

# Epi - Info

## Wochenbericht

***Epidemiologischer Wochenbericht für die Meldewoche 34/2015  
über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten  
herausgegeben am 27. August 2015***

### Inhalt

#### 1. Allgemeine Lage

#### 2. Besondere Fälle

#### 3. Ausbrüche

- 3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG
- 3.2. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG
- 3.3. Besondere Ausbrüche

#### 4. Besondere Hinweise

- 4.1. Epidemiologisches Bulletin 34/2015
- 4.2. Saisonale Influenza 2015/2016
- 4.3. Denguefieber: Autochthone Fälle in Frankreich
- 4.4. Chikungunya-Fieber: ECDC - Rapid Risk Assessment zum spanischen Fall
- 4.5. Poliomyelitis: Treffen des IGV-Notfallausschusses (Fortschreibung)
- 4.6. Veranstaltungshinweis: Tag der offenen Tür im Bundesgesundheitsministerium
- 4.7. Literaturhinweis: Neue Studie zur möglichen Akzeptanz der Impfpflicht
- 4.8. Steckbrief: Hepatitis E-Erkrankungen

#### 5. Spezial

Neue Impfpfehlungen der STIKO veröffentlicht

#### 6. Tabellen

- 6.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen und Inzidenzen)
- 6.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche (Fallzahlen)
- 6.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

#### 7. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen im Berichtsjahr mit Vorjahresvergleich

Campylobacter, Hepatitis E, Legionellose, Salmonellose, Tuberkulose

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)  
Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz (I C 2)  
Hr. Schubert / Fr. Hentschel / Fr. Hoffmann / Fr. Wendt / Fr. Dr. Simon / Hr. PD Dr. Werber  
Turmstraße 21 Haus A, 10559 Berlin. Tel. 90229-2427/-2428/-2420/-2432/-2430/-2421, Fax: (030) 90229-2096  
Groupmail: [infektionsschutz@lageso.berlin.de](mailto:infektionsschutz@lageso.berlin.de), Groupfax-IfSG: (030) 90283385, [www.berlin.de/lageso/gesundheit/index.html](http://www.berlin.de/lageso/gesundheit/index.html)  
Neben dem statistischen Teil enthalten die Berichte im Textteil auch allgemeine und weiterführende Informationen, deren Interpretation infektiologischen und epidemiologischen Sachverstand und Kenntnisse über die Datengrundlagen erfordern.  
Eine Weitergabe sowie Be- und/oder Verarbeitung der Daten zu kommerziellen Zwecken ist ohne Genehmigung des Herausgebers nicht zulässig.

© 2015



Link zum Download  
der Wochenberichte  
des LAGeSo

## 1. Allgemeine Lage

Erstmals in diesem Jahr wurde in der aktuellen Berichtswoche lediglich eine Neuerkrankung an Masern übermittelt. Um das Ende des Ausbruchs erkennen zu können, sind, neben einer weiterhin erhöhten Aufmerksamkeit klinisch tätiger Ärzte, Feintypsierungen der von Patienten isolierten Masernviren erforderlich (*siehe unter 3.3.*).

Die kumulativen Meldezahlen für *Campylobacter-Enteritis*, *Clostridium difficile*, *Hepatitis E*, *Legionellose*, *Typhus* und *Chikungunya-Fieber* sind gegenüber dem Vorjahreszeitraum, teilweise auffallend, erhöht (*siehe unter 6. und 7.*).

Zu *Hepatitis E* finden Sie in dieser Ausgabe einen übersichtlichen Steckbrief (*siehe unter 4.8.*).

Insgesamt war das Meldeaufkommen aller zu übermittelnder Krankheiten/Erreger im Berichtszeitraum mit 136 Fällen, wie in der Vorwoche, relativ gering.

In der Berichtswoche wurden zwei kleinere Ausbrüche durch *Norovirus* übermittelt. Bei einem nosokomial bedingten Ausbruch wurde *MRSA* festgestellt (*siehe unter 3.*).

## 2. Besondere Fälle (Datenstand: 26.08.2015 - 12:00 Uhr)

### HUS

#### GA Steglitz-Zehlendorf

Bei einem 83-jährigen Mann mit hämolytischer Anämie, Nierenfunktionsstörung und Thrombozytopenie wurde aus Stuhl zunächst *EPEC* nachgewiesen und gemeldet. Nachträglich wurde der Fall als (*EHEC*-assoziiertes) *HUS* gemeldet.

### Legionellose

#### GA Friedrichshain-Kreuzberg

Erkrankung eines 64-jährigen Mannes mit Lungenentzündung, bei dem aus Urin ein Antigen-Nachweis von *Legionella pneumophila*, Serogruppe 1 erfolgte. Hinweise zur Exposition wurden bisher nicht übermittelt.

## 3. Ausbrüche (Datenstand: 26.08.2015 - 12:00 Uhr)

### 3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG

Gesamtzahl der Häufungen nach Erregern / Krankheiten und Fallzahlen bzw. Fallzahlspannen in der Berichtswoche

Erreger / Krankheit	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch
<i>Norovirus</i>	2*	2 - 6
<b>Summe / Spanne</b>	<b>2</b>	<b>2 - 6</b>

\* Darunter ein Ausbruch im Land Brandenburg, dem sechs Fälle in vier Berliner Bezirken zugehörig sind.

### 3.2. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG

Kumulative Übersicht 2015 bis einschließlich der Berichtswoche (ohne *Norovirus*)

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
<i>Clostridium difficile</i>	2	8 - 9	17
<i>Enterococcus faecium</i> (VRE)	2	2 - 11	13
<i>Enterococcus faecium</i> (VRE), Typ VanB	1	3	3
Influenza A	3	2 - 18	25
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	2	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN)	3	5 - 20	30
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN / 4MRGN)	1	10	10
MRSA	5	2 - 4	16
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (3MRGN)	1	2	2
Rotavirus	3	4 - 9	17
<i>Serratia marcescens</i>	1	5	5
<b>Summe / Spanne</b>	<b>23</b>	<b>2 - 20</b>	<b>140</b>

### 3.3. Besondere Ausbrüche

#### Masern: Ausbruch in Berlin

(von der Berichtswoche abweichender Datenstand; Fortschreibung aus den Vorwochen)

In der Berichtswoche wurde eine Neuerkrankung registriert, die niedrigste wöchentliche Zahl in diesem Jahr.

Bei stark rückläufigem Trend und gleichbleibenden epidemiologischen Charakteristika wurden dem Ausbruch, der in der 41. MW 2014 begann, bislang 1.358 Fälle zugeschrieben (Datenstand 26.08.2015, 12.00 Uhr), davon 1.237 im Jahr 2015.

Weiterhin erhöhte Wachsamkeit bei klinisch tätigen Ärzten sowie Feintypsierungen des von Patienten isolierten Masernvirus sind erforderlich, um das Ende des Ausbruchsgeschehens zu erkennen.

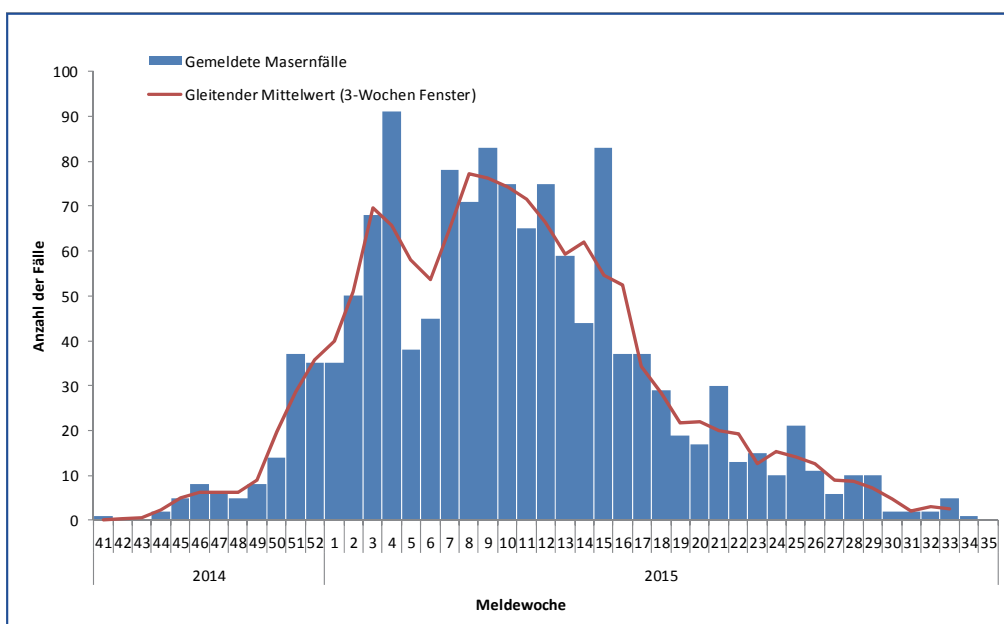


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der Masernfälle in Berlin seit 41. MW 2014 mit gleitendem Mittelwert (3-Wochen-Fenster) - nach Meldewoche (N=1.358, Stand 26.08.2015, 12.00 Uhr)

Quelle: LAGeSo

Bis auf Weiteres werden die Zahlen auf unserer Internetseite wöchentlich (jeweils montags) aktualisiert.

Link: [www.berlin.de/laqeso/gesundheit/gesundheitschutz/infektionsepidemiologie-infektionsschutz/](http://www.berlin.de/laqeso/gesundheit/gesundheitschutz/infektionsepidemiologie-infektionsschutz/)

Quelle: LAGeSo

Abb.: LAGeSo

## 4. Besondere Hinweise

### 4.1. Epidemiologisches Bulletin 34/2015

Das Epidemiologische Bulletin 34/2015 vom 24.08.2015 widmet sich in Gänze den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut mit Stand August 2015.

Die enthaltenen Kapitel befassen sich mit folgenden Themen:

- ▶ *Impfkalender*
- ▶ *Standardimpfungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen sowie Impfungen aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos oder aufgrund einer Reise*
- ▶ *Anmerkungen zu einzelnen Impfungen*
- ▶ *Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen*
- ▶ *Hinweise zu postexpositionellen Impfungen bzw. anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten*
- ▶ *Empfehlungen zu Nachholimpfungen*
- ▶ *Liste der STIKO-Empfehlungen und ihrer wissenschaftlichen Begründungen*

Download-Link des Epidemiologischen Bulletins:

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/34/Tabelle.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/34/Tabelle.html)

Einen Überblick zu den Aktualisierungen der STIKO-Empfehlungen finden Sie unter Punkt 5. Spezial.

Quelle: RKI

### 4.2. Saisonale Influenza 2015/2016

Das Paul-Ehrlich-Institut informiert aktuell zu den in Deutschland zugelassenen Impfstoffen und der Impfstoff-Stammzusammensetzung für die Influenza-Saison 2015/2016.

#### *Impfstoffe*

Die Stammzusammensetzung der Influenza-Impfstoffe muss jedes Jahr an die aktuelle epidemiologische Situation angepasst werden, weil sich die Eigenschaften der zirkulierenden Influenzaviren verändern. Die genaue Zusammensetzung wird jedes Jahr von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt. Diese Anpassung wird für jeden Impfstoff in einem Verfahren zur Änderung der Zulassung geprüft. Nach Genehmigung der Stamm-Anpassung erfolgt chargenweise die Prüfung und Freigabe der hergestellten Influenza-Impfstoffe durch das Paul-Ehrlich-Institut, die dann in den Handel gelangen und angewendet werden können.

#### *Impfstoff-Stammzusammensetzung 2015/2016*

Der Influenzaimpfstoff für die Saison 2015/2016 setzt sich gemäß der Empfehlungen der WHO und des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) aus den Antigenen weltweit zirkulierender Varianten folgender Viren zusammen:



- ▶A/California/07/2009 (H1N1) pdm 09-ähnlich
- ▶A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)-ähnlich
- ▶B/Phuket/3073/2013-ähnlich

Für quadrivalente Impfstoffe werden die Antigene der oben genannten Viren sowie eine Variante von B/Brisbane/60/2008 empfohlen.

A und B bezeichnen die Virustypen, der Ortsname bezieht sich auf den Ort der ersten Virusisolierung; die erste Ziffer gibt die Nummer des jeweils isolierten Stamms an, die zweite bezieht sich auf das Isolierungsjahr. Mit H und N werden die beiden wichtigsten Proteine der Virushülle Hämagglutinin und Neuraminidase abgekürzt, die Ziffer dahinter bezeichnet den aktuellen Hämagglutinin- bzw. Neuraminidase-Subtyp.

Diese Stammzusammensetzung weicht von der der Saison 2014/2015 ab.

*Weiterführende Links:*

Empfehlungen der Ständigen Impfkommision STIKO am Robert Koch-Institut:

[www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html)

Häufig gestellte Fragen zur saisonalen Influenzaimpfung beim Robert Koch-Institut:

[www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/faq\\_ges.html](http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/faq_ges.html)

Quelle: PEI

#### 4.3. Denguefieber: Autochthone Fälle in Frankreich

Im August wurden zwei lokal erworbene Infektionen aus Nîmes (Südfrankreich), einer Region in der der Vektor *Aedes albopictus* seit 2011 vorhanden ist, labor diagnostisch bestätigt. Seit 2010 wurden bereits sechs weitere Erkrankungen registriert. Vektorkontrollmaßnahmen werden in der Umgebung der neuen Fälle sowie an den von ihnen in der virämischen Phase besuchten Orten durchgeführt.

Quelle: CRM/RKI

#### 4.4. Chikungunya-Fieber: ECDC - Rapid Risk Assessment zum spanischen Fall

Das ECDC hat ein Rapid Risk Assessment zu dem spanischen Chikungunya-Fall veröffentlicht. Demnach ist die autochthone Weiterverbreitung des *Chikungunyavirus* in Europa durch den Vektor *Aedes albopictus* möglich. Allerdings ist die Weiterverbreitung an das Vorhandensein des Virus im Blut eines importierten Falles in Regionen, in denen der Vektor vorhanden ist, gebunden. Präventionsempfehlungen basieren auf Vektorkontrolle und dem persönlichen Schutz vor Mückenstichen.

Download-Link:

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/chikungunya-rapid-risk-assessment.pdf>.

Quelle: ECDC/RKI

#### 4.5. Poliomyelitis: Treffen des IGV-Notfallausschusses (Fortschreibung)

Zu dem in der 33. KW stattgefundenen 6. Treffen des IGV-Notfallausschusses zu *Poliomyelitis* ist nun ein Statement auf der Internetseite der WHO verfügbar:

[www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-polio-17-august-2015/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-polio-17-august-2015/en/).

Quelle: WHO/RKI

#### 4.6. Veranstaltungshinweis: Tag der offenen Tür im Bundesgesundheitsministerium

Das Bundesministerium für Gesundheit lädt für den 29. und 30. August 2015, jeweils von 10 bis 18 Uhr in die Berliner Friedrichstraße 108 ein. Beim "*Blick hinter die Kulissen*" erhalten die Besucher persönliche Einblicke in die Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und können auch persönlich mit der Leitung des Hauses ins Gespräch kommen.



Die fünf Behörden im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Robert Koch-Institut (RKI), das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) werden den Tag der offenen Tür der Bundesregierung nutzen, um sich und ihre unterschiedlichen Aufgabengebiete den Besucherinnen und Besuchern vorzustellen.

Weitere Informationen sowie den Programmflyer sind abrufbar über diesen Link:

[www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/tag-der-offenen-tuer-2015.html](http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/tag-der-offenen-tuer-2015.html)

Quelle:

Text/Abb: BMG

#### 4.7. Literaturhinweis: Neue Studie zur möglichen Akzeptanz der Impfpflicht

Eine neue Studie von Wissenschaftlern des Center for Empirical Research in Economics and Behavioral Sciences (CEREB) der Universität Erfurt und der RWTH Aachen hat mögliche Auswirkungen der Einführung einer teilweisen Impfpflicht auf die Impfbereitschaft der Bevölkerung untersucht. Sie ist jetzt unter dem Titel „*Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: experimental evidence*“ („Nachteilige Auswirkungen der Einführung einer teilweisen Impfpflicht: experimentelle Evidenz“) im „*European Journal of Public Health*“ erschienen.

Ziel der Studie war, herausfinden, was die Einführung einer teilweisen Impfpflicht für das gesamte Impfprogramm bedeuten würde, dies vor dem Hintergrund, dass die restlichen Impfungen freiwillig bleiben. In Deutschland geht es in aller Regel bei dem Begriff Impfpflicht um einen teilweisen Impfschutz für ganz bestimmte Erkrankungen. Beispielsweise wurde vor einigen Monaten diskutiert, "nur" die Masern-Mumps-Röteln-Impfung verpflichtend zu machen.

Zwei Versuchsgruppen haben die Wissenschaftler in ihrer Online-Studie untersucht. Die erste Gruppe wurde in einem ersten Schritt zu einer (fiktiven) Impfung verpflichtet und durfte sich im zweiten Schritt freiwillig für oder gegen eine Impfung entscheiden. In der zweiten Testgruppe wurde von vornherein auf Freiwilligkeit gesetzt.

Es zeigte sich, dass vor allem Personen mit negativer Einstellung gegenüber dem Impfen durch die Impfpflicht beeinflusst wurden: Deren Impfbereitschaft sank um ganze 39 Prozent im Vergleich zur Gruppe, in der beide Entscheidungen freiwillig waren. Die Wissenschaft spricht hier von „psychologischer Reaktanz“, die dazu führt, dass sich Personen, deren Entscheidungsfreiheit eingeschränkt wird, diese bei der nächsten Gelegenheit

„zurückholen“. Eine Einführung einer teilweisen Impfpflicht könnte demnach paradoxe Effekte haben.

Die Wissenschaftler resümieren, dass eine sinnvolle und gute Impfaufklärung der Bevölkerung effektiver wäre als die Einführung der Impfpflicht – vor allem einer nur teilweisen.

Die Studie ist erschienen unter:

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2015/08/19/eurpub.ckv154>

Quelle: IDW

#### 4.8. Steckbrief: Hepatitis E-Erkrankungen

Aufgrund des ansteigenden Langzeittrends und der deutlich erhöhten Fallzahlen von *Hepatitis E*-Erkrankungen in Berlin in diesem Jahr haben wir Informationen in kompakter Form zur Erkrankung tabellarisch zusammengestellt (*siehe nächste Seite*).

Dieser „Steckbrief“ erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Er dient der Bereitstellung von Hintergrundinformationen für die bezirklichen Gesundheitsämter, um sie bei ihren gesetzlichen Aufgaben im Infektionsschutz zu unterstützen.

*Der Steckbrief Hepatitis E-Erkrankungen steht in UMINFO BERLIN als separates Dokument zum Download zur Verfügung.*

Quelle: LAGeSo







## Steckbrief: Hepatitis E-Erkrankungen

<b>Erreger</b>	Hepatitis E-Virus (HEV), unbehülltes Plusstrang- RNA-Virus aus der Familie der Hepeviridae.
<b>Subtypen</b>	Vier humanpathogene Genotypen, in D vorwiegend Genotyp III.
<b>Verbreitung</b>	Weltweit, Genotyp III (IV) v.a. in Europa und Amerika, Genotyp I / II v.a. in Afrika, Asien.
<b>Vorkommen in D</b>	- Gemeldet werden v.a. autochton erworbene Einzelerkrankungen ohne erkennbare Saisonalität bei Erwachsenen. Ca. 2/3 männlich. - Inzidenz gering (0,8 Erkrankungen / 100.000 Einwohner). - Stetige Zunahme autochtoner Fälle seit 2007. - Seroprävalenz bei Deutschen Erwachsenen 17%, mit dem Alter ansteigend.
<b>in Berlin</b>	Anstieg seit 2010 erkennbar, Inzidenz nur etwa halb so hoch wie für Gesamt-D.
<b>Inkubationszeit</b>	<b>15-64 Tage</b> (26-42 Tage in Ausbrüchen).
<b>Zur Klinik</b>	Nach kurzem Prodromalstadium, Bild einer akuten Hepatitis, die mehrere Wochen anhalten kann (keine Unterscheidung zwischen HEV- und HAV-Infektionen möglich). Verlauf bei immunkompetenten Menschen i.d.R. selbstlimitierend, häufig asymptomatisch.
<b>Diagnostik</b>	- Serologisch (ELISA, Immunoblot) für alle Genotypen. - Virale RNA kann mittels PCR-Techniken ab der späten Inkubationsphase bis ca. 2-4 Wochen nach Beginn klinischer Symptome im Blut bzw. ca. 6-8 Wochen im Stuhl nachgewiesen werden.
<b>Reservoir (in D)</b>	Hauschwein (hoher Anteil seropositiv, asymptomatisch), Wildschwein. Porzines HEV gehört zum Genotyp III.
<b>Übertragung</b>	V. a. <b>fäkal-oral</b> , durch kontaminierte Blutprodukte (selten), vertikal von der Mutter auf das Kind (selten). In D erworbene Erkrankungen wahrscheinlich vorwiegend <b>über kontaminierte Lebensmittel</b> , Kontaktinfektionen möglich.
<b>Risikofaktoren (in D)</b>	Verzehr von Innereien (z.B. Schweineleber) und von Wildschweinfleisch in einer Fall-Kontroll-Studie in D als Risikofaktor identifiziert.
<b>Prävention</b>	Gemäß dem BfR scheint ein gleichmäßiges und vollständiges Durcherhitzen der Lebensmittel vor dem Verzehr geeignet, das Risiko einer viralen Lebensmittel-infektion deutlich zu reduzieren. Eine Impfung steht in Europa nicht zur Verfügung.
<b>Meldepflicht</b>	- Direkter (mittels PCR-Techniken) oder indirekter (serologischer) Nachweis einer akuten Hepatitis E-Infektion (§7 IfSG, Abs.1). - Krankheitsverdacht, Erkrankung sowie Tod an akuter Hepatitis (§ 6 IfSG, Abs.1).
<b>Übermittlungskategorien</b>	Falldefinitions-kategorien B, C, D, E (Referenzdefinition B und C).
<b>Kommentar</b>	In Deutschland wahrscheinlich vor allem eine Zoonose. Abweichende Epidemiologie in Ländern, in denen Genotyp I und II dominieren, für die der Mensch das Reservoir ist (z.B. Wasser-übertragene Infektionen).



## Steckbrief: Hepatitis E-Erkrankungen (Fortsetzung)

<b>Verwendete Abkürzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BfR: Bundesinstitut für Risikobewertung.</li> <li>- D: Deutschland.</li> <li>- ELISA: Enzyme-linked immunosorbent assay.</li> <li>- HAV: Hepatitis A-Virus.</li> <li>- HEV: Hepatitis E-Virus.</li> <li>- IfSG: Infektionsschutzgesetz.</li> <li>- PCR: Polymerase-Kettenreaktion.</li> <li>- RNA: Ribonukleinsäure.</li> <li>- RKI: Robert Koch-Institut.</li> </ul>
<b>Referenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wichmann, Schimanski, et al. J Infect Dis. 2009. (<a href="http://jid.oxfordjournals.org/content/198/12/1732.full.pdf+html">http://jid.oxfordjournals.org/content/198/12/1732.full.pdf+html</a>)</li> <li>- Faber, Wenzel, et al. Emerg Infect Dis., 2012. (<a href="http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/18/10/pdfs/11-1756.pdf">http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/18/10/pdfs/11-1756.pdf</a>)</li> <li>- Heymann: Control of Communicable Disease Manual, 20<sup>th</sup> edition. APHA Press.</li> <li>- BfR: Verbrauchertipps: Schutz vor viralen Lebensmittelinfektionen. (<a href="http://www.bfr.bund.de/cm/350/verbrauchertipps-schutz-vor-viralen-lebensmittelinfektionen.pdf">http://www.bfr.bund.de/cm/350/verbrauchertipps-schutz-vor-viralen-lebensmittelinfektionen.pdf</a>)</li> <li>- RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2014. (<a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2014.pdf_blob=publicationFile">http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2014.pdf_blob=publicationFile</a>)</li> <li>RKI: Epid Bull 15/15: Hepatitis E-Infektionen aus virologischer Sicht. (<a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/15_15.pdf?_blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/15_15.pdf?_blob=publicationFile</a>)</li> </ul>
<b>Stand</b>	26.08.2015
<b>Verfasser</b>	Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz. LAGeSo, Turmstraße 21, 10559 Berlin.

## 5. Spezial

### Neue Impfeempfehlungen der STIKO veröffentlicht

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut hat ihre aktuellen Impfeempfehlungen im Epidemiologischen Bulletin 34/2015 veröffentlicht. Änderungen gibt es beim Impfschema für die Pneumokokken-Impfung im Säuglings- und Kleinkindalter, bei der Meningokokken-B-Impfung, bei der Gelbfieberimpfung und der passiven Immunisierung gegen Windpocken.

Die ausführlichen wissenschaftlichen Begründungen erscheinen in den Bulletin-Ausgaben 35, 36 und 37. Zudem hat die STIKO die Masern-Impfeempfehlungen redaktionell überarbeitet. Impfindikationen für bestimmte Situationen (zum Beispiel Ausbruchsgeschehen, Aufnahme in eine Kita) wurden bisher nur im Fließtext erwähnt und sind nun in den Tabellen 2 und 3 der Empfehlungen detailliert aufgelistet.

Bei der Pneumokokken-Impfung sollen Säuglinge zukünftig drei statt bisher vier Impfstoffdosen eines Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs erhalten, im Alter von zwei, vier und 11-14 Monaten (sogenanntes 2+1-Impfschema, zwei Grundimmunisierungen plus eine Auffrischung). Für die bestmögliche Wirksamkeit der Impfung sollen die einzelnen Impfstoffdosen unbedingt im jeweils empfohlenen Alter gegeben werden. Dies gilt auch für die letzte Dosis im Alter von 11-14 Monaten, die für die Aufrechterhaltung des individuellen Impfschutzes und für den Herdenschutz ausschlaggebend ist. Das 2+1-Schema hat den Vorteil, dass Säuglinge im Alter von drei Monaten eine Impfung weniger benötigen. Neue Daten zur Wirksamkeit des

Abbildung 4a  
Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 | Robert Koch-Institut | 329

Table 1: Impfkalendar (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren					
	6	2	3	4	11–14	15–23	2–4	5–6	9–14	15–17	ab 18	ab 60
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) <sup>e</sup>	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) <sup>e</sup>	
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) <sup>e</sup>	
Hib H. influenzae Typ b		G1	G2 <sup>c</sup>	G3	G4	N	N					
Poliomyelitis		G1	G2 <sup>c</sup>	G3	G4	N	N		A1		ggf. N	
Hepatitis B		G1	G2 <sup>c</sup>	G3	G4	N		N				
Pneumokokken <sup>a</sup>		G1		G2	G3	N						S <sup>g</sup>
Rotaviren	G1 <sup>b</sup>	G2	(G3)									
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)			N				
Masern					G1	G2		N			S <sup>f</sup>	
Mumps, Röteln					G1	G2		N				
Varizellen					G1	G2		N				
Influenza												S (jährlich)
HPV Humane Papillomviren								G1 <sup>d</sup>	G2 <sup>d</sup>	N <sup>d</sup>		

**Erläuterungen**

G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)

A Auffrischimpfung

S Standardimpfung

N Nachholimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen  
b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.  
c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.  
d Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9–13 bzw. 9–14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) mit 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, bei Nachholimpfung im Alter > 13 bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 6 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).  
e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.  
f Einmalige Impfung für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, mit einem MMR-Impfstoff  
g Einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff

Abb.: Impfkalendar (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.  
Veröffentlicht im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34/2015 v. 24.08.2015, S. 329

Quelle: RKI

kürzeren Impfschemas hatten die Änderung möglich gemacht. Für Frühgeborene (Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche) wird unverändert das 3+1-Schema empfohlen, da in der Impfstoff-Zulassung die Anwendung des kürzeren Impfschemas bislang auf Reifgeborene beschränkt ist. Frühgeborene sollen demnach wie bisher vier Impfstoffdosen im Alter von zwei, drei, vier und 11-14 Monaten erhalten.

Primäres Impfziel der universellen Kinderimpfung gegen Pneumokokken ist es weiterhin, die Zahl invasiver Pneumokokken-Erkrankungen (Erreger in normalerweise sterilen Körperflüssigkeiten) und die daraus entstehenden Folgen wie Hospitalisierung, Behinderung und Tod zu reduzieren. Es gibt geschätzte elf Fälle pro 100.000 Kinder im Alter unter fünf Jahren. Gegen Meningokokken der Serogruppe B ist seit Dezember 2013 ein Impfstoff in Deutschland verfügbar. Die STIKO hält die bisherigen Studienergebnisse und die daraus resultierende Evidenz noch nicht ausreichend für eine Entscheidung über eine generelle Impfempfehlung. Allerdings empfiehlt die STIKO zukünftig für Personen mit spezifischen Grundkrankheiten eine Impfung gegen Meningokokken B (Indikationsimpfung). Da das Risiko an einer invasiven Meningokokken-B-Infektion zu erkranken je nach Grundkrankheit unterschiedlich hoch ist, sollte die Entscheidung für eine Meningokokken-B-Impfung nach individueller Risikoabschätzung getroffen werden.

Bei der Gelbfieberimpfung empfiehlt die STIKO aufgrund der Änderungen in den internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) keine Auffrischimpfung mehr. Die Änderung wurde möglich, nachdem in den vergangenen Jahren mehrere Studien auf einen lebenslangen Impfschutz nach einmaliger Gelbfieberimpfung hingewiesen haben.

Varizella-Zoster-Immunglobuline sind bei fehlender Immunität gegen das Varizella-Zoster-Virus wichtig, wenn ein erhöhtes Risiko für eine schwere Windpocken-Infektion besteht und nicht mit dem Lebendimpfstoff geimpft werden konnte. Hier hat die STIKO ihre Empfehlung erweitert, hinsichtlich des Personenkreises (Frühgeborene mit Kontakt zum Erreger) und des Zeitraums der Anwendung (bis zu 10 Tage nach Erregerkontakt).

*Bezugsmöglichkeiten der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (Epid. Bull. 34/2015)*

- ▶ *Einzelexemplare können beim RKI zu folgenden Bedingungen angefordert werden: kostenfrei bis zu zwei Exemplare nach Einsenden eines adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages für das Format A4,*
- ▶ *mehr als zwei Exemplare nach Bestellung (schriftlich) gegen Rechnung zum Stückpreis von 0,50 Euro.*
- ▶ *Bestelladresse:  
Robert Koch-Institut, Kennwort „STIKO-Empfehlungen“, Nordufer 20, 13353 Berlin.*

*Die Impfempfehlungen der STIKO sind auch im Internet abrufbar unter [www.stiko.de](http://www.stiko.de), in englischer Sprache unter [www.stiko.de/en](http://www.stiko.de/en).*

*Quelle: RKI*

## 6. Tabellen (Datenstand: 26.08.2015 - 12:00 Uhr)

### 6.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen<sup>1</sup> und Inzidenzen<sup>2</sup>)

<sup>1/2/3/4/5</sup> Erläuterungen am Ende der folgenden Seite

Krankheit bzw. Infektionserreger	Berichtswoche			kumulativ 2015			kumul. 2014
	Fallzahl	Inzidenz	Todesfälle	Fallzahl	Inzidenz	Todesfälle	Fallzahl
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	0	0,00	0	2	0,06	0	11
Borreliose <sup>3</sup>	18	0,51	0	344	9,78	0	433
Botulismus	0	0,00	0	1	0,03	0	0
Brucellose	0	0,00	0	0	0,00	0	4
Campylobacter-Enteritis	44	1,25	0	2.017	57,34	1	1.847
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,00	0	1	0,03	1	7
Clostridium difficile	2	0,06	1	99	2,81	44	80
Denguefieber	0	0,00	0	27	0,77	0	38
Diphtherie	0	0,00	0	1	0,03	0	0
EHEC-Erkrankung	1	0,03	0	51	1,45	0	53
FSME (Frühsummer-Meningoenzephalitis)	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Giardiasis	4	0,11	0	209	5,94	0	231
Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung	0	0,00	0	17	0,48	0	21
Hepatitis A	3	0,09	0	24	0,68	0	19
Hepatitis B	0	0,00	0	40	1,14	0	52
Hepatitis C	11	0,31	0	277	7,88	0	373
Hepatitis D	0	0,00	0	2	0,06	0	1
Hepatitis E	2	0,06	0	41	1,17	0	17
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	1	0,03	0	2	0,06	0	1
Influenza	0	0,00	0	3.118	88,64	1	461
Keuchhusten <sup>4</sup>	4	0,11	0	426	12,11	0	463
Kryptosporidiose	0	0,00	0	73	2,08	0	72
Legionellose	1	0,03	0	65	1,85	5	42
Leptospirose	0	0,00	0	4	0,11	0	6
Listeriose	0	0,00	0	8	0,23	0	17
Masern	1	0,03	0	1.237	35,17	1	11
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,00	0	9	0,26	2	16
MRSA, invasive Infektion	10	0,28	1	187	5,32	7	189
Mumps <sup>4</sup>	0	0,00	0	30	0,85	0	39
Norovirus-Gastroenteritis <sup>5</sup>	13	0,37	0	1.928	54,81	0	2.015
Paratyphus	0	0,00	0	1	0,03	0	3
Q-Fieber	0	0,00	0	3	0,09	0	3
Rotavirus-Gastroenteritis	8	0,23	0	1.255	35,68	0	1.255
Röteln, postnatal <sup>4</sup>	0	0,00	0	5	0,14	0	3
Salmonellose	9	0,26	0	297	8,44	0	433
Shigellose	1	0,03	0	42	1,19	0	53
Tuberkulose	3	0,09	0	219	6,23	12	240
Tularämie	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Typhus abdominalis	0	0,00	0	7	0,20	0	1
VHF (Chikungunya)	0	0,00	0	12	0,34	0	8
Yersiniose	0	0,00	0	42	1,19	0	47
Summe	136		2	12.123		74	8.565

## 6.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche (Fallzahlen<sup>1</sup>)

Krankheit bzw. Infektionserreger	01 Mitte	02 Friedrichshain-Kreuzberg	03 Pankow	04 Charlottenburg-Wilmersdorf	05 Spandau	06 Steglitz-Zehlendorf	07 Tempelhof-Schöneberg	08 Neukölln	09 Treptow-Köpenick	10 Marzahn-Hellersdorf	11 Lichtenberg	12 Reinickendorf	Summe
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Borreliose <sup>1</sup>	15	26	60	16	12	44	38	18	30	53	14	18	344
Botulismus	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Campylobacter-Enteritis	178	150	242	205	124	199	220	174	113	134	128	150	2.017
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Clostridium difficile	10	3	10	4	6	11	9	7	12	9	11	7	99
Denguefieber	4	7	4	0	0	2	2	2	2	3	1	0	27
Diphtherie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EHEC-Erkrankung	6	5	0	8	2	7	7	5	2	4	3	2	51
Giardiasis	29	34	26	15	8	12	23	30	12	5	7	8	209
Haemophilus influenzae, inv. Erkr.	2	0	0	1	3	1	2	5	0	2	0	1	17
Hepatitis A	6	2	2	0	1	1	3	6	1	0	0	2	24
Hepatitis B	10	6	2	4	3	3	2	3	0	1	3	3	40
Hepatitis C	41	28	25	23	11	32	12	27	14	8	5	51	277
Hepatitis D	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Hepatitis E	5	2	6	2	2	4	5	6	2	0	4	3	41
HUS (Hämol.-urämisches Syndrom)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Influenza	273	169	556	351	149	349	356	209	163	145	127	271	3.118
Keuchhusten <sup>4</sup>	25	38	78	26	15	38	36	29	54	36	22	29	426
Kryptosporidiose	13	13	8	7	1	3	10	9	1	1	3	4	73
Legionellose	6	4	1	7	1	9	6	10	0	4	2	15	65
Leptospirose	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4
Listeriose	0	3	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	8
Masern	148	169	134	59	63	43	115	174	66	63	67	136	1.237
Meningokokken, inv. Erkrankung	3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	9
MRSA, invasive Infektion	18	10	21	15	17	18	19	20	10	15	8	16	187
Mumps <sup>4</sup>	5	3	3	3	1	0	3	2	3	4	2	1	30
Norovirus-Gastroenteritis <sup>5</sup>	111	67	267	136	81	355	217	175	115	83	112	209	1.928
Paratyphus	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q-Fieber	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Rotavirus-Gastroenteritis	60	59	89	72	65	183	136	169	134	167	48	73	1.255
Röteln	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	5
Salmonellose	23	18	31	18	15	40	33	33	16	35	16	19	297
Shigellose	9	5	7	6	0	1	5	6	2	0	1	0	42
Tuberkulose	22	11	14	19	18	9	19	16	12	4	64	11	219
Typhus abdominalis	1	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	7
Virale hämorrhagische Fieber	2	1	2	0	1	2	3	0	0	0	0	1	12
Yersiniose	2	3	3	4	2	5	7	3	2	4	3	4	42
Summe	1.028	840	1.594	1.002	602	1.373	1.294	1.144	769	786	653	1.038	12.123

<sup>1</sup> Veröffentlichung der Fälle entsprechend Referenzdefinition des RKI (U. a. weichen wegen noch nicht erfolgter Freigabe durch das RKI die Fallzahlen von den beschriebenen Einzelfällen ab)

<sup>2</sup> Die angegebenen Inzidenzen sind berechnet als Fallzahl pro 100.000 Einwohner. Dabei wird die Einwohnerzahl Berlins von **3.517.424** mit Stand vom **31.12.2013** zugrunde gelegt. (Datenquelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg)

<sup>3</sup> Arzt- und Labormeldepflicht in Berlin seit **07.04.2013** (vorher nur Arztmeldepflicht) / <sup>4</sup> Meldepflicht seit **29.03.2013**

<sup>5</sup> Angegeben sind nur labordiagnostisch bestätigte Fälle (ohne aggregierte Daten)

### 6.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

Rangfolge der in 2015 gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. Serogruppen, kumuliert bis einschließlich der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

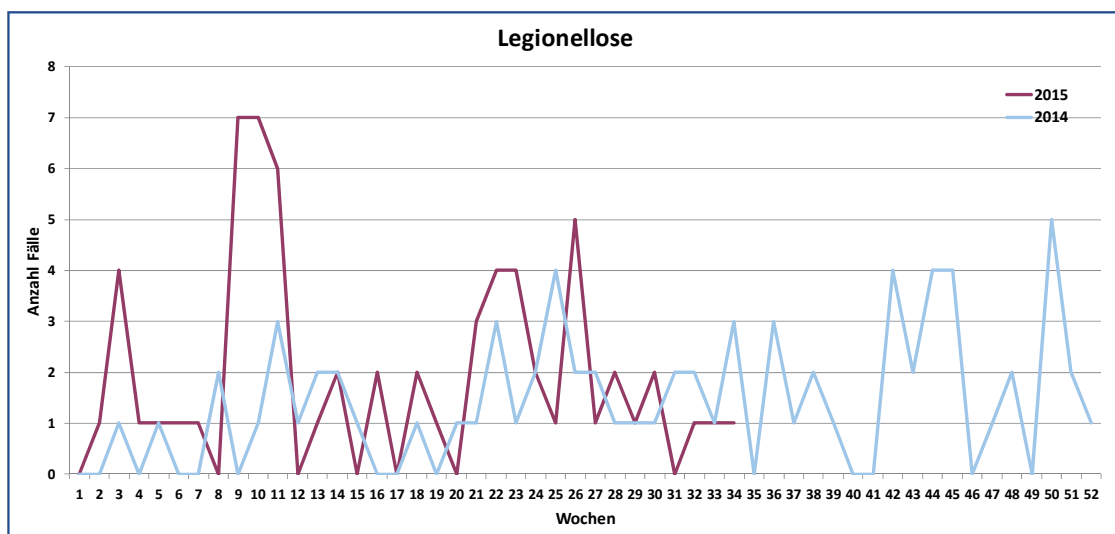
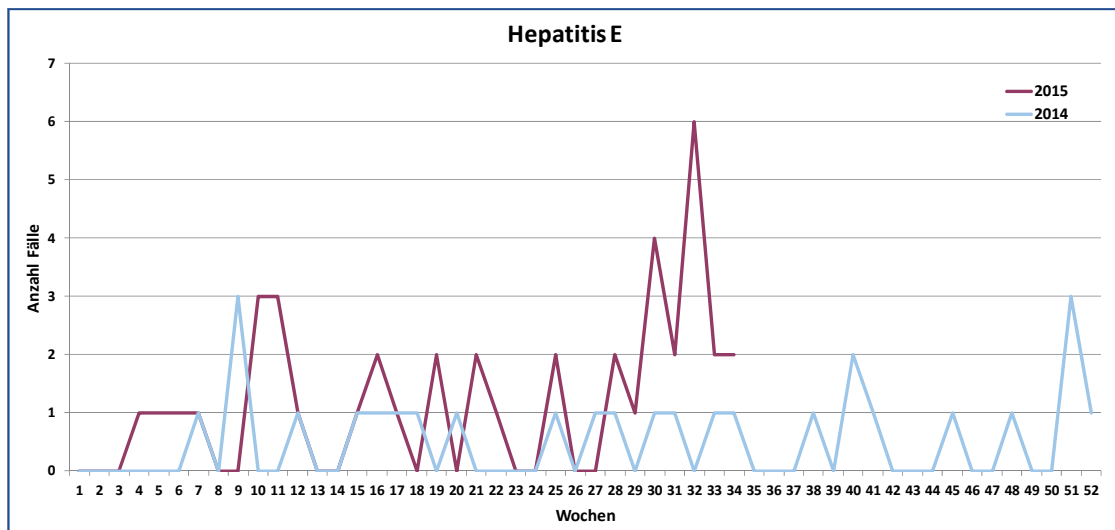
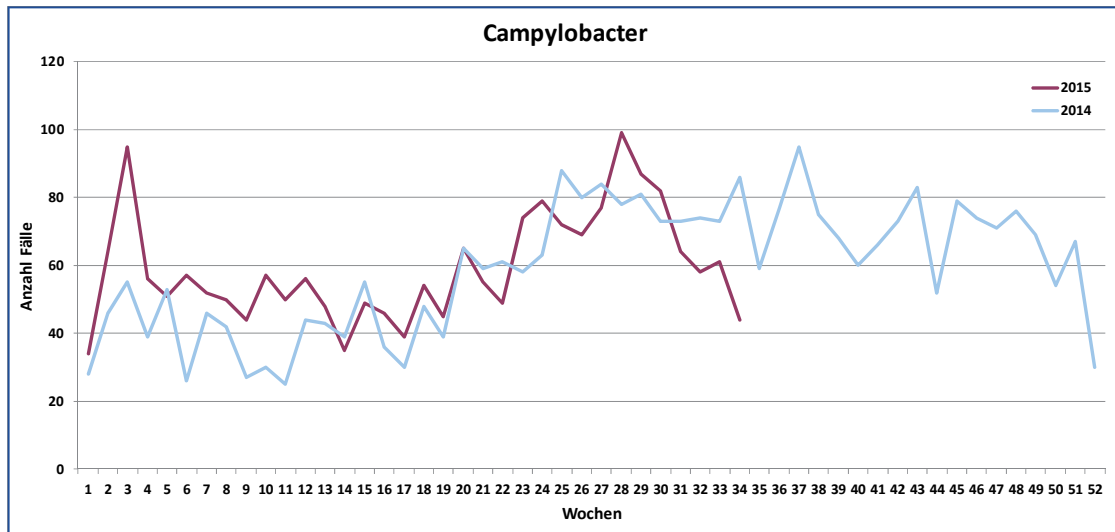
Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Gruppe	n 2015	Anteil %	n 2014	Anteil %
1	S.Enteritidis	D1	64	21,5%	70	16,2%
2	S.Typhimurium	B	58	19,5%	137	31,6%
3	Salmonella der Gruppe B		44	14,8%	51	11,8%
4	Salmonella der Gruppe D1		21	7,1%	16	3,7%
5	Salmonella der Gruppe C1		19	6,4%	11	2,5%
6	S.Infantis		11	3,7%	12	2,8%
7	S.Derby		10	3,4%	45	10,4%
8	S.Agona		4	1,3%	5	1,2%
9	S.Virchow		4	1,3%	3	0,7%
10	S.Bovismorbificans		3	1,0%	2	0,5%
11	andere Serovare*		37	12,5	52	11,0
	ohne / nicht eindeutige Angabe		1	0,3	16	3,7
	Serovar nicht ermittelbar		21	7,1	13	3,0
	gesamt		297	100,0	433	100,0

\* In der Kategorie „andere Serovare / Gruppen“ werden Serovare, die bisher nur weniger als dreimal nachgewiesen wurden, und andere nicht häufige Gruppen zusammengefasst.

### Rangfolge der gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. -gruppen in der Berichtswoche

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Fallzahl
1	S.Enteritidis (D1)	4
2	S.Typhimurium (B)	1
3	S.Infantis	1
4	S.Oranienburg	1
5	Salmonella der Gruppe B	1
	-nicht ermittelbar-	1
	gesamt	9

## 7. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen 2015 mit Vorjahresvergleich (Datenstand: 26.08.2015 - 12:00 Uhr)





## 7. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen 2015 mit Vorjahresvergleich (Datenstand: 26.08.2015 - 12:00 Uhr)

