

INFEKT - INFO

Ausgabe 6 / 2016, 28. April 2016

Kurzbericht über die im Rahmen der Infektionskrankheiten-Surveillance nach IfSG in Hamburg registrierten Krankheiten

Europäische Impfwoche vom 24. bis 30. April 2016

Die Europäische Impfwoche (EIW) findet jährlich im April in der gesamten Europäischen Region statt. Sie soll das Bewusstsein der Bevölkerung für die Bedeutung von Impfmaßnahmen für Gesundheit und Wohlbefinden schärfen. In

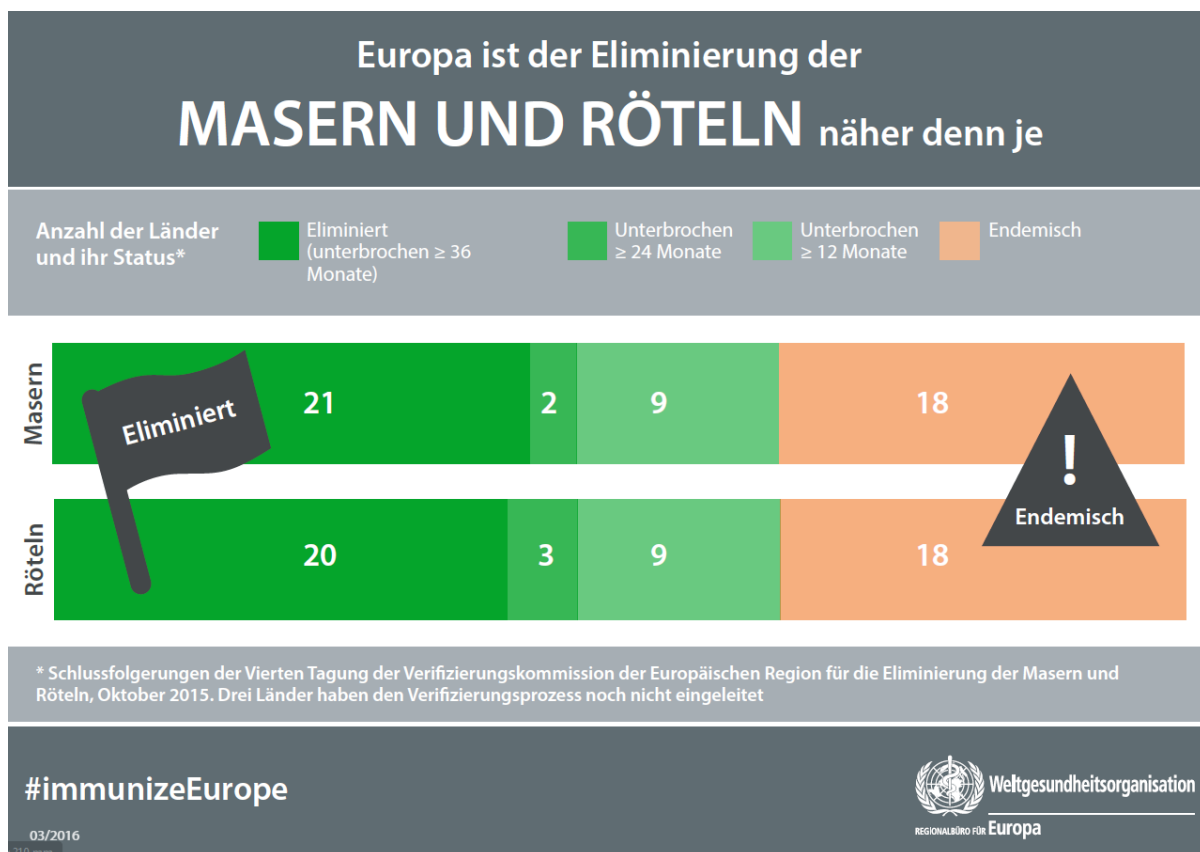
diesem wie auch den vorherigen Jahren stehen im Mittelpunkt der Aktivitäten die Fortschritte und die Herausforderungen im Hinblick auf die gemeinsamen Anstrengungen in der Europäischen Region zur Eliminierung der Masern und Röteln sowie die Erhaltung des poliofreien Status (Kinderlähmung). Die Verifizierungskommission der Europäischen Region für die Eliminierung der Masern und Röteln hat erklärt, dass die Unterbrechung der Übertragung in mehr als der Hälfte der Länder der Europäischen Region zeigt, dass die Eliminierung der Masern und Röteln in der gesamten Region möglich ist und dass wir auf dem richtigen Weg zur Verwirklichung dieses Ziels sind. Es wird aber auch betont, dass jegliche Untätigkeit zu einem gefährlichen Wiederauftreten dieser impfpräventablen Krankheiten und zu unnötigem Leiden und Sterben führen wird. Aus dem auf der Website des WHO Regionalbüros für Europa einsehbaren Infomaterial wird deutlich, dass Deutschland trotz in jeder Hinsicht hohem Lebens- und Bildungsstandard es noch nicht geschafft hat, zu den Ländern zu gehören, die die Masern eliminiert haben.

<http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2016/04/european-immunization-week-2016>

Laut den im Epidemiologischen Bulletin 16/2016 veröffentlichten Zahlen stieg in Deutschland allerdings die Impfquote für die erste Masernimpfung von 93,5 % (2004) auf 96,1 % (2009) und erreichte im Jahr 2014 bundesweit 96,8 %. Wie bereits in den Vorjahren hat Deutschland daher das WHO-Ziel einer Impfquote von mindestens 95 % zumindest für die erste Masernimpfung erreicht. Die Impfquote für die zweite Masernimpfung ist ebenfalls deutlich angestiegen: Im Jahr 2004 waren nur 65,6 % der einzuschulenden Kinder zweimal gegen Masern geimpft, 2009 waren es 90,2 % und 2014 bereits 92,8 %. Die für die Elimi-



nation angestrebte Impfquote von mindestens 95 % für die zweite Masernimpfung wurde bisher und aktuell nur von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (seit Schuleingangsuntersuchungen 2010 bzw. 2012) erreicht. In Hamburg lagen die Zahlen zur Masernimpfung laut an das RKI übermittelter Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis in Deutschland 2014 bei 96,7 für die erste und bei 93,1 zweite Masernimpfung (Stand: März 2016).



Repräsentative Impfdaten, wie sie in den Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden, sind ein unverzichtbarer Bestandteil für die Beurteilung der gesundheitlichen Gefährdung durch Infektionskrankheiten. Zugleich geben sie wichtige Hinweise zur Effektivität von Impfprogrammen und zur Impfkzeptanz und lassen bestehende Impflücken erkennen. Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird in Deutschland seit dessen Inkrafttreten im Jahr 2001 regelmäßig und systematisch der Impfstatus bei den Schulanfängern erhoben. Die Daten werden zentral beim RKI gesammelt und ausgewertet. Eine weitere Informationsquelle besteht in dem im Jahr 2004 eingerichteten Forschungsprojekt der KV-Impfsurveillance, wo in Zusammenarbeit mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Impfdaten zu Kindern ab dem Geburtsjahrgang 2004 ausgewertet werden.

Ab 1. Mai 2016 gültig: Die IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung

Sowohl für die Meldepflichten für Ärzte gemäß § 6, als auch für die Labore gemäß § 7 IfSG gibt es Veränderungen. Die Arztmeldepflicht ändert sich dahingehend, dass der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod an zoonotischer Influenza sowie die Erkrankung und der Tod an einer *Clostridium difficile*-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf gemäß § 6 meldepflichtig werden. Für die Labore werden folgende Nachweise gemäß § 7 IfSG meldepflichtig:

- der direkte oder indirekte Nachweis von Chikungunyavirus, Denguevirus, West-Nil-Virus, Zikavirus und sonstigen Arboviren soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist. (Der Begriff Arboviren steht für den engl. Begriff ‚arthropode-borne viruses‘- durch Arthropoden - Insekten, Milben und Spinnentiere übertragene Viren)
- die direkten Nachweise folgender Krankheitserreger:
 - *Staphylococcus aureus*, Methicillin-resistente Stämme (MRSA); Meldepflicht für den Nachweis aus Blut oder Liquor
 - Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, mit Ausnahme der isolierten Nichtempfindlichkeit gegenüber Imipenem bei *Proteus* spp., *Morganella* spp., *Providencia* spp. und *Serratia marcescens*; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation
 - *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation

Zur Umsetzung und den Gründen der neuen Meldepflichten gibt es eine Übersicht unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/16_16.pdf?__blob=publicationFile

Übersicht der aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Die folgenden Abbildungen 1 bis 2 zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 15 und 16 des Jahres 2016. Bei den beiden Typhusfällen handelt es sich um im Ausland erworbene Infektionen (Südamerika und Indien). Einer der beiden Fälle arbeitet wie auch seine Ehefrau in einer Schulküche, so dass das zuständige Gesundheitsamt zur Prävention weiterer Fälle umfangreiche Ermittlungen, Tätigkeitsverbote und Hygieneanweisungen ausgeben musste. Der in der 16. KW gemeldete Fall von Paratyphus hat sich in Pakistan aufgehalten. Drei

der vier im Berichtszeitraum gemeldeten EHEC-Infektionen wurden ebenfalls im Ausland erworben (Philippinen, Dominikanische Republik und USA).

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2016 (mit und ohne erfüllter Referenzdefinition), 15. KW (n=246) – vorläufige Angaben

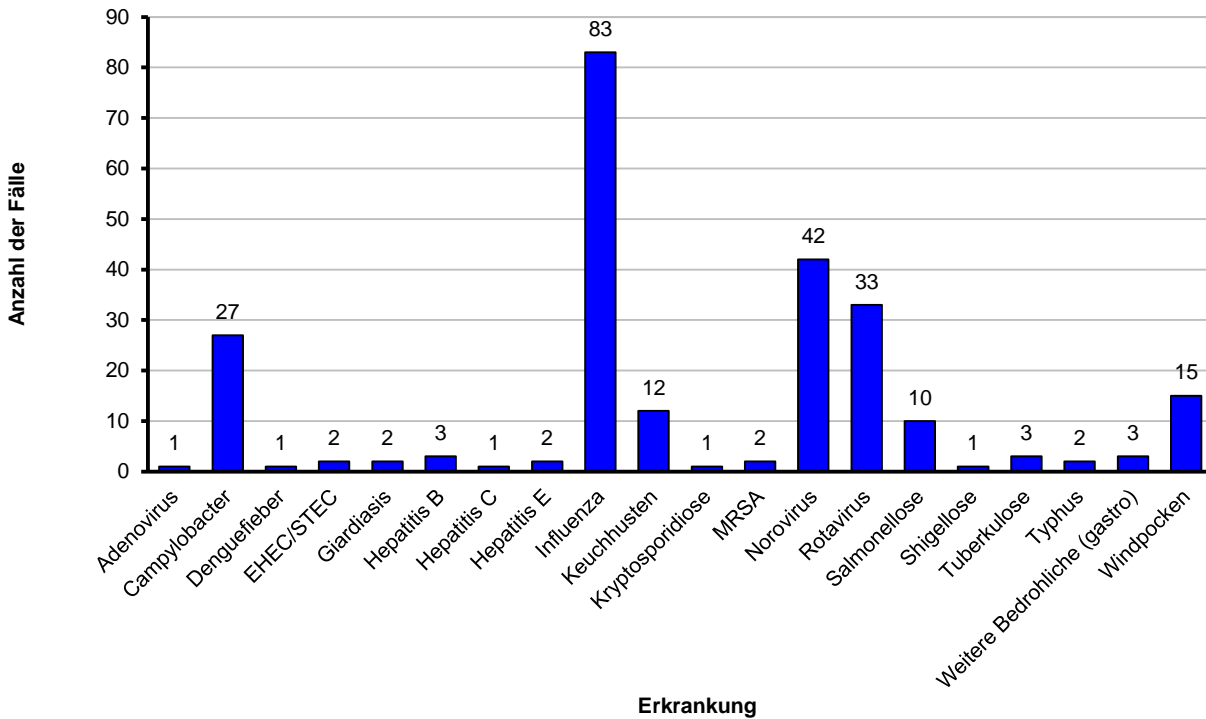
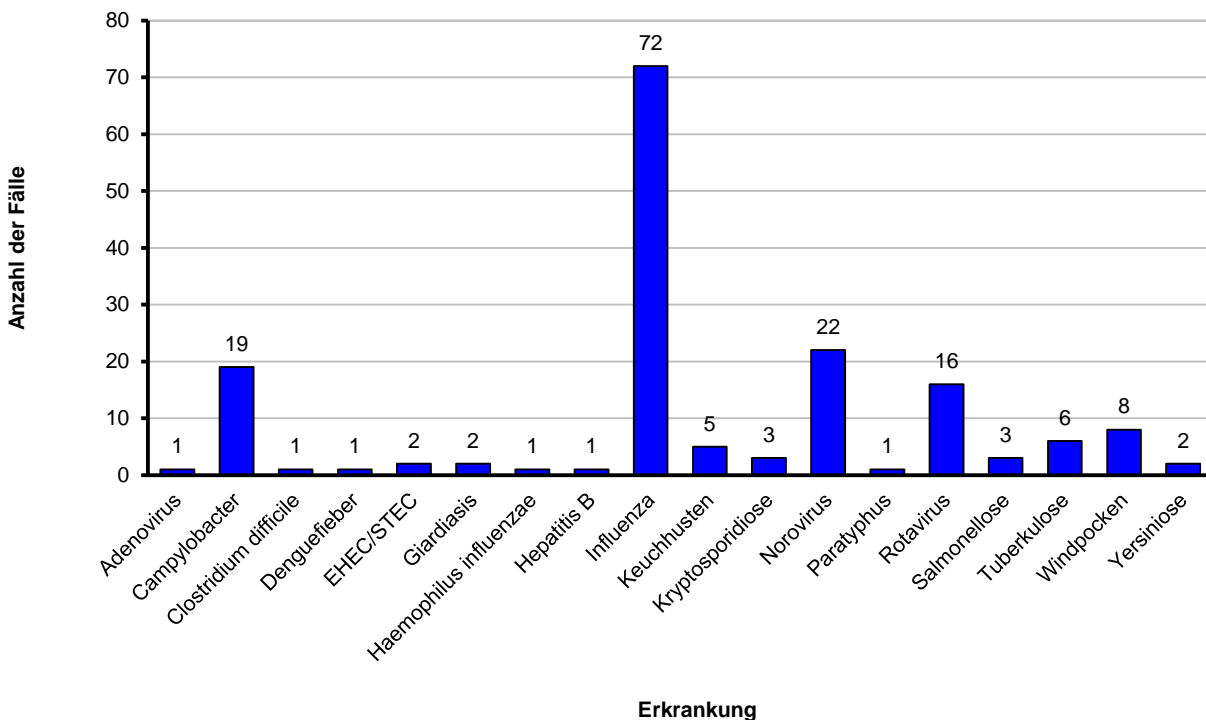


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2016 (mit und ohne erfüllter Referenzdefinition), 16. KW (n=166) – vorläufige Angaben



In der folgenden Tabelle sind die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise mit erfüllter Referenzdefinition für die erste bis sechzehnten Kalenderwoche des Jahres 2016 im Vergleich zum Vorjahr zusammengefasst.

Tab. 1: Anzahl der in Hamburg registrierter Infektionskrankheiten mit erfüllter Referenzdefinition, Kalenderwoche 1 bis 16 / 2016 (n=4735) mit Vergleichszahlen aus dem entsprechenden Vorjahreszeitraum (n=4331) – vorläufige Angaben

Krankheit	Anzahl der Fälle	
	2016 KW 1-16	2015 KW 1-16
Influenza	2941 *1	1867
Norovirus	501	1017
Rotavirus	353	357
Campylobacter	351	449
Windpocken *2	182	165
Salmonellose	78	55
Tuberkulose	68	58
Hepatitis B	64	13
Hepatitis C	28	26
Giardiasis	26	31
Kryptosporidiose	23	11
Keuchhusten	17	57
Adenovirus	15	9
Denguefieber	12	12
Hepatitis A	12	6
MRSA	11	15
Yersiniose	10	20
Mumps	7	29
E.-coli-Enteritis	6	42
EHEC/STEC	6	5
Clostridium difficile	6	3
Haemophilus influenzae	4	5
Listeriose	4	3
Shigellose	3	11
Hepatitis E	3	10
Meningokokken	2	1
Masern	1	46
Legionellose	1	2
VHF, andere Erreger	0	3
Hantavirus	0	1
Typhus	0	1
Q-Fieber	0	1

*1 Aufgrund eines Übermittlungsfehlers durch die von den Hamburger Gesundheitsämtern eingesetzten Meldesoftware ist die Anzahl der Influenza-Fälle mit und ohne erfüllter Referenzdefinition angegeben.

*2 Quelle SurvStat (Stichtag 28.4.2016)

Impressum

Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Institut für Hygiene und Umwelt
Infektionsepidemiologisches Landeszentrum
Marckmannstraße 129a
20539 Hamburg
Tel.: 040 428 45-7961
www.hamburg.de/bgv/epidemiologie

Redaktion: Dr. Anita Plenge-Bönig, MPH
Daniel Brandau, LL.M.