



Epidemiologisches Bulletin

7. Dezember 2009 / Nr. 49

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland Syphilis in Deutschland im Jahr 2008

Nach der Einführung einer Labormeldepflicht für Syphilis-Diagnosen durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Jahr 2001 stieg die Zahl der an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldeten Infektionen zunächst von 1.697 im Jahr 2001 auf 3.352 im Jahr 2004 an. Der Anstieg beschränkte sich auf Männer (2001: 1.379 Fälle, 2004: 3.027 Fälle), während die Zahl der gemeldeten Infektionen bei Frauen sich seit dem Jahr 2001 nur wenig verändert hat (300 ± 30 Fälle pro Jahr). Seit dem Jahr 2004 stabilisieren sich die Meldezahlen für Syphilis bundesweit auf einem Niveau zwischen 3.000 und 3.500 pro Jahr. Im Jahr 2008 wurden dem RKI 3.172 Syphilis-Fälle gemeldet, die der Referenzfalldefinition entsprechen.

Geografische Verteilung

Bundesweit erreichte die Syphilis-Inzidenz im Jahr 2008 einen Wert von 3,9 Fällen pro 100.000 Einwohner. Zunahmen der Inzidenz im Vergleich zum Vorjahr wurden 2008 in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Bremen und Hamburg registriert, in allen anderen Bundesländern ging die Zahl der Meldungen – z.T. deutlich – zurück oder blieb unverändert (Thüringen). Die Anstiege in Berlin und Hamburg waren erheblich: Verglichen mit dem Jahr 2007 stieg die Zahl der gemeldeten Fälle in Berlin um 44 %, in Hamburg um 33 %.

Abrupte Inzidenzsteigerungen („Ausbrüche“ *) wurden im Jahr 2008 in den Bundesländern bzw. Regierungsbezirken Berlin, Arnsberg, Karlsruhe, Oberbayern (Januar 2008), Münster, Stuttgart (Februar 2008), Berlin, Darmstadt (April 2008), Oberbayern (Mai 2008), Hamburg, Detmold (Juni 2008), Freiburg (Juli 2008), Düsseldorf, Stuttgart (August 2008), Oberbayern (September 2008), Münster (Oktober 2008) sowie im Regierungsbezirk Unterfranken (November 2008) beobachtet.

Diese Inzidenzsteigerungen betrafen ausschließlich Männer und waren in vielen Fällen vorübergehend. Die höchsten Inzidenzen wurden 2008 in den Stadtstaaten Berlin (19,1) und Hamburg (11,1) registriert. Nur in Bremen (4,7) und in Nordrhein-Westfalen (4,2) erreichte die Inzidenz ebenfalls höhere Werte als im Bundesdurchschnitt. Es folgten Sachsen, Hessen und Bayern mit Inzidenzen von jeweils über 3 Fällen pro 100.000 Einwohner. In Niedersachsen, Brandenburg, Baden-Württemberg, im Saarland, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt erreichte die Syphilis-Inzidenz Werte zwischen 2,1 und 2,4 Fällen pro 100.000 Einwohner. Eine Inzidenz von weniger als 2 Fällen pro 100.000 Einwohner wiesen lediglich die Bundesländer Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen auf.

Vergleichsweise hohe Inzidenzen von über 10 Fällen pro 100.000 Einwohner waren außer in Berlin und Hamburg auch in den Städten Köln (17,9), München (16,0), Frankfurt (15,8), Aachen (12,7), Stuttgart (10,4) und Mannheim (10,3) zu verzeichnen.

* Ausbruchsdefinition: Im entsprechenden Monat gemeldeter Wert ist \geq Mittelwert + 2 x Standardabweichung (und > oberer Grenzwert der Poissonverteilung für Werte < 21) der vorangegangenen 6 Monate.

Diese Woche 49/2009

Syphilis

Situation in Deutschland 2008

Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI

Mitteilung zur Impfung gegen Pneumokokken bei Kindern unter 24 Monaten

Konsiliarlaboratorien Neuernennungen

Hinweise auf Veranstaltungen

- ▶ 2. Erfahrungsaustausch der Netzwerke gegen MRSA/MRE
- ▶ Weiterbildung im Bereich Krankenhaushygiene in Berlin

Public Health

Jodmonitoring im Rahmen von DEGS

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen September 2009 (Datenstand: 1.12.2009)
- ▶ Aktuelle Statistik 46. Woche 2009 (Datenstand: 2.12.2009)

ARE/Influenza, Neue Influenza

Zur Situation in der 48. Woche 2009



Demografische Verteilung

Der Anteil der Fälle bei Frauen sank auf 7% und erreichte damit den niedrigsten Wert seit Einführung der veränderten Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz 2001. Im Jahr 2001 lag der Frauenanteil bei den Syphilis-Meldungen noch bei 16%. Entsprechend lag die Syphilis-Inzidenz bei Männern mit 7,3 Fällen pro 100.000 Einwohner 12-mal höher als bei Frauen mit 0,6.

Der Gipfel der Inzidenz wurde bei Männern in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (16,8) erreicht, aber auch die Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen (15,0) und der 25- bis 29-Jährigen (13,3) waren ähnlich stark betroffen.

Bei Frauen wurde der Gipfel der Inzidenz in den Altersgruppen der 25- bis 29-Jährigen (2,0) erreicht, gefolgt von den Altersgruppen der 20- bis 24-Jährigen (1,5) und der 30- bis 39-Jährigen (1,4).

Verteilung nach Infektionsregionen

Für 2.458 Fälle (77%) lagen Angaben zum Infektionsland vor; bei 94% dieser Fälle wurde Deutschland angegeben. Die am häufigsten genannten ausländischen Infektionsländer waren in Westeuropa Spanien und Italien, in Zentral- und Osteuropa die Russische Föderation, Kasachstan, die Tschechische Republik und Polen sowie in Übersee Brasilien und Thailand.

Ein heterosexuelles Übertragungsrisiko überwog in Zentral- und Osteuropa, während die meisten in Westeuropa, Lateinamerika und Südostasien erworbenen Infektionen auf sexuelle Kontakte zwischen Männern zurückzuführen waren.

Verteilung nach Infektionsrisiko

Angaben zum Infektionsrisiko lagen für 77% der Meldungen vor. Bei diesen Meldungen stieg der Anteil der Fälle, die vermutlich über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen wurden, auf 82% an. Der Anteil der bei Heterosexuellen diagnostizierten Fälle ging entsprechend von 20% (2007) auf 18% zurück. Unter der Annahme, dass diese Verteilung für alle Fälle zutrifft, werden mindestens 4 von 5 aller in Deutschland gemeldeten Syphilis-Fälle über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen (s. Abb. 1).

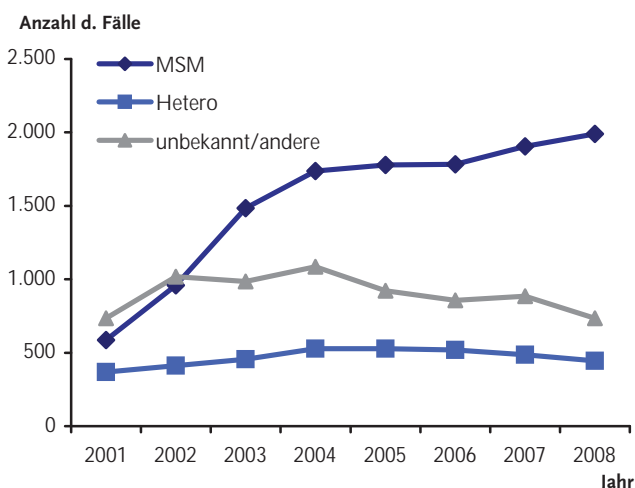


Abb. 1: An das RKI gemeldete Syphilis-Fälle nach Übertragungsrisiko (n=23.426), Deutschland, 2001 bis 2008

Eine überdurchschnittlich hohe Syphilis-Inzidenz bei Frauen bzw. Häufungen gemeldeter heterosexueller Übertragungen wurden in Hamburg, in und um Bremen, in den Regionen Leipzig, Dresden, Köln, Hamm, Bielefeld, Osnabrück und Hannover registriert.

Der ursprünglich mit Prostitution assoziierte Ausbruch in der Region Aachen, der bereits im Jahr 2004 begonnen hatte, setzte sich 2008 bereits im fünften Jahr in Folge fort und stellt vermutlich die Hauptursache dafür dar, dass Aachen die Stadt mit der fünfthöchsten Syphilis-Inzidenz in Deutschland war.

Die Zahl der bei Neugeborenen bzw. Kindern diagnostizierten Fälle von **konnataler Syphilis** lag in den Jahren 2001 bis 2004 gleichbleibend bei 7 Fällen pro Jahr. Im Jahr 2005 wurden 4 Fälle bei Neugeborenen gemeldet, 2006 waren es 5 Fälle. Im Jahr 2007 wurden lediglich noch 3 Fälle einer konnatalen Syphilis berichtet und im Jahr 2008 nur noch 2, davon nur ein Fall bei einem Neugeborenen. Der Rückgang konnataler Syphilis-Fälle geht einher mit einer sinkenden Zahl von Infektionen bei Frauen und einer geringeren werdenden Bedeutung heterosexueller Übertragungen sowie aus Ost- und Zentraleuropa importierter Syphilis-Infektionen.

Insgesamt spricht die niedrige Zahl konnataler Syphilis-Fälle für die hohe Wirksamkeit des Syphilis-Screenings bei den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.

Syphilis bei Heterosexuellen

Die Zahl der Syphilis-Meldungen mit Angabe einer heterosexuellen Übertragung zeigt in den letzten 2–3 Jahren eine eher fallende Tendenz. Verknüpfungen mit heterosexuellen Syphilis-Epidemien in Ost- und Südosteuropa – entweder als Infektions- oder Herkunftsregion – nehmen zahlenmäßig ab.

Als Quelle für heterosexuelle Übertragungen scheinen in den letzten Jahren vermehrt bisexuelle Männer eine Rolle zu spielen. Ein Indiz dafür ist die parallel bei weiblichen Syphilis-Fällen und bei MSM zu beobachtende Veränderung der Alterszusammensetzung: In beiden Gruppen nimmt der Anteil der über 40-Jährigen zu.

Syphilis-Übertragungen bei gewerblichem Sex spielen, soweit dies an Hand der Meldedaten beurteilt werden kann, eine gleichbleibend geringe Rolle. Erfahrungsgemäß muss jedoch mit einer Untererfassung dieses Übertragungsweges gerechnet werden.

Im Rahmen der bekannten und mehrfach berichteten Fallhäufung von Syphilis-Meldungen mit vermutlich heterosexuellem Übertragungsweg in der Region Aachen wurden im Jahr 2008 insgesamt knapp 50 Fälle gemeldet, bei denen entweder kein Risiko oder andere Risiken als gleichgeschlechtliche Sexualkontakte zwischen Männern (MSM) als Infektionsrisiko angegeben waren. Es handelte sich um 29 Männer und 16 Frauen. Zwar dürften sich unter den Männern noch einige Fälle befinden, in denen ein tatsächlich vorhandenes MSM-Risiko nicht angegeben wurde,

man muss aber davon ausgehen, dass ein großer Teil der Fälle nach wie vor in einem Zusammenhang mit dem erstmals 2004 beobachteten Syphilis-Ausbruch steht, der sich seinerzeit in der Straßenprostitutionsszene in Aachen ereignete.

Syphilis bei MSM

In der Gruppe der MSM hat sich offenbar seit dem Jahr 2004 ein neues Endemieniveau etabliert, welches sich von einem sehr niedrigen Stand der Syphilis-Zirkulation Ende der 1990er Jahre aus entwickelt hat. Dieses neue Endemieniveau konnte sich vermutlich etablieren durch die (Re-)Konstitution einer Kerngruppe von Männern, innerhalb derer die Syphilis sehr intensiv zirkuliert. Diese intensive Zirkulation spiegelt sich in einer hohen Rate von Syphilis-Reinfektionen wider (v. a. in Großstädten, > 50 % der Meldungen mit diesbezüglicher Einschätzung durch den behandelnden Arzt).

Bei den Meldungen aus den Großstädten Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt liegt der Anteil der Meldungen mit ärztlicher Beurteilung, bei denen die Meldung als eine Reinfektion eingestuft wird, mittlerweile bei über 50 % (s. Abb.2). Dies unterstreicht die Bedeutung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen, zum einen um den Erfolg einer Therapie zu dokumentieren, zum anderen um Reinfektionen möglichst rasch zu entdecken.

Begünstigt wird die intensive Syphilis-Zirkulation in einer zahlenmäßig begrenzten Teilgruppe von MSM durch die Adaptation von HIV-Serosorting (Entscheidung über Kondomgebrauch auf der Grundlage von HIV-Serostatuskonkordanz oder -diskordanz) als Risikomanagementstrategie. Somit können sich in sexuellen Netzwerken mit rasch wechselnden Partnern, in denen bei HIV-Serostatuskonkordanz häufig auf die Verwendung von Kondomen verzichtet wird, andere sexuell übertragbare Infektionen schnell ausbreiten.

Erkrankungsstadium zum Zeitpunkt der Diagnose

Bei 78 % der Meldungen lagen Angaben des Labors oder des behandelnden Arztes zur klinischen Symptomatik bzw. zum Infektionsstadium vor. Bei den Meldungen mit klinischen Angaben handelte es sich bei 32 % der Diagnosen um

ein Primärstadium, bei 33 % um ein Sekundärstadium und bei 32 % um eine Infektion im Stadium der Früh- oder Spätlatenz.

Der Anteil der im Latenzstadium diagnostizierten Fälle hat sich seit 2005 von 27 % kontinuierlich auf 32 % erhöht. Dies ist wahrscheinlich auf ein vermehrtes Angebot von Screening-Untersuchungen bzw. die Entdeckung von Reinfektionen bei Kontrolluntersuchungen zurückzuführen.

HIV-Syphilis-Interaktionen

Bei Betrachtung der epidemiologischen Entwicklung von HIV- und Syphilis-Neudiagnosen in den Jahren seit 2001 zeigt sich ein nahezu zeitgleicher Anstieg der Fallmeldungen bei MSM. Im Unterschied zur Syphilis, bei der bereits ab 2004 landesweit ein Plateau der Meldungen erreicht wird, setzt sich bei HIV der Anstieg noch bis 2006 fort und steigt erst danach nicht mehr weiter an.

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen diesen Entwicklungen zu überprüfen, wurden in der ersten nach der HIV-Serokonversion verfügbaren Plasmaprobe von HIV-Serokonvertern aus der **Serokonverterstudie des RKI** serologische Marker für eine Syphilis-Infektion bestimmt. Bei den knapp 1.050 HIV-Serokonvertern aus der Gruppe der MSM, die zwischen den Jahren 1997 und 2007 in die HIV-Serokonverterstudie aufgenommen wurden, liegt der Anteil derjenigen mit einer positiven Syphilis-Serologie bei über 25 %. Im Zeitverlauf steigt der Anteil von 10 % vor 2001 auf 36 % im Jahr 2005 an. Eine exakte zeitliche Einordnung, ob eine Syphilis gleichzeitig mit der HIV-Infektion bereits vorlag oder zeitgleich übertragen wurde, oder ob die Syphilis früher vorlag und zum Zeitpunkt der HIV-Infektion bereits ausgeheilt war, ist leider auf Grundlage der verfügbaren Informationen nicht möglich.

Da sich die Syphilis bei MSM in Deutschland erst seit Ende der 1990er Jahre erneut ausgebreitet hat und viel leichter als HIV übertragen werden kann, kann ein Zusammenhang zwischen HIV und Syphilis auf unterschiedlichen Faktoren beruhen.

Zum einen kann der gemeinsame sexuelle Übertragungsweg zu zeitlich unabhängig voneinander erfolgenden Übertragungen der beiden Infektionen führen. Dies wird insbesondere bei solchen Personen der Fall sein, die viele Sexualpartner haben und nicht konsequent Kondome verwenden.

Zum anderen kann eine HIV-Exposition aber auch gleichzeitig mit dem Vorliegen einer Syphilis oder einer gleichzeitigen Syphilis-Exposition erfolgen. In diesem Fall kann die gleichzeitige Syphilis zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung führen. Es handelt sich dann also nicht einfach um eine zufällige zeitliche Koinkidenz, sondern um eine synergistische Wechselwirkung zwischen beiden Infektionen.

Obwohl, wie oben bereits angemerkt, im Einzelfall eine exakte zeitliche Reihenfolge nicht bestimmt werden kann, kann man doch den Versuch unternehmen, auf der Grundlage des Antikörpermusters (v. a. basierend auf der Nachweisbarkeit von IgM-Antikörpern, die bei einer frischen

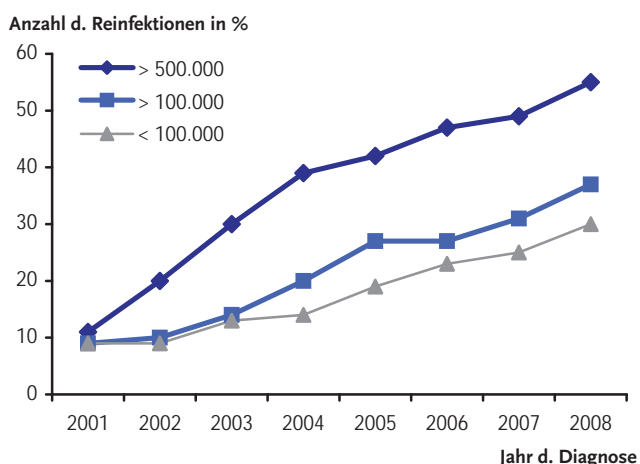


Abb. 2: Anteil von Syphilis-Reinfektionen im Zeitverlauf nach Stadtgröße (n=10.363), Meldedaten RKI

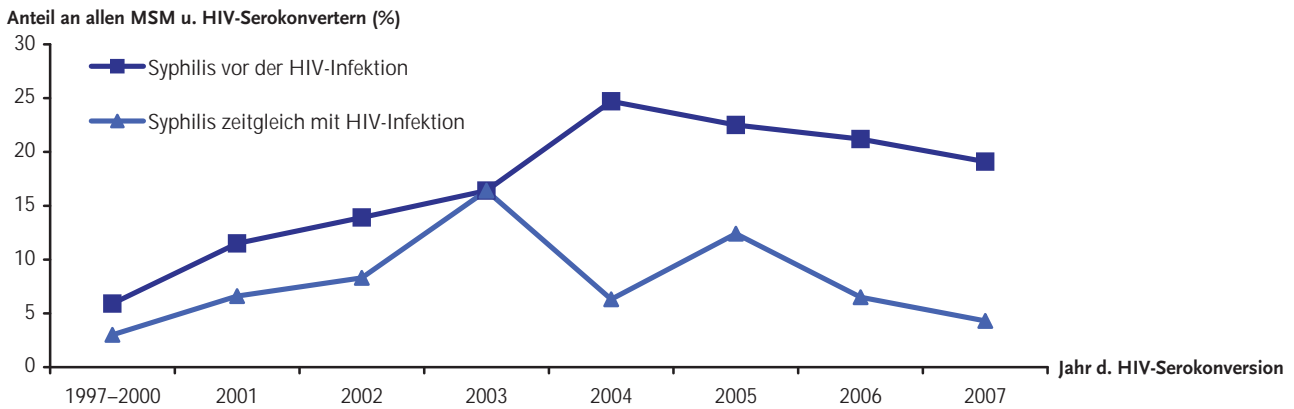


Abb. 3: Anteil von HIV-Serokonvertlern bei MSM mit zeitgleicher oder vorangegangener Syphilis, HIV-Serokonverterstudie des RKI 1997–2007

Infektion gebildet werden) eine ungefähre Einordnung vorzunehmen. Wenn man dies durchspielt und dabei vergleichsweise zurückhaltende Annahmen zugrunde legt, ergibt sich ein Anteil von etwa einem Drittel der Syphilis-Infektionen, die zeitgleich mit der HIV-Neuinfektion vorlagen bzw. erfolgten. Auch hier nimmt der Anteil von ca. 3% (bis 2000) auf 16% im Jahr 2003 zu (s. Abb.3).

Bei der Interpretation dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass die HIV-Serokonverterstudie ihre Teilnehmer vorwiegend in Großstädten rekrutiert. Außerhalb der Großstädte erfolgte die Syphilis-Ausbreitung mit einem gewissen Zeitverzug, was einen anhaltenden Effekt auf HIV-Neudiagnosen auch nach 2003 erklären könnte. Zudem erfolgen HIV-Diagnosen im Durchschnitt mit einem größeren Zeitverzug als Syphilis-Diagnosen.

In welchem Ausmaß weitere sexuell übertragbare Infektionen die HIV-Übertragung begünstigen, kann aus verständlichen Gründen experimentell nicht überprüft werden. Epidemiologische Analysen, die eine Quantifizierung des „Kofaktoreffektes“ mit statistischen Methoden versuchen, gelangen zu Größenordnungen zwischen 3- und 10-facher Steigerung der HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit durch eine Syphilis. Wenn in einer mathematischen Modellierung mit Zugrundelegung der deutschen Zahlen die Syphilis-Koinfektionsrate bei MSM von 3% auf 16% gesteigert wird und mit einem Kofaktoreffekt in einer Größe von 4 bis 5 gerechnet wird, würde die Zunahme der Syphilis die beobachtete Steigerung der HIV-Neudiagnosen zwischen 2001 und 2004 fast vollständig erklären.

Syphilis-Situation in Deutschland im europäischen Vergleich

Ein direkter Vergleich der Syphiliszahlen aus verschiedenen Ländern ist auf Grund der unterschiedlichen Erfassungssysteme und verwendeten Falldefinitionen nur mit großen Vorbehalten und Einschränkungen möglich. In Tabelle 1 werden die Syphilis-Inzidenzen in ausgewählten europäischen Ländern im Jahr 2008 wiedergegeben. Die Angaben beruhen auf Zahlen, die von IUSTI Europe (*International Union against Sexually Transmitted Infections*) zusammengetragen wurden. Die Einschätzung, inwiefern die gemeldeten Zahlen eine (deutliche) Untererfassung der tatsächlichen Fallzahlen darstellen, spiegelt die Überzeugung der jeweiligen nationalen IUSTI-Repräsentanten wider.

Der europäische Vergleich zeigt ein deutliches **Ost-West-Gefälle** bei der Syphilis-Inzidenz mit ca. 10-fach höheren Inzidenzwerten in Osteuropa verglichen mit Westeuropa. Südosteuropa weist ein dazwischen liegendes Inzidenzniveau auf. Das Ost-West-Gefälle reflektiert noch immer die Auswirkungen der umfangreichen Syphilis-Epidemie in der heterosexuellen Bevölkerung Ost- und Südosteuropas, die Mitte bis Ende der 1990er Jahre ihren Höhepunkt erreicht hatte.

Konsequenzen für Prävention und Betreuung

Es wird nicht einfach werden, die Zahl der Syphilis-Fälle in Deutschland wieder auf ein niedrigeres Niveau abzusenken. Um dies zu erreichen, muss der Zeitraum zwischen Infektion und Diagnose/Therapie vor allem in den Teilgruppen mit hohen Partnerzahlen nach Möglichkeit reduziert werden.

	Einwohner	Fälle/100.000	Kommentar
Norwegen	4.800.000	1,20	
Schweden	9.000.000	1,91	
Italien	60.000.000	2,30	Untererfassung
Dänemark	5.500.000	2,80	
Irland	4.000.000	3,35	Daten aus 2006
Deutschland	82.000.000	3,87	
Finnland	5.300.000	4,10	
Georgien	4.600.000	5,50	Untererfassung
Ungarn	10.000.000	5,50	Untererfassung
UK	60.944.000	5,89	
Österreich	8.000.000	6,89	
Bulgarien	7.761.000	6,92	Untererfassung
Schweiz	7.600.000	10,01	
Lettland	2.257.300	10,30	
Weißrussland	9.681.000	19,00	
Rumänien	22.246.900	22,69	Daten aus 2007
Russland	140.041.000	59,10	Untererfassung

Tab. 1: Syphilis-Inzidenz in ausgewählten europäischen Ländern im Jahr 2008, Zahlen basierend auf IUSTI Europe

Das würde bedeuten, regelmäßige Screening-Untersuchungen in Abhängigkeit von den Partnerzahlen anzubieten. Ein Instrument dafür könnte ein „Scheckheft sexuelle Gesundheit“ darstellen. Ein solches „Scheckheft“ könnte Patienten bei der Diagnose einer sexuell übertragbaren Infektion oder bei einer Untersuchung auf eine derartige Erkrankung ausgehändigt werden und sollte, basierend auf einer Sexualanamnese, Empfehlungen zum Zeitpunkt und Umfang der nächsten Kontrolluntersuchungen enthalten. Abrechnungsmodalitäten für solche „Scheckheft-Kontrollen“ wären mit den Krankenkassen bzw. mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss auszuhandeln.

Bei Patienten, die ohnehin auf Grund einer HIV-Erkrankung in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung sind, sollten Screening-Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen je nach sexueller Risikoanamnese in die üblichen quartalsmäßigen Laborkontrollen integriert werden.

Niedrigschwellige HIV-Testangebote für Männer, die Sex mit Männern haben, sowie für SexarbeiterInnen sollten routinemäßig das Angebot auch auf Syphilis-Testung ausweiten und ebenfalls „Scheckhefte“ austeilen.

Fortbildungen für Ärzte sollten deren Kompetenz für das Ansprechen des Themas „sexuelle Gesundheit“, die Erhebung sexueller Risiken, die Erkennung von Symptomen sexuell übertragbarer Infektionen und die Wahl geeigneter diagnostischer Verfahren stärken.

Die Aufklärung über typische Erkrankungssymptome muss in den hauptsächlich betroffenen Gruppen weiter verstärkt werden, ebenso die Aufklärung darüber, dass Syphilis und

andere bakterielle sexuell übertragbare Infektionen auch beim Oralverkehr übertragen werden können.

Positiv auf HIV getestete Personen sollten darüber aufgeklärt werden, dass sich durch HIV-bezogene Serosorting-Strategien das Risiko für andere sexuell übertragbare Infektionen erhöht und die Weiterverwendung von Kondomen auch bei sexuellen Kontakten mit ebenfalls HIV-positiven Personen das Risiko für den Erwerb zusätzlicher sexuell übertragbarer Infektionen verringern kann.

Bei der Diagnose einer Syphilis oder einer anderen akuten sexuell übertragbaren Infektion sollte immer versucht werden, potenziell exponierte Sexualpartner zu benachrichtigen. Die Indikation zu einer „Therapie auf Verdacht“ bei Sexualpartnern, die sich noch in der Inkubationszeit befinden könnten, sollte eher großzügig gestellt werden.

Literaturhinweise

1. Robert Koch-Institut: Syphilis in Deutschland im Jahr 2007. *Epid Bull* 2008; 28: 215–222
2. Robert Koch-Institut: Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte: Syphilis (Lues). www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter
3. Robert Koch-Institut: Syphilis-Ausbruch im Großraum Aachen. *Epid Bull* 2006; 21: 161–165
4. Schöfer H, Brockmeyer NH, Hagedorn HJ et al.: Syphilis – Leitlinie der DSTDG zur Diagnostik und Therapie. *Hautarzt* 2005; 56: 1084–1100
5. Marcus U, Kollan C, Bremer V, Hamouda O: Relation between the HIV and the re-emerging syphilis epidemic among MSM in Germany: an analysis based on anonymous surveillance data. *Sex Transm Infect* 2005; 81 (6): 456–457

Bericht aus dem Fachgebiet „HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ des RKI. **Ansprechpartner** ist Dr. Ulrich Marcus (E-Mail: MarcusU@rki.de).

Mitteilung der STIKO zur Impfung gegen invasive Pneumokokken-Infektionen bei Kindern unter 24 Monaten, bei denen die Impfserie mit dem konjugierten 7-valenten Impfstoff begonnen wurde

Der konjugierte 7-valente Impfstoff gegen Pneumokokken wird nach Auskunft des Herstellers ab Dezember 2009 gegen einen 13-valenten Impfstoff ausgetauscht. Der 7-valente Impfstoff wird dann zur Vervollständigung bereits begonnener Impfserien **nicht** mehr zur Verfügung stehen.

Die STIKO teilt mit, dass Kinder unter 24 Monaten, bei denen bereits eine Impfserie mit dem 7-valenten Impfstoff gegen Pneumokokken begonnen wurde, die noch fehlenden Impfungen zur Komplettierung der Impfserie in Übereinstimmung mit der Fachinformation mit dem 13-valen-

ten konjugierten Impfstoff gegen Pneumokokken erhalten können. Die Gabe von zusätzlichen Impfstoffdosen wird nach derzeitigem Wissensstand für Kinder unter 24 Monaten nicht empfohlen.

Kinder im 2. Lebensjahr, die 3 Dosen des 7-valenten Impfstoffes erhalten haben, können auch mit dem 10-valenten Impfstoff geboostert werden.

Mögliche Impfschemata für Kinder, bei denen eine Impfung mit dem 7-valenten Impfstoff gegen Pneumokokken begonnen wurde, sind in Tabelle 1 dargestellt.

Alter in Monaten			
2	3	4	11–14
7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	10- oder 13-valenter konjugierter Impfstoff
7-valenter konjugierter Impfstoff	7-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff *	13-valenter konjugierter Impfstoff *
7-valenter konjugierter Impfstoff	13-valenter konjugierter Impfstoff *	13-valenter konjugierter Impfstoff *	13-valenter konjugierter Impfstoff *

Tab. 1: Mögliche Impfschemata für Kinder unter 24 Monaten mit bereits begonnener Impfung mit dem 7-valenten konjugierten Pneumokokken-Impfstoff
* Zur Gabe des 10-valenten Impfstoffs liegen für dieses Impfschema keine Daten vor.

Konsiliarlaboratorien – Neuernennungen

Nachfolgend aufgeführte Konsiliarlaboratorien sind auf Empfehlung der Kommission Infektionsepidemiologie neu ernannt worden:

Konsiliarlaboratorium für Gonokokken

Leiter: Herr Prof. Dr. P. Kohl
Klinik für Dermatologie und Venerologie
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48, 12351 Berlin

Konsiliarlaboratorium für *Brucella*

Leiter: Herr Prof. Dr. L. Zöller
Stellvertretender Leiter: Herr PD Dr. H. C. Scholz
Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr
Abteilung Bakteriologie und Toxinologie
Neuherbergstraße 11, 80937 München

Das **Konsiliarlaboratorium für Bartonellen** befindet sich an einem neuen Standort:

Leiter: Herr Prof. Dr. V. Kempf
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Universitätsklinikum Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Straße 40, 60596 Frankfurt am Main

Das Verzeichnis der Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien mit dem ausführlichen Leistungsangebot ist auf der Homepage des RKI im Internet veröffentlicht und kann unter www.rki.de (Infektionsschutz > Nationale Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien > Übersicht > Liste aller Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien) abgerufen werden.

Hinweise auf Veranstaltungen

Gemeinsam gegen MRSA/MRE:

2. Erfahrungsaustausch der Moderatoren der regionalen Netzwerke

gemäß GMK-Beschluss 10.1 der 79. Konferenz (2006) zu MRSA und der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie DART (Teilprojekt 6) am Robert Koch-Institut

Bezug nehmend auf die umfangreichen Aktivitäten zur Bildung regionaler Netzwerke zur Intensivierung der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der Vermeidung der Weiterverbreitung von MRSA sowie weiterer mehrfachresistenter Bakterien wird zum 2. Erfahrungsaustausch am Robert Koch-Institut eingeladen.

Angesprochen sind insbesondere die Moderatoren der Netzwerke, aber auch die QM-Manager länderübergreifender Krankenhaus- oder Pflegeheimträger.

Termin: 6. und 7. Mai 2010

Ort: Robert Koch-Institut, Wernigerode

Anmeldung unter: SekretariatFG14@rki.de

Stichwort: 2. Treffen Regionale Netzwerke

Anmeldung: bis 12. April 2010

Veranstalter: Robert Koch-Institut (AG Nosokomiale Infektionen: Fachgebiete 13 und 14, Abteilung 1, in Zusammenarbeit mit Fachgebiet 32, Abteilung 3)

14. Berliner Workshop der Ständigen Arbeitsgemeinschaft Allgemeine und Krankenhaushygiene (DGHM)

„Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar?“

Termin: 29. und 30. Januar 2010

Ort: Hörsaal des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27 (Eingang Krahrmerstraße), 12203 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, Dr. med. Christine Geffers, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen

Ansprechpartnerin: Ursula Gebhardt
Tel.: 030.84.453680, Fax: 030.84.453682
E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de

Nähere Informationen, Programm und Online-Anmeldung:
www.nrz-hygiene.de unter VERANSTALTUNGEN

Hinweise: Die Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt. Anmeldung von Kurzvorträgen bis 28.12.2009; Teilnehmergebühr 80 €

Intensivkurs Krankenhaushygiene mit praktischen Übungen

Modul A (22.02.–25.02.2010): entspricht dem DGHM-Fortbildungskurs Krankenhaushygiene „Surveillance von nosokomialen Infektionen, multi-resistenten Erregern und Präventionsmaßnahmen“ (s. www.dghm.org)

Modul A+B (22.02.–26.02.2010): Modul A ergänzt durch Modul B „Aufgaben und Stellung des Hygienebeauftragten Arztes“ = Fortbildung zur/zum Hygienebeauftragten Ärztin/Arzt nach RKI-Richtlinie

Ort: Hörsaal des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27 (Eingang Krahrmerstraße), 12203 Berlin

Dozenten: Prof. Dr. med. Petra Gastmeier und Mitarbeiter des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité/NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen, weitere nationale Experten der Krankenhaushygiene

Ansprechpartnerin: Ursula Gebhardt, Tel.: 030.84.453680, Fax: 030.84.453682; E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de

Nähere Informationen, Programm und Online-Anmeldung:
www.nrz-hygiene.de unter VERANSTALTUNGEN

Hinweis: Die Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) 14. Einführungskurs in Berlin

Der Besuch des Einführungskurses ist Bedingung zur Teilnahme an den KISS-Modulen ITS-KISS, OP-KISS und DEVICE-KISS. Der Kurs vermittelt die wichtigsten Grundlagen zur Durchführung der Surveillance in den Modulen MRSA-KISS, CDAD-KISS, HAND-KISS und stellt die übrigen KISS-Module kurz vor. **Der nächste Einführungskurs für das Modul NEO-KISS wird erst wieder im Herbst 2010 angeboten werden.**

Termin: 8. und 9. Februar 2010

Ort: Hörsaal des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27 (Eingang Krahrmerstraße), 12203 Berlin

Veranstalter: NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen/Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, Charité – Universitätsmedizin Berlin mit den **Kooperationspartnern**

► Prof. Dr. med. Markus Dettenkofer, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg und
► PD Dr. med. Iris Chaberny, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover

Ansprechpartnerin: Ursula Gebhardt, Tel.: 030.84.453680, Fax: 030.84.453682; E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de

Nähere Informationen, Programm und Online-Anmeldung:
www.nrz-hygiene.de unter VERANSTALTUNGEN

Hinweise: Die Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt. Der Kurs ist kostenfrei. Vorherige Anmeldungen (jede Anmeldung wird bestätigt) sind erforderlich.

**Informationen zu DEGS:
Das Jodmonitoring**



Seit November 2008 führt das Robert Koch-Institut die Feldarbeit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) durch. Im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen regelmäßig Kurzbeiträge zu DEGS, die auch unter www.rki.de/degs abrufbar sind. Im Folgenden wird die Schilddrüsenvolumetrie vorgestellt:

Schilddrüsenerkrankungen, die auf eine unzureichende alimentäre Jodzufuhr zurückzuführen sind, stellen in Deutschland nach wie vor ein weit verbreitetes gesundheitliches Problem dar. Die Kosten von jodmangelbedingten Schilddrüsenerkrankungen wurden für Deutschland Anfang der 1990er Jahre auf über 1 Milliarde US-Dollar geschätzt. Auf Grund der hohen Krankheitslast hat die Bundesregierung die Anreicherung von Speisesalz und Tierfutter mit Jod erlaubt. Ein regelmäßiges Monitoring dieser Maßnahmen ist erforderlich.

Das gesundheitspolitische Interesse liegt dabei im Nachweis möglicherweise unzureichender bzw. überschüssiger Jodversorgung der Bevölkerung, die Korrekturen der erlaubten Höchstmengen der Jodierung erfordern würden. Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) zeigen für die Jahre 2003 bis 2006 nach wie vor relativ hohe Prävalenzen vergrößerter Schilddrüsen, wenngleich diese Vergrößerungen in der Regel nur sehr moderat ausfielen. Die mittlere Jodausscheidung im Spontanurin lag mit 117 µg/l am unteren Rand des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Bereichs von 100 bis 200 µg/l.

Um eine möglichst gute Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, werden in DEGS die Schilddrüsenvolumina nach exakt derselben Methode wie in KiGGS erhoben. Dabei werden jeweils Breite, Tiefe und Länge der beiden Schilddrüsenlappen mit einem 7,5-MHz-Linearschallkopf in

zwei Ebenen (parasagittaler und transverser Schnitt) dargestellt und das Volumen der einzelnen Schilddrüsenlappen dann unter Verwendung der Methode von Brunn nach der Formel Tiefe x Breite x Länge x 0,479 (Korrekturfaktor) berechnet. Das Gesamtvolumen ergibt sich aus der Addition der beiden Einzelvolumina.

Eine Beurteilung der individuellen Schilddrüsenfunktion wird durch die Hinzuziehung weiterer Parameter ermöglicht. Hierzu gehören: TSH (Thyreoid-stimulierendes Hormon), freies T₃ (Trijodthyronin), freies T₄ (Thyroxin), anti-TPO-Antikörper (Anti-Thyreoperoxidase-Antikörper), anti-TG (Anti-Thyreoglobulin-Antikörper) sowie Angaben zu Erkrankungen der Schilddrüse einschließlich einer Arzneimittelanamnese.

Um eine Einschätzung der Jodversorgung auf Bevölkerungsebene zu erhalten, wird zusätzlich zu den oben genannten Daten auch in DEGS die Jod- und Kreatininausscheidung im Spontanurin gemessen. Sämtliche Laboruntersuchungen werden mit denselben Methoden wie bei KiGGS durchgeführt.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. **Anfragen** zu DEGS unter degs@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: September 2009 (Datenstand: 1.12.2009)															
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. Epid. Bull. 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.			
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008			
Baden-Württemberg	10	148	191	21	204	211	9	48	54	0	10	13	0	0	1
Bayern	27	280	295	23	289	266	11	72	69	0	21	17	1	2	1
Berlin	32	320	499	31	337	342	3	22	40	0	1	3	0	0	4
Brandenburg	0	20	48	3	35	35	0	4	4	0	1	0	0	0	1
Bremen	2	32	24	5	24	25	0	13	8	0	1	1	0	0	0
Hamburg	15	125	151	18	162	142	8	52	41	0	3	0	0	0	0
Hessen	7	122	161	21	171	199	6	46	22	0	6	8	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	1	27	18	1	24	27	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	19	116	151	12	135	135	2	31	30	0	7	5	0	2	2
Nordrhein-Westfalen	46	565	594	59	547	529	9	91	81	1	17	18	0	2	4
Rheinland-Pfalz	7	57	70	13	86	72	0	17	17	0	4	4	0	2	1
Saarland	3	14	16	4	22	25	0	1	3	1	3	2	0	0	0
Sachsen	8	94	114	8	72	58	1	4	11	0	1	2	0	0	3
Sachsen-Anhalt	1	22	40	7	41	31	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	8	39	37	2	52	40	0	5	11	0	1	4	0	0	0
Thüringen	3	21	18	2	16	14	0	4	5	0	2	3	0	0	0
Deutschland	190	2.004	2.427	230	2.217	2.151	49	413	402	2	78	80	1	8	18

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

46. Woche 2009 (Datenstand: 2.12.2009)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.		
	2009			2008			2009			2008			2009			2008	
Baden-Württemberg	107	5.971	6.186	1	69	64	4	234	310	43	2.619	3.845	2	95	79		
Bayern	106	7.056	6.760	4	133	126	14	753	953	85	4.243	5.487	2	115	91		
Berlin	45	2.180	2.486	1	39	45	3	376	326	20	697	1.133	2	39	35		
Brandenburg	53	1.972	2.146	0	19	12	8	310	281	15	874	1.554	2	11	11		
Bremen	13	367	431	1	2	2	0	22	27	1	117	271	2	6	7		
Hamburg	24	1.591	1.763	0	25	16	2	40	37	8	621	748	2	39	22		
Hessen	67	3.615	3.245	0	14	10	3	111	97	39	1.889	2.672	1	53	42		
Mecklenburg-Vorpommern	37	1.843	1.803	0	8	9	7	218	229	17	781	1.111	0	5	6		
Niedersachsen	86	4.586	4.971	2	110	123	8	535	653	45	2.624	3.460	0	19	42		
Nordrhein-Westfalen	262	13.092	13.651	1	137	145	19	840	1.070	102	6.947	8.330	0	51	65		
Rheinland-Pfalz	53	2.940	3.053	1	69	46	2	242	241	33	1.559	2.384	1	40	28		
Saarland	23	1.110	1.088	0	7	4	2	34	43	6	351	637	0	1	2		
Sachsen	63	4.393	5.074	1	68	93	20	751	768	31	1.971	2.965	3	47	36		
Sachsen-Anhalt	24	1.448	1.451	0	15	9	23	474	416	22	1.234	1.819	0	12	9		
Schleswig-Holstein	25	2.036	2.277	0	28	36	1	55	90	8	713	1.028	0	12	4		
Thüringen	30	1.789	1.842	0	17	10	11	517	608	25	1.172	1.978	0	18	19		
Deutschland	1.018	55.989	58.227	12	760	750	127	5.512	6.149	500	28.412	39.422	17	563	498		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.		
	2009			2008			2009			2008	
Baden-Württemberg	0	71	98	0	69	88	17	732	932		
Bayern	1	141	138	1	90	88	16	986	1.118		
Berlin	0	54	92	1	54	60	8	565	697		
Brandenburg	0	28	13	0	14	15	0	64	78		
Bremen	0	9	8	0	7	4	1	29	44		
Hamburg	0	21	47	0	34	28	4	132	89		
Hessen	5	98	95	0	44	58	3	268	309		
Mecklenburg-Vorpommern	0	19	13	0	8	14	0	56	51		
Niedersachsen	0	62	71	0	25	52	5	245	298		
Nordrhein-Westfalen	0	180	205	3	127	152	12	612	875		
Rheinland-Pfalz	1	57	51	1	69	75	4	251	288		
Saarland	0	9	16	0	12	16	0	64	66		
Sachsen	0	22	35	0	37	38	2	226	282		
Sachsen-Anhalt	0	18	22	0	21	18	2	163	147		
Schleswig-Holstein	0	27	20	0	17	20	2	135	183		
Thüringen	0	22	24	0	24	11	1	128	103		
Deutschland	7	838	948	6	652	737	77	4.656	5.560		

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

46. Woche 2009 (Datenstand: 2.12.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.		1.–46.
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009			2008
3	162	193	116	13.826	16.120	27	3.471	4.728	8	450	541	2	53	65	Baden-Württemberg
7	401	439	186	18.922	18.368	43	7.243	7.696	10	690	903	3	51	52	Bayern
1	89	113	162	6.714	6.209	24	2.549	2.136	6	333	361	2	66	84	Berlin
3	109	157	165	8.141	8.374	39	4.669	4.090	2	92	124	1	37	39	Brandenburg
0	24	17	5	1.411	796	3	276	396	0	33	25	0	7	10	Bremen
1	88	77	15	3.978	3.737	7	1.401	1.943	1	104	113	0	13	12	Hamburg
6	217	216	88	8.612	9.425	11	2.517	2.688	5	209	271	2	39	37	Hessen
3	72	77	108	4.127	8.186	22	3.455	4.370	4	152	139	2	72	57	Mecklenburg-Vorpommern
5	293	381	85	11.912	16.454	39	4.681	6.072	1	173	242	3	171	140	Niedersachsen
13	540	555	128	33.187	35.056	53	9.560	11.742	11	503	694	8	209	170	Nordrhein-Westfalen
4	178	223	41	7.569	8.988	15	2.605	3.463	3	165	237	0	43	15	Rheinland-Pfalz
1	36	38	6	1.857	2.706	7	712	679	0	32	38	0	5	2	Saarland
11	482	559	412	15.491	17.731	62	7.535	10.712	6	220	302	4	127	145	Sachsen
2	160	226	373	9.868	7.388	13	3.455	4.349	1	84	97	4	37	31	Sachsen-Anhalt
3	116	190	59	4.598	6.345	8	1.161	2.307	1	65	76	0	6	6	Schleswig-Holstein
9	333	374	122	7.664	11.216	20	3.676	5.633	0	92	83	1	37	30	Thüringen
72	3.300	3.835	2.071	157.877	177.099	393	58.966	73.004	59	3.397	4.246	32	973	895	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
0	39	43	0	67	383	5	461	489	Baden-Württemberg	
3	75	69	0	44	305	6	517	590	Bayern	
0	32	20	0	31	29	3	237	254	Berlin	
0	14	14	0	4	5	1	82	74	Brandenburg	
0	5	3	0	0	6	1	49	32	Bremen	
0	7	4	0	212	2	1	155	145	Hamburg	
0	20	23	0	21	37	4	337	374	Hessen	
0	9	13	0	0	6	2	67	45	Mecklenburg-Vorpommern	
0	34	34	0	71	14	4	310	311	Niedersachsen	
2	103	95	0	76	49	17	989	1.009	Nordrhein-Westfalen	
2	25	27	0	14	37	1	151	186	Rheinland-Pfalz	
0	3	3	0	1	10	1	53	51	Saarland	
0	17	18	0	2	3	3	165	162	Sachsen	
0	10	8	0	1	1	0	104	118	Sachsen-Anhalt	
0	21	12	0	23	7	0	81	82	Schleswig-Holstein	
0	15	9	0	1	14	2	85	110	Thüringen	
7	429	395	0	568	908	51	3.843	4.032	Deutschland	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

46. Woche 2009 (Datenstand: 2.12.2009)

Krankheit	46. Woche 2009	1.–46. Woche 2009	1.–46. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	1	145	157	180
Brucellose	0	17	23	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	60	113	124
Dengue-Fieber	8	250	239	273
FSME	3	301	277	289
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	57	57	59
Hantavirus-Erkrankung	2	106	229	243
Hepatitis D	0	7	7	7
Hepatitis E	1	86	96	104
Influenza davon aggregierte Übermittlungen ⁺	31.711 4.914	113.476 6.943	14.121	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	156	130	152
Legionellose	4	425	469	525
Leptospirose	1	85	58	66
Listeriose	5	325	278	307
Ornithose	0	21	22	22
Paratyphus	0	69	75	86
Q-Fieber	3	185	354	370
Trichinellose	0	1	1	1
Tularämie	1	8	14	15
Typhus abdominalis	3	55	64	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

⁺ Ab dem 18.11.2009 können Fälle der Neuen Influenza A/H1N1 auch aggregiert übermittelt werden, auch nachträglich für die Vorwochen. Darunter sind Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprechen.**Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung****Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber:**

1. Bayern, 35 Jahre, männlich (39. Meldewoche, Infektionsland Malediven); 2. Bayern, 6 Jahre, männlich (39. Meldewoche, Infektionsland Malediven); 3. Bremen, 40 Jahre, männlich (45. Meldewoche 2009, Infektionsland Indien); 4. Baden-Württemberg, 40 Jahre, männlich (Infektionsland Thailand); 5. Berlin, 38 Jahre, weiblich (Infektionsland Thailand); 6. Nordrhein-Westfalen, 29 Jahre, weiblich (Infektionsland Indien) (31. bis 36. Chikungunya-Fall 2009)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 48. Kalenderwoche 2009**

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist in der 48. KW bundesweit gesunken und liegt jetzt im deutlich erhöhten Bereich. Ob die rückläufigen Zahlen bereits das Überschreiten des Höhepunkts der aktuellen Erkrankungswelle markieren, lässt sich noch nicht beurteilen, sondern kann erst im Verlauf der nächsten Wochen besser bewertet werden. Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

International, Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance durch EISN: In Europa berichten 13 von 27 Länder für die 47. KW über eine steigende Influenza-Aktivität, während sie in 8 Ländern (u. a. in den Niederlanden und Belgien) wieder abfiel. Europaweit dominiert das pandemische Influenzavirus A/H1N1. Weitere Informationen unter <http://ecdc.europa.eu>.

Daten aus den USA: Die US-CDC berichtet für die 46. KW über eine weiter zurückgehende Influenza-Aktivität in den meisten US-Bundesstaaten. Auffällig ist die hohe Zahl der Todesfälle bei Kindern in den USA durch die Neue Influenza, die deutlich über den Zahlen der vergangenen saisonalen Grippewellen liegt. Weitere Informationen unter <http://www.cdc.gov/flu/weekly/> und zur weltweiten Situation unter <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>.

RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte: Influenza, aktualisierte Version vom November 2009: www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter > Influenza

Informationen des PEI zu Impfstoffen und Impfungen: http://www.pei.de/DE/infos/fachkreise/impf-fach/schweineinfluenza/schweineinfluenza-inhalt.html?__nnn=true

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 48. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadat@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann;
Claudia Paape, Franziska Bading (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde
Tel.: 030.9487813
Fax: 030.948781-50
E-Mail: info@pvsberlin.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273