ergebenden Termin der ärztlichen Vorstellung. Medizinisches Fachwissen ist nicht erforderlich.

[...]

Stellungnahme des Bundesrates (Bundesrat Drucksache 640/14 (Beschluss), Bundestags-Drucksache 18/4282)

[...]

Der Bundesrat begrüßt die Initiative der Bundesregierung, dem Impfschutz von Kindern in Tageseinrichtungen ein besonderes Augenmerk zu schenken. Es hat sich gezeigt, dass die ärztliche Beratung der Sorgeberechtigten für einen altersgerechten Impfstatus von Kindern entscheidend ist. Die Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes wird insoweit befürwortet.

[...]

Mit dem Hinweis auf weitergehende landesrechtliche Regelungen wird den Ländern nach Ansicht des Bundesrates ausreichend Spielraum zum Vollzug der Vorschrift eingeräumt, zum Beispiel bezüglich der Art und Weise der Dokumentation. Der Bundesrat erkennt insoweit an, dass es Aufgabe der Länder sein wird, Vollzugshinweise und Hilfestellungen zur Verfügung zu stellen.

[...]

Begründung durch den Bundestagsausschuss für Gesundheit

Die Änderung greift die Nummer 23 der Stellungnahme des Bundesrates auf. Die ärztliche Beratung ist – wie bei § 34 Absatz 10 – auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz gerichtet. Die ärztliche Beratung muss zeitnah vor der Aufnahme erfolgt sein. Dies ist der Fall, wenn die Beratung in dem nach dem Lebensalter des Kindes zuletzt erreichten Zeitraum, in dem die Ständige Impfkommission in ihrem Impfkalender (zurzeit Epidemiologisches Bulletin 2014, Seite 307) die Durchführung von Standardimpfungen empfiehlt, oder zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist. Der Nachweis muss in Schriftform erbracht werden.

Für Fälle, in denen Personensorgeberechtigte den erforderlichen Nachweis auch auf wiederholte Aufforderungen hin nicht erbringen, wird das Gesundheitsamt ermächtigt, die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung zu laden. Die Kindertageseinrichtung darf dazu das Gesundheitsamt entsprechend informieren.

[...]

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Helmut Fouquet (Rechtsreferat des Robert Koch-Instituts), der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: FouquetH@rki.de).

Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie Hinweis auf Ausschreibung für den neuen PAE-Jahrgang

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat die Stellen für den neuen Jahrgang der Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE, deutsches Feldepidemiologie-Trainingsprogramm, FETP) ausgeschrieben, die Ausschreibung ist auf der RKI-Internetseite erschienen unter www.rki.de/stellenangebote bzw. direkt unter www.rki.de/DE/Content/Service/Stellen/Angebote/2016/33_16.html.

Die Ausbildung richtet sich vor allem an Humanmediziner mit Vorkenntnissen im Bereich *Public Health* und/oder Epidemiologie. Schwerpunkte des Programms sind die Untersuchung von Ausbrüchen, das Auswerten von Daten aus der infektionsepidemiologischen Überwachung (Surveillance), Evaluation von Surveillance-Systemen sowie die Entwicklung und Durchführung von anwendungsbezogenen infektionsepidemiologischen Forschungsprojekten. Die Teilnehmer/innen arbeiten unter Anleitung erfahrener Epidemiologen/innen und sind am RKI angestellt. Sie werden entweder für zwei Jahre einer mit dem Infektionsschutz beauftragten Behörde der Bundesländer zugewiesen oder sind in der Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI tätig.

Die theoretischen Grundlagen der Postgraduiertenausbildung werden in ein- bis dreiwöchigen Blockveranstaltungen vermittelt. Diese werden zum großen Teil in Zusammenarbeit mit dem *European Programme for Intervention Epidemiology Training* (EPIET, www.epiet.org) angeboten und finden in verschiedenen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union statt (insgesamt zehn Wochen).

Die Teilnehmer/innen haben die Möglichkeit, sich für einen in das Ausbildungsprogramm integrierten *Master of Science in Applied Epidemiology* (MSAE) einzuschreiben, der in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin angeboten wird.

Bewerbungsfrist ist der 24. April, Beginn der Ausbildung ist am 15. September 2016.

Nähere Informationen zum Ausbildungsprogramm finden sich unter www.rki.de/pae.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										
Berichtsmonat: Januar 2016 (Datenstand: 1.4.2016)										
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern										
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)										
Land	Syphilis		HIV-Infektion		Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
	Jan.*	Jan	Jan.	Jan	Jan.	Jan	Jan.	Jan	Jan.	Jan
Baden-Württemberg	-	41	30	30	7	9	3	1	0	0
Bayern	-	78	54	52	15	10	3	1	0	0
Berlin	-	122	24	28	14	7	0	0	0	0
Brandenburg	-	7	3	3	2	0	0	0	0	0
Bremen	-	5	3	2	3	3	0	0	0	0
Hamburg	-	37	18	24	5	1	0	0	0	0
Hessen	-	41	25	23	6	6	0	2	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	-	4	4	1	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	-	31	20	20	5	3	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	-	131	64	76	14	10	1	2	0	0
Rheinland-Pfalz	-	25	10	10	6	4	0	2	0	0
Saarland	-	10	1	3	0	1	0	0	0	0
Sachsen	-	27	10	19	0	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	-	9	8	9	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	-	21	3	7	2	3	0	0	0	0
Thüringen	-	7	2	4	0	1	1	1	0	0
Deutschland	-	596	279	311	79	59	9	9	0	0

* Es stehen derzeit keine aktuellen Daten zur Syphilis zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2016 (Datenstand: 6. April 2016)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	73	972	1.096	0	18	13	24	225	149	1	10	8
Bayern	98	1.335	1.327	3	30	37	20	251	226	2	18	16
Berlin	27	547	611	0	15	13	11	81	57	0	19	9
Brandenburg	19	303	398	4	11	8	9	70	97	0	0	2
Bremen	6	61	90	1	1	1	0	5	10	0	2	0
Hamburg	20	256	315	0	3	3	2	49	34	0	1	6
Hessen	47	800	804	1	10	6	19	146	123	0	13	5
Mecklenburg-Vorpommern	20	219	233	3	11	7	5	60	63	0	1	0
Niedersachsen	74	1.017	830	7	41	39	14	152	188	1	7	3
Nordrhein-Westfalen	280	3.686	3.218	6	50	53	42	468	470	1	10	8
Rheinland-Pfalz	46	632	634	1	23	18	3	142	94	0	9	3
Saarland	11	192	207	0	1	1	0	17	23	0	2	0
Sachsen	68	908	842	1	13	28	9	124	181	0	1	5
Sachsen-Anhalt	26	334	232	0	15	12	15	98	88	0	3	0
Schleswig-Holstein	18	351	402	1	10	4	3	49	50	0	0	2
Thüringen	24	356	311	1	4	6	17	83	93	0	0	0
Deutschland	858	11.971	11.556	29	256	249	193	2.020	1.946	5	96	67

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis		Kryptosporidiose			
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016	2015	2016		2015	
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	1	22	19	104	1.166	2.742	17	242	420	9	78	74	0	9	1
Bayern	5	73	64	171	2.221	4.278	59	628	459	11	142	134	2	18	23
Berlin	0	25	14	115	1.034	1.162	43	446	373	3	76	68	2	16	27
Brandenburg	2	23	17	85	1.262	1.644	56	699	367	2	26	38	1	10	7
Bremen	0	2	0	20	126	200	6	38	16	0	10	5	0	0	0
Hamburg	0	9	15	33	362	777	35	251	192	0	21	23	1	15	7
Hessen	4	42	35	105	874	2.182	77	364	397	6	49	42	1	23	18
Mecklenburg-Vorpommern	2	12	10	85	877	1.713	107	649	326	0	18	23	5	33	12
Niedersachsen	8	68	43	192	1.722	3.026	36	361	563	4	25	18	0	20	12
Nordrhein-Westfalen	10	130	91	433	3.552	9.157	109	822	1.072	10	121	86	5	45	29
Rheinland-Pfalz	4	46	21	78	954	2.560	34	205	190	5	22	22	1	8	3
Saarland	0	4	6	19	285	906	8	56	34	0	8	3	0	8	0
Sachsen	8	83	50	276	2.428	3.392	112	924	1.110	5	50	57	3	28	21
Sachsen-Anhalt	4	32	43	121	1.202	2.039	68	445	515	3	28	8	1	19	9
Schleswig-Holstein	1	13	13	66	501	999	19	163	122	0	10	10	1	14	5
Thüringen	5	47	42	120	1.334	1.887	43	382	504	2	18	30	2	5	8
Deutschland	54	631	483	2.023	19.901	38.668	829	6.675	6.660	60	702	641	25	271	182

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 die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **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.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2016 (Datenstand: 6. April 2016)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	2	29	8	7	52	21	6	107	175	0	12	21	8	153	115
Bayern	3	36	32	9	203	43	16	207	209	0	12	16	19	251	183
Berlin	1	25	6	3	24	19	10	77	96	2	10	7	11	93	78
Brandenburg	0	7	3	0	5	4	1	8	18	0	5	6	2	46	28
Bremen	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	0	4	14	10
Hamburg	0	11	6	6	52	10	3	23	25	0	2	1	3	51	40
Hessen	2	18	15	5	76	23	9	87	116	0	7	2	10	121	113
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	1	0	7	2	0	10	10	0	2	2	0	9	10
Niedersachsen	3	30	15	3	33	11	3	76	44	1	9	9	7	85	84
Nordrhein-Westfalen	3	42	31	8	79	51	16	143	124	1	15	10	27	291	241
Rheinland-Pfalz	1	9	9	0	8	9	3	62	48	0	10	13	4	70	50
Saarland	0	3	1	0	2	0	0	9	5	0	0	0	0	5	8
Sachsen	1	5	4	9	73	5	8	44	39	1	4	0	3	40	40
Sachsen-Anhalt	0	8	16	0	11	3	2	22	13	0	3	2	3	34	27
Schleswig-Holstein	0	14	7	2	12	7	0	41	63	0	1	2	3	28	15
Thüringen	0	4	3	0	2	7	3	14	19	0	2	3	1	15	12
Deutschland	16	246	158	52	640	215	80	931	1.005	5	96	94	105	1.308	1.055

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	0	0	27	2	23	13	0	1	0	5	116	193	110	1.149	602
Bayern	1	3	72	1	21	23	0	0	5	1	105	594	174	1.634	988
Berlin	1	5	699	4	11	7	0	2	0	10	237	200	50	701	369
Brandenburg	0	0	67	0	1	5	0	0	0	4	71	176	8	217	146
Bremen	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	7	10	15	132	54
Hamburg	0	0	31	0	5	21	0	0	0	0	12	41	4	136	108
Hessen	0	1	15	1	14	7	0	0	0	6	68	148	32	391	283
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	10	0	2	4	0	0	0	1	26	54	2	57	73
Niedersachsen	0	1	24	0	7	5	0	0	1	4	112	159	31	356	408
Nordrhein-Westfalen	1	5	35	6	29	74	0	1	1	7	103	396	87	1.358	1.045
Rheinland-Pfalz	0	6	0	1	9	11	0	0	1	12	102	85	23	256	160
Saarland	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	15	6	38	33
Sachsen	0	0	70	0	2	4	0	0	0	0	26	79	83	584	478
Sachsen-Anhalt	0	0	15	0	4	2	0	0	0	1	24	40	21	111	89
Schleswig-Holstein	0	1	19	2	8	13	0	1	0	0	22	37	8	177	107
Thüringen	0	0	15	0	3	3	0	0	0	2	68	138	8	68	163
Deutschland	3	22	1.099	17	140	198	0	5	8	53	1.104	2.365	662	7.365	5.106

+ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

++ 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).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2016 (Datenstand: 6. April 2016)

Krankheit	2016	2016	2015	2015
	11. Woche	1.–11. Woche	1.–11. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	9	111	153	567
Brucellose	0	6	5	44
Chikungunya-Fieber	0	12	51	110
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	6	20	70
Dengue-Fieber	23	189	125	722
FSME	0	5	11	223
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	11	9	69
Hantavirus-Erkrankung	1	33	137	823
Hepatitis D	0	0	6	19
Hepatitis E	25	286	213	1.268
Influenza	8.371	36.074	63.072	77.764
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	11	150	155	549
Legionellose	15	148	159	879
Leptospirose	1	13	16	86
Listeriose	9	138	114	662
Ornithose	0	1	2	10
Paratyphus	0	4	6	36
Q-Fieber	6	41	33	321
Trichinellose	0	2	8	8
Tularämie	1	8	6	34
Typhus abdominalis	0	6	10	68

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 13. Kalenderwoche (KW) 2016

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 13. KW 2016 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich moderat erhöhter ARE-Aktivität. Innerhalb der Influenzaviren dominiert mit 80% gegenwärtig weiterhin Influenza B.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von den Ländern, die für die 12. KW 2016 Daten an TESSy sandten, berichteten 14 Länder über eine mittlere und 27 über eine niedrige Influenza-Aktivität. Die Grippe-Aktivität erreichte in Europa in der 5. KW bis 7. KW ihren Höhepunkt und ging seitdem wieder zurück. Seit der 40. KW 2015 wurden in 52% A(H1N1)pdm09, in 8% A(H3N2) und in 40% Influenza-B-Viren nachgewiesen. Weitere Informationen unter: <http://www.flunewseurope.org/>.

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 13. KW 2016
<https://influenza.rki.de/>

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
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. Markus Kirchner (Vertretung)

E-Mail: KirchnerM@rki.de

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski,

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

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 Kostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

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)

PVKZ A-14273