



Epidemiologisches Bulletin

30. August 2018 / Nr. 35

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Neuerungen in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim RKI für 2018/2019

Die STIKO hat im *Epidemiologischen Bulletin (Epid. Bull.)* 34/2018 ihre aktualisierten Impfeempfehlungen für 2018/2019 veröffentlicht. Die ausführlichen wissenschaftlichen Begründungen zu den veränderten STIKO-Empfehlungen wurden bereits in den *Epid. Bull.* 2/2018 (Empfehlung des quadrivalenten saisonalen Influenzaimpfstoffs) und *Epid. Bull.* 26/2018 (Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen) publiziert. In den STIKO-Empfehlungen sind die erfolgten Änderungen durch blaue Schrift und blaue Balken am Rand gekennzeichnet. Im Folgenden gibt die Geschäftsstelle der STIKO einen Überblick über die wichtigsten Änderungen in den STIKO-Empfehlungen.

Neuerungen in den Empfehlungen der STIKO für 2018/2019

- ▶ **Influenza:** Präzisierung der Influenzaimpfeempfehlung, für die Impfung gegen die saisonale Influenza einen quadrivalenten Impfstoff zu verwenden
- ▶ **HPV:** HPV-Impfeempfehlung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren
- ▶ Neue Tabelle zur **Tetanus-Postexpositionsprophylaxe**
- ▶ **FSME:** Ergänzung der neu ausgewiesenen FSME-Risikogebiete
- ▶ **Impfmanagement in der Arztpraxis:** Neues Kapitel mit Hinweisen zur Organisation von Schutzimpfungen im Praxisalltag
- ▶ **Redaktionelle Überarbeitung** der STIKO-Empfehlungen:
 - Überarbeitung des Kapitels zu Impfeempfehlungen für MigrantInnen und Asylsuchende nach Ankunft in Deutschland
 - Impfkalendar: Obere empfohlene Altersgrenze für die zweite Tdap-Auffrischimpfung und die erste Polio-Auffrischimpfung auf 16 Jahre herabgesetzt
 - Tabelle zur sequenziellen Pneumokokkenimpfung
 - Überarbeitung des Abschnitts zu Nachholimpfungen mit 5- und 6-fach Impfungen (DTaP-IPV-Hib+(Hep B)) bei Kindern im Alter von 12 Monaten bis < 5 Jahren
 - Hinweise zum Impfschaden und Anerkennung von Impfschäden
 - Geschlechtergerechte Formulierungen
 - Ergänzung der Tabelle zu Handelsnamen und Anwendungsalter der Impfstoffe

Präzisierung der Influenzaimpfeempfehlung, für die Impfung gegen die saisonale Influenza einen quadrivalenten Impfstoff zu verwenden

Die STIKO hat im Januar 2018 ihre Influenzaimpfeempfehlung präzisiert und empfiehlt für die Impfung gegen die saisonale Influenza jetzt einen quadrivalenten Influenzaimpfstoff mit aktueller, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlener Antigenkombination. Diese Empfehlung gilt für alle Personen, für die die saisonale Influenzaimpfung von der STIKO empfohlen wird.

Neben der Influenza A stellt auch die Influenza B in einzelnen Saisons eine bedeutende Krankheitslast in der Bevölkerung dar, wobei nie mit Sicherheit vorhergesagt werden kann, welche Virustypen bzw. -subtypen in welchem Aus-

Diese Woche 35/2018

Geschäftsstelle der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim RKI

- ▶ Neuerungen in den Empfehlungen der STIKO für 2018/2019

Erratum

Nachruf Professor Peters (KRINKO)

Hinweis auf Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
32. Woche 2018



maß in der anstehenden Saison zirkulieren werden. Quadrivalente Influenzaimpfstoffe (QIV) bieten in Saisons, in denen Influenzaviren der nicht in trivalenten Impfstoffen (TIV) enthaltenen Influenza-B-Viruslinie [ko-]zirkulieren, einen besseren Schutz vor einer Influenzaerkrankung als trivalente Impfstoffe. Selbst bei der aktuell niedrigen Impfquote können im Vergleich zu TIV gemäß einer vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Transmissionsmodellierung in Deutschland durch die Verwendung von QIV pro Saison durchschnittlich ca. 182.000 bis 388.000 Arztkonsultationen zusätzlich verhindert werden, je nachdem ob eine partielle Kreuzprotektion vorliegt oder nicht (d. h. ob die im TIV enthaltene B-Linie eine partielle Effektivität auch gegen die nicht im TIV enthaltene – aber im QIV integrierte – B-Linie hat). In einer Sensitivitätsanalyse mit konservativeren Annahmen zur Stärke des Herdenschutzes (phänomenologische Transmissionsdynamik) ergeben sich Zahlen von 53.500 bzw. 108.300 zusätzlich verhinderten Arztkonsultationen pro Saison (jeweils mit bzw. ohne Annahme einer Kreuzprotektion). Die Zahl der zusätzlich verhinderbaren stationären Behandlungsfälle ist schwierig einzuschätzen, weil die von der AG Influenza des RKI ermittelten Zahlen aufgrund der Erhebungsmethode nur eine Teilerfassung der tatsächlichen Krankenhausaufnahmen darstellen. Es ist von mindestens 1.000 zusätzlich durch die QIV-Impfung verhinderbaren Hospitalisierungen pro Saison auszugehen, höchstwahrscheinlich mehr.

Eine ausführliche wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung des quadrivalenten saisonalen Influenzaimpfstoffes wurde im *Epid. Bull.* 2/2018 publiziert. Mit der Präzisierung der Schutzimpfungs-Richtlinie folgt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Empfehlung der STIKO, so dass ab der Impfsaison 2018/2019 für die Grippe-Impfung die Verwendung eines Vierfach-Impfstoffs (Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung) empfohlen ist.

HPV-Impfempfehlung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren

Im Juni 2018 wurde von der STIKO die Impfung gegen HPV von Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren empfohlen, eine Nachholimpfung soll bis zum Alter von 17 Jahren erfolgen. Die Empfehlung für die HPV-Impfung von Mädchen bleibt unverändert bestehen. Das Impfziel der HPV-Impfung von Mädchen und Jungen ist die Reduktion der Krankheitslast durch HPV-assoziierte Tumore.

Für die Entscheidung zur Jungenimpfung wurde u. a. die Krankheitslast durch HPV-assoziierte Tumore bei Männern in Deutschland abgeschätzt und ein systematischer Überblick zu Wirksamkeit und Sicherheit der HPV-Impfung bei Jungen und Männern durchgeführt. Basierend auf Querschnittsstudien bzw. Metaanalysen wird geschätzt, dass in Deutschland bei Männern pro Jahr 1.600 bis 2.300 HPV-bedingte Anal-, Penis- und Oropharynx-Karzinome auftreten. Die Daten eines im Rahmen der Impfempfehlung durchgeführten systematischen Reviews zeigen, dass

die Impfung wirksam vor einer dauerhaften HPV-Infektion und daraus resultierenden Krebsvorstufen schützt. Zudem zeigten sich in den Zulassungsstudien keine schweren unerwünschten Ereignisse nach HPV-Impfung bei Jungen bzw. Männern. Auch Analysen des *Global Advisory Committee on Vaccine Safety* der WHO zeigen, dass basierend auf weltweit bereits mehr als 270 Millionen verabreichten HPV-Impfungen keine schweren unerwünschten Wirkungen aufgetreten sind. Die STIKO hat auch Effekte der Jungenimpfung auf die Verbreitung von HPV und HPV-assoziierten Krankheiten modellieren lassen: So könnten in den kommenden 100 Jahren durch die Jungenimpfung zusätzlich 25.226 HPV-assoziierte Karzinome des Anus, Penis, der Vulva, Vagina und des Oropharynx (bei Männern und Frauen) und zusätzlich 22.122 Zervixkarzinome verhindert werden. Die ausführliche wissenschaftliche Begründung zur neuen Impfempfehlung wurde im *Epid. Bull.* 26/2018 veröffentlicht.

Begleitet wird die Empfehlung durch einen neu erstellten RKI-Ratgeber zu HPV und umfangreiches Informationsmaterial auf den Internetseiten des RKI – so finden sich dort die aktualisierten und erweiterten Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQs) zur HPV-Impfung von Mädchen und Jungen, die ausführliche wissenschaftliche Begründung der HPV-Impfempfehlung der STIKO, der Bericht zum mathematischen Modell zur HPV-Jungenimpfung sowie verschiedene Übersichtsarbeiten zum Thema Wirksamkeit und Sicherheit der HPV-Impfung. Zudem wird in Kürze von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aktualisiertes Informationsmaterial für Jugendliche und Eltern bzw. Sorgeberechtigte erhältlich sein.

Neue Tabelle zur Tetanus-Postexpositionsprophylaxe

Die Tabelle zur postexpositionellen Tetanus-Immunitätsprophylaxe wurde von der STIKO (*Epid. Bull.* 34/2018, S. Tab. 7, S. 367) neu gestaltet und leicht verändert. Der Nutzer soll so einfacher und schneller entscheiden können, ob im Rahmen der Wundversorgung eine postexpositionelle Tetanus-Prophylaxe notwendig ist. Wenn dies der Fall ist, soll leichter ersichtlich sein, ob eine Impfung ausreicht oder auch eine Immunglobulingabe angezeigt ist. Die Tabelle unterscheidet zwischen „sauberen geringfügigen Wunden“ und „anderen Wunden“ und gibt, unter Berücksichtigung des Impfstatus und der Zeit seit letzter Impfung, Empfehlungen zur Tdap-Impfung oder Tetanus-Immunglobulingabe.

Da auch von Bagatellverletzungen wie z. B. Hautverletzungen bei der Gartenarbeit eine Tetanusgefahr ausgeht, hat die STIKO entschieden, bei Personen mit sauberen bzw. geringfügigen Wunden, die ungeimpft sind oder deren Impfstatus unbekannt ist, eine Tetanus-Immunglobulingabe zu empfehlen. Wie bei Personen verfahren werden soll, deren Grundimmunisierung zwar begonnen wurde, jedoch noch nicht abgeschlossen ist, wird in der Fußnote 4 erörtert. Eine postexpositionelle Impfung sollte am Tag der Wundversorgung durchgeführt werden – eine Impfung ist aber nur sinnvoll, wenn der Abstand zur vorangegangenen Impfung

mindestens 28 Tage zurückliegt. Die Gabe des Tetanusimmunoglobulins bei nicht-sauberen und/oder nicht-geringfügigen Wunden sollte auf jeden Fall erfolgen.

Unabhängig von der Art der Wunde oder dem Zeitraum seit der letzten Impfung ist keine Tetanus-Immunglobulingabe mehr empfohlen, wenn eine Grundimmunisierung mit ≥ 3 Impfstoffdosen dokumentiert ist.

Neues Kapitel zum Impfmanagement in der Arztpraxis

In das Kapitel 4 (s. S. 352) „Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen“ wurde ein neuer Abschnitt (Abschnitt 4.4 s. S. 354) zum „Impfmanagement in der Arztpraxis“ eingefügt. Ein in Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen gut etabliertes Impfmanagement leistet einen wichtigen Beitrag, Impfungen als integralen Bestandteil der Gesundheitsvorsorge im Praxisalltag zu verankern und die Inanspruchnahme unter den von der Praxis betreuten Patienten zu fördern. Das Kapitel gibt hilfreiche Hinweise zu (i) der Nutzung von Patientenkontakten und einem Einladungssystem, (ii) den organisatorischen Abläufen in der Praxis, (iii) den Aufgaben des Praxispersonals, (iv) der Lagerung von Impfstoffen sowie (v) der Impfstoffvorbereitung und der Injektion von Impfstoffen.

FSME: Ergänzung der neu ausgewiesenen FSME-Risikogebiete

In Deutschland besteht ein Risiko für eine FSME-Infektion vor allem in Bayern und Baden-Württemberg, in Südhessen und im südöstlichen Thüringen. Einzelne Risikogebiete befinden sich zudem in Mittelhessen, im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in Sachsen. Im Jahr 2018 wurden in Sachsen 3 weitere Risikogebiete ergänzt und zwar die Landkreise (LK) Erzgebirgskreis, Bautzen und Zwickau, die alle an bekannte Risikogebiete in Deutschland oder Tschechien grenzen. Zudem wurden in Thüringen der LK Ilm-Kreis und der Stadtkreis (SK) Suhl und in Bayern die 5 LK München, Günzburg, Augsburg, Weilheim-Schongau und Starnberg als Risikogebiete definiert. Die Karte mit den FSME-Risikogebieten ist unter folgendem Link verfügbar: www.rki.de/fsme-karte.

Redaktionelle Überarbeitung der STIKO-Empfehlungen 2018/2019 des Epidemiologischen Bulletins 34

An zahlreichen Stellen des *Epid. Bull.* 34 erfolgten redaktionelle Änderungen. Diese beruhen häufig auf Rückfragen oder Hinweisen aus der Ärzteschaft, die gezeigt haben, dass bestimmte Empfehlungen durch geänderte Formulierungen besser verständlich werden.

- **Überarbeitung des Kapitels zu Impfempfehlungen für MigrantInnen und Asylsuchende nach Ankunft in Deutschland**

Unter Berücksichtigung des Dokumentes „Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland“ des RKI (*Epid. Bull.* 41/2015) wurde der bisherige Abschnitt „Impfempfehlungen für Aussiedler, Flüchtlinge oder Asylsuchende in Gemeinschafts-

unterkünften“ in den STIKO-Empfehlungen überarbeitet und neu strukturiert. Grundsätzlich sollen Asylsuchende genauso geimpft sein wie die in Deutschland lebende Bevölkerung. Da viele Asylsuchende bei Ankunft in Deutschland nicht im Besitz eines Impfpasses sind und Aspekte durch die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften hinzukommen, ist eine Priorisierung von Impfungen während des Erstkontakts in den Erstaufnahmeeinrichtungen oftmals notwendig. Im überarbeiteten Abschnitt wird das Vorgehen beim Impfen von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen erörtert und Empfehlungen zu Impfungen von Mitarbeitern gegeben, die in Erstaufnahmeeinrichtungen tätig sind. In einer neuen Tabelle (Tab. 4, S. 360) werden Impfungen aufgeführt, die bei Personen mit unklarem Impfstatus nach Ankunft in Deutschland prioritär in Abhängigkeit vom Alter durchgeführt werden sollen. Neben den altersentsprechenden Empfehlungen werden noch zusätzliche Indikationsimpfungen für Schwangere, Personen ab 60 Jahren sowie für Kinder und Erwachsene mit chronischen Krankheiten aufgeführt. Nach dem Verlassen der Unterkünfte soll die Vervollständigung der Grundimmunisierung bzw. der Beginn neuer Impfserien altersentsprechend auf Basis der Nachholimpfempfehlungen im Kapitel 6 der STIKO-Empfehlungen durch niedergelassene ÄrztInnen oder durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst am späteren Aufenthaltsort erfolgen.

- **Impfkalender**

Im Impfkalender (s. S. 338) wurde die obere Altersgrenze für die zweite Tdap-Auffrischimpfung und die erste Poliomyelitis-Auffrischimpfung von 17 Jahren auf 16 Jahren herabgesetzt. Hintergrund für diese Entscheidung ist, dass die erste Auffrischimpfung im Alter von 5 bis 6 Jahren erfolgen soll und nach den STIKO-Empfehlungen regelmäßige Tdap-Auffrischimpfungen in einem 10-jährigen Abstand vorgesehen sind. Man möchte somit verhindern, dass empfehlungsgerecht geimpfte Jugendliche, die sich im Alter von 17 Jahren mit einer frischen Wunde ärztlich vorstellen und somit die 10-Jahresfrist überschritten haben, eine postexpositionelle Tetanus-Impfung benötigen. Da die zweite Tdap-Auffrischimpfung und die erste Poliomyelitis-Auffrischimpfung in der Regel durch Applikation eines Tdap-IPV-Impfstoffes erfolgen, wurde entschieden, auch die Altersspanne für die Poliomyelitis-Auffrischimpfung anzupassen. Der Impfkalender enthält daher jetzt neben der Spalte für die Altersgruppe 15 bis 16 Jahre noch eine Spalte für das Alter 17 Jahre. Damit wird eindeutig dargestellt, welche Impfungen bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden sollen. Die Änderungen der Altersgrenze wurde auch in den Tabellen für die Nachholimpfungen von Kindern < 12 Monaten (Tab. 9A, S. 371) und von Kindern von 12 Monaten bis < 5 Jahren (Tab. 9B, S. 372) berücksichtigt.

- **Tabelle zur sequenziellen Pneumokokkenimpfung**

Aufgrund zahlreicher Nachfragen aus der impfenden Ärzteschaft zum Vorgehen bei der sequenziellen Pneumokokken-Indikationsimpfung bei bereits vorgeimpften Patienten hat die STIKO eine Tabelle zu dieser Indikations-

impfung entworfen (s. Tab. 3, S. 350 des *Epid. Bull.* 34/2018). Patienten ab dem Alter von 2 Jahren mit Immundefizienz bzw. -suppression sowie Patienten mit anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risikofaktoren (z. B. Cochlea-Implantat) und damit einem erhöhten Risiko für eine Pneumokokken-Meningitis wird die sequenzielle Impfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff (PCV13) gefolgt von der Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-impfstoff (PPSV23) empfohlen. Zusätzlich sollen Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 15 Jahren mit chronischen Krankheiten eine sequenzielle Impfung erhalten.

Sonstige Änderungen

- Im gesamten Empfehlungsdokument wurden geschlechterneutrale Umformulierungen vorgenommen. Zur Vermeidung des generischen Maskulinums oder des grundsätzlichen Ausschreibens aller Genera wurde für eine einfachere Lesbarkeit das Binnen-I gewählt.
- Das Kapitel 4.9 (s. S. 358) „Impfkomplikation und deren Meldung“ wurde mit einem Abschnitt zu „Impfschaden und Anerkennung von Impfschäden im Sinne des IfSG“ ergänzt. Es wird – in Abgrenzung zur Impfkomplikation nach IfSG – der Begriff Impfschaden definiert und das Prozedere für eine Antragsstellung auf Anerkennung eines Impfschadens erläutert.
- Im Kapitel 6 (s. S. 368) „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“ wurden die Empfehlungen für „Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahren“ berichtigt. Werden die 5- und 6-fach-Impfstoffe nach dem 3-Dosen-Impfschema verwendet, variiert der Mindestabstand zwischen der 1. und der 2. Impfstoffdosis in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff. Für Infanrix hexa[®] und Hexyon[®] lautet das 3-Dosen-Impfschema 0-2-6 Monate und für Vaxelis[®] und Infanrix-IPV+Hib[®] 0-1-6 Monate; für Pentavac[®] gibt es kein zugelassenes 3-Dosen-Impfschema. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen und um auch den empfohlenen Mindestabstand von 8 Wochen bei der 2-maligen Pneumokokken-Nachholimpfung zu berücksichtigen, wurde in der Tabelle 9B (S. 372) der Mindestabstand auf „1 bis 2 Monate“ korrigiert.
- Die Tabelle 10 (S. 376–377) mit Handelsnamen und Anwendungsalter von Impfstoffen wurde auf vielfachen Wunsch von Nutzern ergänzt, neu hinzugekommen sind Hepatitis-B-, Meningokokken B-, Meningokokken ACWY- und Rotavirus-Impfstoffe.

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Geschäftsstelle der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) für 2018/2019.

Epid Bull 2018;35:383–386 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-043

Erratum

In der Ausgabe 34/2018 des *Epidemiologischen Bulletins* wurde in Tabelle 2 auf Seite 345 bei „Varizellen“ die Angabe der Kategorie korrigiert. Die Kategorie B, Impfung aufgrund eines beruflichen Risikos, ist an dieser Stelle korrekt. Der Fehler wurde online am 27. August 2018 korrigiert.

Nachruf Professor Peters

Am 8. August ist Professor Dr. med. Georg Peters, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Mitglied der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut, tödlich verunglückt.

Georg Peters war seit der Neugründung der Kommission 1997 deren Mitglied und wurde in jeder Berufsperiode (alle 3 Jahre) erneut in die Kommission berufen.

Georg Peters war fachlich ein scharfsinniger, in seinem Fach ruhender Wissenschaftler, der unsere Kommission durch seine Beiträge und Kommentare bereichert hat. Durch seine vielfältigen Aktivitäten auch in anderen Gremien, Kommissionen und Fachgesellschaften hat er Aspekte aus allen Bereichen der Infektionsprävention und -bekämpfung überblickt und diese in die KRINKO eingebracht. Sein wissenschaftliches Interesse galt v. a. den Staphylokokken und deren Eigenschaften, einschließlich der Mechanismen der Biofilmbildung. Er war ein ausgewiesener Experte für Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) und ebenso für Infektionen, die v. a. durch Koagulase-negative Staphylokokken durch deren Anheftung an Fremdmaterial, z. B. Gefäßkatheter, entstehen.

Dabei verlor er nie den Blick für die praktische Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen. Sein Blick auf das Wesentliche und seine interdisziplinäre Sichtweise ermöglichten es, pragmatische Lösungen zu finden, dies häufig als Abschluss längerer Diskussionen innerhalb der Kommission, indem er das Ergebnis aus seiner Sicht treffend zusammenfasste. Georg Peters hatte dabei immer das Wohl der Patienten im Auge.

Persönlich war Georg Peters ein zugewandter, fairer und hilfsbereiter Kollege, der anderen Menschen mit Offenheit und Respekt, auch bei anderer Auffassung, begegnete.

Die KRINKO hat ihm viel zu verdanken.

Die Nachricht von seinem unerwarteten, tragischen Tod hat uns tief bestürzt, er wird uns sehr fehlen. Wir werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Unser tiefstes Mitgefühl gilt seiner Familie.

Für die Mitglieder und Gäste der KRINKO

Dr. Bärbel Christiansen

Prof. Dr. Arne Simon

Hinweis auf Veranstaltungen

17. Göttinger Forum

Krankenhaus- & Kommunalhygiene für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Termin:	29.–30. November 2018
Veranstaltungsort:	Max-Planck-Institut, Am Faßberg 11 37077 Göttingen
Veranstalter:	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Krankenhaushygiene Oldenburg
Wiss. Leitung:	Dr. med. Matthias Pulz Dr. med. Jörg Herrmann
Organisation:	Carolin Dege Simone Lüllwitz
Tel.:	+49 (0)511.4505 – 128, – 108
Fax:	+49 (0)511.4505 – 140
E-Mail:	fortbildung@nlga.niedersachsen.de
Internet:	www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

Themen

Next Generation Sequencing: Grundlagen und Möglichkeiten der praktischen Anwendung im ÖGD | MRE auf Reisen | Neue Entwicklungen in der Epidemiologie der FSME | Evidenz krankenhaushygienischer Maßnahmen bei VRE | Aktuelles zur Hepatitis E | Pertussis: Gegenwärtige Situation und aktuelle Entwicklungen | Korrekter Umgang mit medizinischen Einmalhandschuhen und Desinfektion der behandschuhten Hand | Antibiotikaresistente Keime in der Umwelt – auch in Niedersachsen | Legionellen aus Verdunstungskühlanlagen – 42. BImSchV & IfSG – Umsetzung in Niedersachsen | Impfskepsis und Impfpflicht | Skabies im Krankenhaus | Neue Daten der KIGGS-Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Heranwachsenden

Anmeldung

Zur Anmeldung nutzen Sie bitte unsere Internetseite: www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

Meldefrist ist der 25. November 2018. Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Niedersachsen beantragt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 32. Woche 2018 (Datenstand: 29. August 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	118	3.741	3.763	2	150	111	30	762	619	0	32	19
Bayern	230	5.029	4.900	9	173	183	47	1.012	1.279	1	38	41
Berlin	63	1.590	1.486	1	55	72	7	254	296	6	71	28
Brandenburg	77	1.263	1.189	0	62	33	18	250	248	0	5	7
Bremen	18	284	300	0	9	7	5	43	36	0	1	2
Hamburg	38	965	996	1	31	33	5	179	188	1	32	27
Hessen	130	2.785	2.476	5	33	39	18	421	457	1	42	16
Mecklenburg-Vorpommern	49	1.110	1.072	2	20	36	5	190	248	0	1	2
Niedersachsen	224	3.549	3.290	6	133	153	33	708	764	0	9	3
Nordrhein-Westfalen	413	9.901	11.608	6	177	201	49	1.392	1.610	2	21	27
Rheinland-Pfalz	171	2.573	2.211	1	76	76	23	473	366	0	18	14
Saarland	31	757	726	0	8	6	0	77	57	0	1	4
Sachsen	179	3.157	2.860	1	135	100	24	485	643	4	31	16
Sachsen-Anhalt	51	978	963	1	67	70	12	273	284	0	1	6
Schleswig-Holstein	76	1.450	1.306	3	57	44	9	181	265	0	1	5
Thüringen	46	1.287	1.166	2	52	38	6	341	429	1	5	7
Deutschland	1.914	40.424	40.319	40	1.238	1.203	291	7.041	7.790	16	309	224

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	1	65	57	54	3.151	4.317	12	709	2.113	2	181	232	6	35	37
Bayern	6	193	201	96	5.992	5.540	19	1.422	4.064	4	356	360	0	61	78
Berlin	0	70	49	32	2.329	2.235	10	948	1.808	5	269	277	1	53	84
Brandenburg	3	78	55	25	2.075	1.987	11	1.139	2.702	0	48	72	2	29	47
Bremen	0	1	12	4	335	140	0	84	202	0	16	16	0	5	2
Hamburg	2	18	35	16	1.120	893	4	645	1.235	1	103	71	1	40	38
Hessen	3	123	90	24	2.313	2.330	10	668	1.816	1	122	133	5	49	63
Mecklenburg-Vorpommern	0	42	31	21	2.237	1.701	13	907	1.892	2	52	55	0	57	58
Niedersachsen	8	122	132	45	3.875	2.990	24	1.024	2.556	8	87	112	3	53	60
Nordrhein-Westfalen	4	276	276	103	9.344	11.296	40	2.276	4.927	12	285	335	15	172	147
Rheinland-Pfalz	0	80	63	53	2.699	3.524	7	482	1.113	3	73	73	2	12	16
Saarland	0	13	10	6	627	1.060	7	110	371	0	12	9	0	6	4
Sachsen	4	242	213	58	4.514	4.134	38	4.353	4.126	7	151	165	7	77	64
Sachsen-Anhalt	2	82	110	36	2.710	2.550	18	1.444	1.935	0	50	59	5	56	101
Schleswig-Holstein	1	26	37	12	1.541	1.080	8	628	972	0	40	48	0	8	15
Thüringen	4	131	123	36	2.613	2.284	11	2.455	2.533	2	37	32	1	42	14
Deutschland	38	1.562	1.494	621	47.484	48.067	232	19.296	34.376	47	1.882	2.049	48	755	829

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 sind und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. www.rki.de/falldefinitionen), **2. Kumulativwerte im laufenden Meldejahr**, **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 32. Woche 2018 (Datenstand: 29. August 2018)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	1	50	41	12	488	268	22	595	418	1	28	25	10	458	463
Bayern	0	52	73	18	844	499	19	677	604	1	32	36	11	497	527
Berlin	0	31	119	3	123	93	4	189	176	1	13	10	17	272	268
Brandenburg	1	17	24	0	53	47	1	52	36	0	8	6	3	109	100
Bremen	0	3	4	1	17	3	2	22	3	0	0	2	2	29	27
Hamburg	1	14	28	0	37	39	4	91	86	0	10	1	1	107	139
Hessen	3	48	61	8	271	192	7	322	232	0	14	13	13	423	354
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	11	1	16	23	0	25	30	0	4	3	0	55	60
Niedersachsen	3	41	42	0	97	62	11	256	189	0	12	19	3	246	214
Nordrhein-Westfalen	1	184	182	7	378	233	27	800	502	0	52	27	17	779	805
Rheinland-Pfalz	2	22	24	5	219	116	2	162	118	0	13	14	4	146	177
Saarland	1	8	14	0	14	15	1	19	19	0	2	2	0	27	31
Sachsen	1	10	20	6	144	178	4	121	122	0	11	6	3	109	138
Sachsen-Anhalt	2	12	13	0	37	38	0	46	39	0	6	3	2	104	94
Schleswig-Holstein	0	10	13	0	70	77	3	150	151	0	9	7	1	90	86
Thüringen	1	9	8	0	12	3	0	48	37	0	4	3	3	60	77
Deutschland	17	520	677	61	2.820	1.887	107	3.575	2.762	3	218	177	90	3.511	3.560

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	0	73	43	2	32	32	0	0	0	26	623	966	29	2.422	2.102
Bayern	0	91	40	4	101	88	0	1	0	29	1.823	2.158	40	2.874	3.849
Berlin	0	26	58	0	7	24	0	0	0	7	280	501	11	829	1.115
Brandenburg	0	12	5	0	3	12	0	0	0	4	356	570	2	239	458
Bremen	1	1	3	0	3	2	0	0	0	1	59	67	2	173	298
Hamburg	1	14	8	0	7	11	0	0	1	5	221	415	4	281	287
Hessen	0	21	72	1	25	62	0	0	0	9	540	585	8	678	735
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	4	6	0	0	0	0	196	412	3	99	115
Niedersachsen	2	8	12	2	29	38	0	0	1	7	446	553	19	868	935
Nordrhein-Westfalen	0	197	512	2	65	116	0	5	5	44	1.344	2.221	23	2.283	2.963
Rheinland-Pfalz	0	9	18	0	21	28	0	0	3	7	356	508	16	398	455
Saarland	0	0	2	0	5	2	0	0	0	0	94	102	7	67	68
Sachsen	0	6	69	1	6	9	0	0	1	13	501	553	12	1.144	1.064
Sachsen-Anhalt	0	3	7	0	1	10	0	0	0	14	665	348	9	206	275
Schleswig-Holstein	1	4	7	0	15	15	0	2	0	4	271	279	9	438	558
Thüringen	0	1	6	0	4	4	0	0	5	4	527	478	3	264	293
Deutschland	5	467	863	12	328	459	0	8	16	174	8.304	10.719	197	13.266	15.573

* Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

Allgemeiner Hinweis: LK Prignitz, LK Teltow-Fläming und das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwenden veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

32. Woche 2018 (Datenstand: 29. August 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	32. Woche	1.–32. Woche	1.–32. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	10	419	410	717
Brucellose	0	22	26	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	9	22	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	60	1.823	1.839	2.808
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	43	56	74
Denguefieber	7	311	404	635
FSME	24	430	290	485
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	44	59	97
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	0	555	517	811
Hantavirus-Erkrankung	5	108	1.431	1.731
Hepatitis D	0	26	19	36
Hepatitis E	54	2.129	1.721	2.950
Influenza	6	271.475	93.914	95.979
Legionellose	32	799	666	1.282
Leptospirose	2	60	54	128
Listeriose	15	372	456	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	38	1.491	1.811	2.797
Ornithose	0	5	9	11
Paratyphus	0	12	23	44
Q-Fieber	1	63	67	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	21	29	52
Typhus abdominalis	0	37	48	78

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
 Nordufer 20, 13353 Berlin
 Tel.: 030.18 754-0
 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.: 030.18 754-23 24

E-Mail: SeedatJ@rki.de

Marieke Degen (Vertretung)

► Redaktionsassistentz: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

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). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

Hinweis: Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Nachdruck

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

ISSN (Online) 2569-5266