



Epidemiologisches Bulletin

20. Juli 2009 / Nr. 29

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

MRSA-Reduktion auf KISS-Intensivstationen

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) werden zunehmend als Problem in Kliniken und Arztpraxen erkannt und es wird intensiv nach praktikablen Lösungen gesucht, um das Problem zu beherrschen und die weitere Ausbreitung zu verhindern. Bisher existieren aus Deutschland nur wenige Berichte über signifikante Reduktionserfolge bei nosokomialen MRSA. Wir berichten hier über die Entwicklung auf Intensivstationen, die am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) teilnehmen.

Seit dem Jahr 2004 können in der Komponente ITS-KISS (KISS-Surveillance-Modul für die Surveillance auf Intensivstationen) nicht nur nosokomiale Infektionen mit MRSA als Erreger erfasst und analysiert werden, sondern die Surveillance kann auch auf alle Patienten mit MRSA erweitert werden. Es sind hierdurch zusätzliche Daten zur MRSA-Häufigkeit verfügbar, bei denen der MRSA bereits auf die Intensivstation mitgebracht wurde und den Patienten lediglich kolonisiert, zu auf der Intensivstation erworbenen MRSA-Kolonisationen und zu mitgebrachten Infektionen mit MRSA. Dabei wird ein MRSA-Fall als auf der Intensivstation erworben angesehen, wenn er bei Aufnahme nicht vorhanden war und der Erstdnachweis erst 48 Stunden nach Aufnahme auf die Intensivstation erfolgte.

Die teilnehmenden Intensivstationen zeichnen die erforderlichen Daten bei Feststellung von MRSA bei Intensivpatienten auf und übermitteln die Daten an KISS. Diese regelmäßige Surveillance ermöglicht den Intensivstationen, sich mit diesen Daten auseinanderzusetzen, zusätzliche Präventionsmaßnahmen einzuleiten bzw. die *Compliance* bei der Durchführung der eingeführten Maßnahmen zu verbessern.

Inzidenz in Prozent

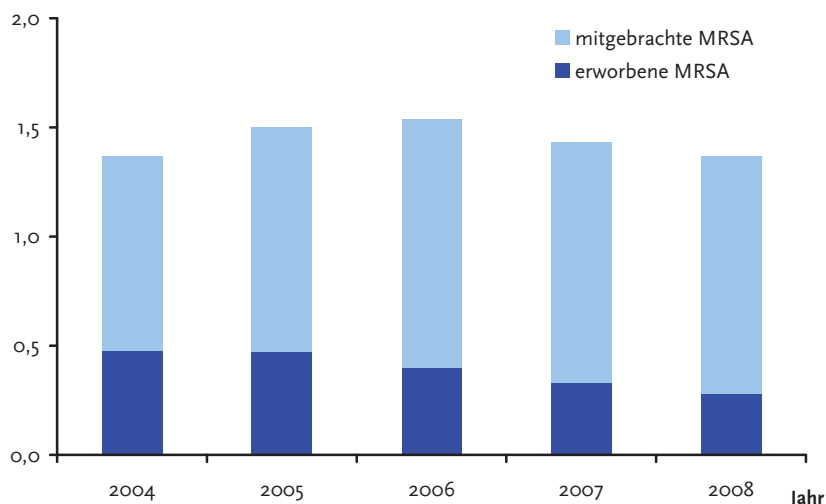


Abb 1: Inzidenz der MRSA-Fälle auf KISS-Intensivstationen, Deutschland, 2004 bis 2008

Diese Woche 29/2009

MRSA

- ▶ Reduktionserfolge auf KISS-Intensivstationen
- ▶ Zur Meldung und Übermittlung von Nachweisen aus Blut oder Liquor

Dermacentor reticulatus (Auwaldzecke)

Bedeutung als potenzieller Überträger von Erregern auf den Menschen

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
26. Woche 2009
(Datenstand: 15. Juli 2009)

ARE/Influenza, Neue Influenza

Zur Situation in der
28. Woche 2009



Im Zeitraum von 2004 bis 2008 haben wir 11.662 MRSA-Fälle von insgesamt 311 Intensivstationen erfasst. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 25,9% auf der Intensivstation erworben, die restlichen 74,1% waren bereits bei Aufnahme auf die Intensivstation nachweisbar oder bekannt.

Der Anteil von bereits bei Aufnahme MRSA-positiven Patienten liegt bei 1,07% und die Inzidenz der auf der Intensivstation erworbenen Fälle beträgt 0,37%. Somit war etwa jeder einhundertste Patient bei Aufnahme bereits mit einem MRSA infiziert oder kolonisiert und von ca. 260 Intensivpatienten hat ein Patient einen MRSA neu auf der Intensivstation erworben. Die mittlere MRSA-Last für die Intensivstationen betrug 4,3 MRSA-Tage pro 100 Patiententage (=Tagesprävalenz). Bei 32,8% der Patienten mit MRSA lagen MRSA-Infektionen vor, die übrigen waren kolonisiert. Abbildung 1 (s. S. 273) zeigt die Entwicklung der Inzidenz der MRSA-Fälle im Laufe der

fünf Beobachtungsjahre. Während die Gesamtinzidenz der MRSA-Fälle im Laufe der letzten fünf Jahre fast unverändert geblieben ist, hat die Inzidenz der auf der Intensivstation erworbenen MRSA von 0,48% im Jahre 2004 auf 0,28% im Jahre 2008 signifikant um 42% abgenommen (RR 0,58; CI95 0,51–0,66, linearer Trend monatlicher Werte -0,012% pro Monat, $p < 0,001$).

Diese Ergebnisse zeigen, dass Intensivstationen, die sich verstärkt mit diesem Thema auseinandersetzen, in der Lage sind, zu besseren Ergebnissen im Hinblick auf die Inzidenz der auf der Intensivstation erworbenen MRSA zu gelangen.

Für diesen Bericht danken wir Prof. Petra Gastmeier, Frank Schwab sowie Dr. Christine Geffers vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin. **Ansprechpartner** ist Dr. Geffers (E-Mail: christine.geffers@charite.de).

Hinweise zur Meldung und Übermittlung von MRSA-Nachweisen aus Blut oder Liquor

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde die Meldepflicht gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 IfSG auf den **direkten Nachweis** von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus **Blut oder Liquor** ausgedehnt (siehe unter www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL > Nr. 27 vom 28.05.2009). Damit gilt für Labore in Deutschland ab 01.07.2009 die Pflicht, entsprechende Befunde namentlich an das zuständige Gesundheitsamt zu melden.

Hinweise zur Meldung

Wird in einem Labor *Staphylococcus aureus* aus Blut oder Liquor nachgewiesen und erfolgt ein Nachweis einer Oxacillin-Resistenz so ist dieser Befund unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Es kann dafür das für andere Meldungen gemäß § 7 Abs.1 IfSG üblicherweise verwendete Formular benutzt werden (www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Meldebögen). Auf dem Formular („Labormeldebogen gemäß §§ 7 Abs. 1, 8, 9 IfSG“) werden das Untersuchungsmaterial und die Nachweismethode in die entsprechenden Felder eingetragen. Der Resistenz-Nachweis (z. B. Ergebnis der phänotypischen Resistenztestung und/oder *mecA*-Gen-Nachweis) wird im Feld „Zusätzliche Informationen“ dokumentiert.

Hinweise zur Übermittlung durch das Gesundheitsamt

Die Übermittlung der Fälle durch das Gesundheitsamt soll durch die Übermittlungssoftware (SurvNet@RKI bzw. ein alternatives Produkt) vorgenommen werden. Derzeit werden die dafür notwendigen programmtechnischen Voraussetzungen geschaffen. Sobald die neue Version der Übermittlungssoftware verfügbar ist – spätestens am 01.01.2010 – erfolgt die Übermittlung der Fälle auf elektronischem

Weg. Eine nachträgliche Übermittlung von Fällen, die vor diesem Zeitpunkt gemeldet worden waren, ist nicht erforderlich.

Die Übermittlung gemeldeter Fälle von MRSA-Nachweisen aus Blut oder Liquor erfolgt gemäß **Falldefinition** des Robert Koch-Instituts, die in einer späteren Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen wird.

Übergangslösung bis zur Verfügbarkeit der elektronischen Übermittlung

Um die Zahl der in Deutschland auftretenden Fälle von invasiver MRSA-Infektion abschätzen zu können, werden die Gesundheitsämter darum gebeten, am Jahresende eine Gesamtzahl der insgesamt auf dem Meldeweg erfassten MRSA-Fälle (kumulativ, vorzugsweise nach Monaten) über die Landesstellen an das RKI zu geben. Es wird vorgeschlagen, diese zusammengefasste Zahl aller bis dahin erfolgten Meldungen per Fax an die folgende Nummer zu schicken: 030.18754-3533. Länderspezifisch können andere Regelungen für die Übermittlung gelten.

Informationen zur Vorgehensweise bei MRSA-Nachweisen aus Blut oder Liquor, insbesondere auch zur Meldung entsprechender Befunde, finden sich im Internet unter www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > MRSA.

Bericht aus der Abteilung Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartner** ist Dr. Tim Eckmanns (E-Mail: EckmannsT@rki.de).

Derma-centor reticulatus als potenzieller Überträger von Infektionen beim Menschen

Seit dem Jahr 2005 in etwa hat sich *Derma-centor reticulatus* (Auwaldzecke) im Großraum Berlin fest etabliert.¹ Erste Funde stammen aus dem Großraum Potsdam und Teltow-Fläming. Seitdem konnte die Ausbreitung dieser Zeckenspezies durch die aktive Mitarbeit der Bevölkerung und Förstereien in Brandenburg beobachtet werden. *Derma-centor reticulatus* hat sich östlich und nordöstlich bzw. südlich von Berlin angesiedelt, wird jetzt auch auf Wald-KiTa-Spielplätzen² gefunden und kommt seit dem Jahr 2009 an der Oder vor (Verbreitung in den Landkreisen Oder-Spree, Dahme-Spreewald und Märkisch-Oderland). Es wird vermutet, dass in einigen Regionen südlich von Berlin (Baruth/Mark) die Auwaldzecke im Frühjahr schon häufiger als *Ixodes ricinus* anzutreffen ist (Angaben von Förstereien).

Mittlerweile konnten in Brandenburg neun Zeckenstiche durch *Derma-centor reticulatus* beim Menschen registriert werden. Aus diesem Grund war es wichtig, das potenziell übertragbare Erregerspektrum bei diesen Zecken zu analysieren. Es wurden deshalb 94 Auwaldzecken mittels PCR auf Borrelien und Rickettsien untersucht und im Falle eines Rickettsien-Nachweises zur weiteren Speziesbestimmung eine Sequenzierung durchgeführt. Untersuchungen zur Tularämie stehen noch aus.

Borrelia burgdorferi war in den Auwaldzecken nur in ca. 6 % nachweisbar (2008), bei *Ixodes ricinus* zu 13 %.

Rickettsien waren bei *Derma-centor reticulatus* im Durchschnitt in 50 % der untersuchten Zecken zu finden, einzelne Regionen nordöstlich von Berlin erreichten eine Durchseuchung von über 80 %. Demgegenüber war *Ixodes ricinus* nur zu 10 % mit Rickettsien infiziert. Die Sequenzierung zeigte, wie zu erwarten, bei *Ixodes ricinus* eine ausschließliche Infektion mit *Rickettsia helvetica*. Diese Rickettsienart ist in Mittel- und Nordeuropa endemisch und typisch für *Ixodes ricinus*. Da es klinische Hinweise gibt, daß *Rickettsia helvetica* neben allgemeinen Symptomen, wie Fieber, Kopfschmerzen und Myalgien, auch Perimyokarditiden verursachen können, sollte bei unklarer Erkrankungsursache differenzialdiagnostisch an Rickettsien gedacht werden.³

Anders stellt sich die Situation bei *Derma-centor reticulatus* dar. In diesen Zecken mit einer deutlich höheren Nachweisrate von Rickettsien-DNA konnte bisher ausschließlich *Rickettsia raoultii* identifiziert werden. Andere Rickettsien-Arten, insbesondere *Rickettsia slovaca* als Erreger der tickborne lymphadenitis (TIBOLA), waren nicht nachweisbar. *Rickettsia slovaca* scheint in der von uns beobachteten Region keine Bedeutung zu haben, auch serologische Untersuchungen von Raoult (Brandenburger Waldarbeiterstudie 1999) zeigten bis auf Einzelfälle (*Rickettsia conorii*/mediterranean Urlaub?) ausschließlich Antikörper gegen *Rickettsia helvetica*. Zu diesem Zeitpunkt war allerdings die Auwaldzecke in Brandenburg auch noch nicht verbreitet.

Die humanpathogene Relevanz von *Rickettsia raoultii* ist bisher unbekannt, mittlerweile wird aber angenommen, dass alle durch Zecken übertragene Rickettsien ein humanpathogenes Potenzial besitzen.⁴ Damit stellt sich die aktuelle Frage nach dem klinischen Bild einer solchen Rickettsien-Infektion, die bisher aufgrund fehlender Daten (und Untersuchungen) nicht beantwortet werden kann. Die serologische Diagnostik ist Spezies-spezifisch sehr anspruchsvoll und wird derzeit nur in spezialisierten Laboren durchgeführt. Eine gruppenspezifische Antikörper-Diagnostik für *spotted-fever*-Rickettsien in Kombination mit Klinik und Anamnese kann hier, auch in Hinblick auf die Reiseanamnese aber schon hilfreich sein, um eine dann adäquate Antibiotika-Therapie einzuleiten. Wir evaluierten einen EIA auf Antigen-Basis von *Rickettsia conorii* und konnten eine Sensitivität bei klinisch gesicherten Infektionen mit *Rickettsia helvetica*, *Rickettsia slovaca*, *Rickettsia rickettsii* und *Rickettsia africae* von ca. 94 % finden.* Untersuchungen zur Spezifität sind ausgesprochen kompliziert, da offenbar ein großer Teil der Infektionen inapparent verläuft oder klinisch als Rickettsiose wahrscheinlich oftmals nicht diagnostiziert und damit nicht serologisch abgeklärt wird.

Schlussfolgerung: Rickettsiosen könnten in Zukunft in Deutschland zu den *emerging infections* zählen und bedürfen deshalb einer erhöhten Aufmerksamkeit.

* Seren vom CDC/USA (Kontrollseren); D. Raoult/Marseille/Frankreich; Brandenburg; A. Lakos/Budapest/Ungarn; Kapstadt-Universität/Südafrika

Literatur bzw. Datenquelle

1. Mündliche Mitteilung/unveröffentlichte Daten, Konsiliarlabor für FSME, RKI
2. Zecken-Wald-KiTa-Studie des Institutes für durch Zecken übertragbare Krankheiten e.V.: Beginn April 2008
3. Nilsson K, Lindquist O, Pahlson C: Association of *Rickettsia helvetica* with chronic perimyocarditis in sudden cardiac death. *Lancet* 1999; (354): 1169–1173
4. Dobler G, Wölfel R: Fleckfieber und andere Rickettsiosen. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106 (20): 348–354

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Thomas Talaska, Institut für durch Zecken übertragbare Krankheiten e.V. (www.izkbf.de), der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: talaska.thomas@google-mail.com).

Dank gilt der Firma AJ Innuscreen Berlin (Graser, Hillebrandt) für die Durchführung von PCR und Sequenzierungen zur Untersuchung der Zecken.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

26. Woche 2009 (Datenstand: 15.07.2009)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	26.	1.-26.	1.-26.	26.	1.-26.	1.-26.	26.	1.-26.	1.-26.	26.	1.-26.	1.-26.	26.	1.-26.	1.-26.		
	2009			2008			2009			2008			2009			2008	
Baden-Württemberg	158	2.739	2.849	0	35	31	7	106	129	66	988	1.579	4	58	26		
Bayern	235	3.293	2.991	6	58	56	18	343	470	114	1.565	1.945	6	68	50		
Berlin	88	941	1.051	2	22	7	12	207	79	9	347	477	0	14	16		
Brandenburg	74	811	868	1	13	5	4	147	113	13	374	594	0	8	2		
Bremen	9	160	197	0	0	2	1	13	18	2	61	131	0	1	4		
Hamburg	38	714	798	0	9	10	2	12	13	12	264	256	0	15	14		
Hessen	121	1.621	1.449	0	5	4	2	53	43	55	782	1.067	2	19	17		
Mecklenburg-Vorpommern	80	730	723	1	2	7	4	109	108	27	402	448	0	4	0		
Niedersachsen	154	2.099	2.316	6	53	59	17	222	170	59	1.191	1.622	1	8	21		
Nordrhein-Westfalen	405	6.089	6.325	6	68	78	20	425	574	150	3.077	3.581	0	19	30		
Rheinland-Pfalz	86	1.293	1.441	0	32	26	4	116	117	29	697	1.080	4	14	10		
Saarland	50	463	509	0	3	1	1	19	22	4	171	261	0	1	0		
Sachsen	135	1.921	2.389	0	31	50	14	313	395	75	1.013	1.554	0	12	10		
Sachsen-Anhalt	53	663	623	0	5	6	14	211	191	29	564	890	0	7	4		
Schleswig-Holstein	57	920	985	0	14	13	2	20	39	12	298	474	0	8	1		
Thüringen	61	788	850	1	5	7	12	279	350	48	568	916	0	6	7		
Deutschland	1.804	25.245	26.364	23	355	362	134	2.595	2.831	704	12.362	16.875	17	262	212		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	26.	1.-26.	1.-26.	26.	1.-26.	1.-26.	26.	1.-26.	1.-26.		
	2009			2008			2009			2008	
Baden-Württemberg	2	41	34	1	38	49	8	427	520		
Bayern	4	82	65	2	48	50	30	564	643		
Berlin	0	39	48	0	33	38	10	321	406		
Brandenburg	2	21	3	0	12	12	4	39	55		
Bremen	1	6	2	0	3	0	1	15	27		
Hamburg	1	11	20	1	21	10	5	81	49		
Hessen	2	43	29	4	22	36	3	158	182		
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	11	1	5	10	0	35	30		
Niedersachsen	2	36	32	0	13	31	9	137	172		
Nordrhein-Westfalen	0	89	90	1	74	79	16	401	502		
Rheinland-Pfalz	1	29	24	5	43	37	4	139	168		
Saarland	1	5	12	0	5	7	1	36	39		
Sachsen	0	15	17	1	22	17	3	125	166		
Sachsen-Anhalt	0	11	11	0	7	12	4	88	87		
Schleswig-Holstein	2	20	13	0	11	9	1	85	113		
Thüringen	1	11	9	0	13	10	1	75	51		
Deutschland	19	472	420	16	370	407	100	2.726	3.210		

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-labor diagnostisch 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,

26. Woche 2009 (Datenstand: 15.07.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.		1.–26.
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009			2008
6	84	109	51	12.793	14.998	45	2.984	4.296	8	248	305	0	6	26	Baden-Württemberg
12	196	234	74	17.067	15.760	70	6.240	6.758	20	382	505	0	9	21	Bayern
4	45	59	51	5.610	5.445	20	2.220	1.876	9	173	199	2	25	32	Berlin
1	52	83	52	6.718	6.877	41	4.172	3.692	1	46	66	0	10	8	Brandenburg
1	15	9	5	1.344	662	3	238	306	0	22	17	0	0	7	Bremen
6	51	39	98	3.659	3.296	13	1.248	1.726	2	51	69	0	6	6	Hamburg
4	116	99	33	7.954	8.435	22	2.263	2.456	5	112	148	0	8	21	Hessen
3	35	40	23	3.550	6.990	72	2.950	3.948	4	71	78	1	27	23	Mecklenburg-Vorpommern
15	161	188	59	11.025	15.051	73	4.089	5.512	4	93	125	4	39	47	Niedersachsen
18	294	305	80	30.978	32.323	93	8.449	10.719	6	251	384	3	69	49	Nordrhein-Westfalen
5	98	109	35	7.001	7.996	19	2.251	3.242	2	91	127	0	10	6	Rheinland-Pfalz
1	23	27	6	1.739	2.581	5	560	558	3	23	22	1	3	1	Saarland
15	229	299	102	13.096	14.217	95	6.438	9.663	7	121	167	2	28	31	Sachsen
5	80	115	91	7.503	6.065	9	3.053	3.999	1	44	59	0	5	19	Sachsen-Anhalt
3	63	105	10	4.185	6.007	17	983	2.168	1	36	34	0	3	3	Schleswig-Holstein
9	166	202	36	6.463	9.122	48	3.193	4.917	0	55	35	0	12	11	Thüringen
108	1.708	2.022	806	140.685	155.825	645	51.331	65.836	73	1.819	2.340	13	260	311	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
1	33	31	2	62	375	4	269	281	Baden-Württemberg	
1	56	52	2	41	288	7	277	337	Bayern	
0	24	12	1	31	28	5	129	161	Berlin	
0	9	7	0	4	5	0	46	42	Brandenburg	
0	3	3	0	0	1	1	30	16	Bremen	
0	5	2	1	209	2	5	102	78	Hamburg	
1	16	14	0	18	33	5	192	207	Hessen	
0	5	9	0	0	6	0	46	28	Mecklenburg-Vorpommern	
0	22	20	0	69	10	7	170	196	Niedersachsen	
2	74	61	3	72	42	25	574	594	Nordrhein-Westfalen	
0	18	14	0	12	37	4	101	108	Rheinland-Pfalz	
0	3	3	0	1	10	1	35	34	Saarland	
0	14	15	0	2	2	4	95	96	Sachsen	
0	6	7	0	0	1	1	63	85	Sachsen-Anhalt	
1	17	10	1	23	6	0	46	38	Schleswig-Holstein	
0	10	9	0	0	14	1	53	62	Thüringen	
6	315	269	10	544	860	70	2.228	2.363	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

26. Woche 2009 (Datenstand: 15.07.2009)

Krankheit	26. Woche 2009	1.–26. Woche 2009	1.–26. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	77	78	180
Brucellose	0	7	14	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	24	56	123
Dengue-Fieber	4	150	130	273
FSME	10	71	73	289
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	18	17	59
Hantavirus-Erkrankung	2	24	139	243
Hepatitis D	0	3	3	7
Hepatitis E	0	37	54	104
Saisonale Influenza	17	26.849	14.063	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	114	85	152
Legionellose	4	163	211	524
Leptospirose	0	37	29	66
Listeriose	7	166	135	307
Ornithose	0	4	18	22
Paratyphus	1	14	25	86
Q-Fieber	6	93	220	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	4	10	15
Typhus abdominalis	1	26	27	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die Kalenderwoche 28/2009**

Deutschland: Die Aktivität der ARE lag bundesweit in der 28. KW im Bereich der jahreszeitlich zu erwartenden Werte. Sie bleibt im Vergleich zur Vorwoche weitestgehend unverändert. In der 28. KW wurde im NRZ in drei der 31 eingesandten Sentinelproben ein Neues Influenzavirus A/H1N1 nachgewiesen.

Bisher wurden im NRZ insgesamt 68 Neue Influenzaviren A/H1N1 untersucht, die alle sensitiv gegenüber den Neuraminidaseinhibitoren Oseltamivir und Zanamivir waren. Bekannte Resistenzmutationen waren nicht nachweisbar. Alle untersuchten Virusisolate wiesen ebenfalls einen sensitiven Phänotyp auf.

Weitere Informationen zur aktuellen Situation Neue Influenza A/H1N1 unter <http://www.rki.de> > **Infektionskrankheiten A–Z** > **Influenza** sowie täglich aktualisierte Informationen, Hinweise und Empfehlungen unter http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/IPV__Node.html.

Europa: Die europäischen Länder berichteten in der 27. Woche 2009 über niedrige Werte für die Influenza-Aktivität, ausgenommen das Vereinigte Königreich, das über hohe Aktivität berichtet. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Default.aspx>.

International: Informationen zur weltweiten Situation können auf den Internetseiten der WHO aufgerufen werden unter <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 28. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

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 Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324

E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann;

Frau C. Paape, Frau F. Bading (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459

E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

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 030.18.754-2265 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