



Epidemiologisches Bulletin

26. Mai 2014 / Nr. 21

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation

In der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen¹ wurde empfohlen, alle Patienten mit Risiko für eine Besiedlung oder Infektion mit 4MRGN (MRGN = multiresistente gramnegative Erreger) Enterobakterien, *Pseudomonas aeruginosa* oder *Acinetobacter-baumannii*-Komplex auf diese Bakterien zu screenen und bis zum Vorliegen der Ergebnisse zu isolieren. Als Risikopatienten gelten danach Patienten mit kurzlichem Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten und Patienten die zu 4MRGN-Patienten Kontakt hatten, d. h. im gleichen Zimmer gepflegt wurden.

Weiterhin wird ausgeführt:

„Um die Maßnahme auf Patienten mit erhöhtem Risiko zielgerichtet durchzuführen, ist es sinnvoll auf Basis der individuellen Zuweiserstruktur und regionalen Epidemiologie eigene Richtlinien für das Krankenhaus zu erstellen, welche Patienten einem Screening unterzogen werden sollen. Informationen aus der ARS-Datenbank des RKI, europäische Daten (EARS-Net) und die internationale Literatur sollten dabei berücksichtigt werden (<https://ars.rki.de/CommonReports/Resistenzuebersicht.aspx>; http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx).“

Die Daten aus der Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland (ARS) zeigen für kontinuierlich teilnehmende Krankenhäuser einen signifikanten **Anstieg des Anteils von 4MRGN *A. baumannii*** von 6,4% (2008) auf 13,6% (2011). Deutlicher fällt der Anstieg auf Intensivstationen aus. Neben der Zunahme des Anteils von 4MRGN *A. baumannii* von 11,1% (2008) auf 19,6% (2012) ist hier auch ein Anteil der 4MRGN *Klebsiella pneumoniae* von 1,0% der Isolate 2012 zu verzeichnen.

Im Vergleich zu 2011 hat sich die **absolute Anzahl der Nachweise einer Carbapenemase** aus Isolaten, die an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger eingeschickt wurden im Jahr 2012 von 1.473 auf 2.873 **verdoppelt**.²

Kürzlich erschien eine Veröffentlichung des *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) in der Deutschland als ein Land mit regionaler Verbreitung von Carbapenemase-bildenden Enterobakterien und überregionaler Verbreitung von Carbapenem-resistenten *A. baumannii* beschrieben wird (<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-carbapenemase-producing-bacteria-europe.pdf>).

Diese Woche 21/2014

KRINKO

Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit MRGN

Neue Leitlinie erschienen
Schwangerschaftsrelevante
Virusinfektionen

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
18. Woche 2014



Unter dem Eindruck der vorliegenden Hinweise auf eine möglicherweise zu geringe Sensitivität des Screenings auf 4MRGN und die potenzielle Verbreitung von 4MRGN durch Verlegungen von Patienten zwischen Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen mit intensiver medizinischer Betreuung (z. B. neurologische Rehabilitation, ambulante Beatmung) innerhalb Deutschlands erscheint es geboten, sich beim Screening auf eine 4MRGN-Besiedlung nicht nur auf eine Anamnese eines Aufenthalts in einem Krankenhaus bzw. Kontakts mit einem Gesundheitssystem außerhalb Deutschlands zu beziehen.

Um einer weiteren Ausbreitung möglichst frühzeitig entgegenzuwirken, regt die Kommission an, neben den bisher zu screenenden Patienten mit folgenden bereits beschriebenen Risikofaktoren für eine 4MRGN-Besiedlung:

- ▶ Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten von 4MRGN in den letzten 12 Monaten;
- ▶ Kontakt zu Patienten, für die eine Besiedlung mit 4MRGN nachgewiesen wurde (Pflege im gleichen Zimmer)

auch folgende Patienten auf eine Besiedlung zu screenen:

- ▶ **Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz.**

Aufgrund unzureichender Daten bzgl. der 4MRGN-Prävalenz in unterschiedlichen Ländern oder Regionen empfiehlt sich als pragmatisches Vorgehen ein Screening bei entsprechender (Auslands-)Anamnese mit Krankenhausaufenthalt unabhängig vom Ort des Aufenthaltes. Für Regionen mit bekannter geringer 4MRGN-Prävalenz können die Hygienekommissionen der Krankenhäuser ggf. entsprechend begründete Ausnahmen festlegen, was z. B. für Krankenhäuser in Grenzregionen sinnvoll sein kann. Im Rahmen der Zusammenarbeit in MRE-Netzwerken (MRE = Multiresistente Erreger) könnte ein solches

Screening auch zunächst zeitlich befristet durchgeführt werden, um entsprechende Daten zusammenzutragen (s. hierzu z. B. das Vorgehen im MRE-Netzwerk Rhein-Main; http://www.mre-rhein-main.de/meldepflicht_carbapenem.php).

Je nach lokaler Epidemiologie kann das Screening auch auf 4MRGN Enterobakterien und 4MRGN *A. baumannii* (d. h. ohne *P. aeruginosa*) begrenzt werden. Um die Zahl notwendiger Isolierungen zu senken, kann ggf. auf eine präemptive Isolierung der Patienten mit Risikofaktoren bis zum Vorliegen der Screeningergebnisse verzichtet werden, wobei die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und das Risiko der Übertragung abgewogen werden müssen. Die Risikoabwägung und Festlegung des Vorgehens soll durch die Hygienekommission des Hauses erfolgen.

Bei Auftreten eines unerwarteten Nachweises von 4MRGN bei einem Patienten ohne bekannten Risikofaktor (Auslandsaufenthalt, Krankenhausaufenthalt in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz, Kontakt zu bekanntem 4MRGN-Träger) ist es sinnvoll, solche Kontaktpatienten zu identifizieren und zu screenen, die als Quelle in Frage kommen.

Für die mikrobiologischen Laboratorien, denen die Klassifizierung als 3MRGN oder 4MRGN auf den Befunden obliegt, sei an dieser Stelle auf die **FAQs** (*frequently asked questions*) zur **MRGN-Klassifikation** auf der Internetseite des NRZ für gramnegative Krankenhauserreger hingewiesen (http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/FAQ_zu_MRGN-Klassifikation_20130123.pdf).

Diese Ergänzung bezieht sich nur auf Situationen außerhalb von Ausbrüchen, in Ausbruchssituationen muss ausgiebiger gescreent werden.

Literatur

1. KRINKO: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2012; 55:1311–1354
2. RKI: Zur aktuellen Situation bei Carbapenemase-bildenden gramnegativen Bakterien. Epid Bull 2013; 19:167–171

Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen – eine neue S2k-Leitlinie

Virusinfektionen während der Schwangerschaft erfordern eine besondere Aufmerksamkeit, da sie sich sowohl auf die Gesundheit des Feten wie auch der Schwangeren selbst auswirken können.

Die S2k-Leitlinie* „Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen“ wurde nach ihrer Fertigstellung und Begutachtung durch die Vorstände der beteiligten Organisationen auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften/AWMF eingestellt und kann unter dem Link <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/093-001.html> aufgerufen werden. Sie gibt Empfehlungen und Regeln für

die Labordiagnostik und beschränkt sich dabei auf diejenigen Infektionen,

(I) bei denen es ausreichendes Wissen über ihre Auswirkungen auf die Gesundheit des **Feten** (Embryo-/Fetopathie, Abort) und/oder der **Schwangeren** (schwerer Verlauf der Infektion) und/oder des **Neugeborenen** (neonatale Erkrankungen, Spätfolgen) gibt, die mit veröffentlichten Daten belegbar sind;

(II) bei denen die durch die Labordiagnostik erhaltenen Kenntnisse eine Grundlage bilden, um durch entsprechende

* s. a. Leitlinienglossar von AWMF und ÄZQ unter: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/ll-glossar.pdf (Klassifikation von Leitlinien)

Maßnahmen (**Hygiene, Therapie, Impfung**) die Erwerbung und/oder den Verlauf der Infektion und somit die Gesundheit des Feten/der Schwangeren zu beeinflussen;

(III) die in **Deutschland endemisch** auftreten;

(IV) bei denen der Verdacht auf einen kausalen Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen nicht belegt ist, die aber aktuell in einigen Bundesländern im Rahmen von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen labordiagnostisch erfasst werden.

In dieser Hinsicht beschränkt sich die Leitlinie auf die Beschreibung der diagnostischen Vorgehensweise bei den **impfpräventablen Infektionen** verursacht durch Hepatitis-B-, Influenza-, Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizella-Zoster-Virus sowie auf die **nicht impfpräventablen Infektionen** durch Humane Immundefizienz-, Herpes-simplex-, Entero- und Parechoviren, durch das Hepatitis-C- und Lymphozytäre Choriomeningitisvirus, sowie durch Parvovirus B19 und das Humane Zytomegalievirus (CMV). Die Leitlinie beschreibt detailliert die Notwendigkeit und Vorgehensweise der labordiagnostischen Abklärung dieser Virusinfektionen während der Schwangerschaft. Dabei werden sowohl grundlegende, für die meisten Virusinfektionen gültige Empfehlungen ausgesprochen, als auch spezielle Fragen behandelt. Jedes einzelne Kapitel ist gegliedert in einen Basisteil mit Hintergrundinformationen zur jeweiligen Virusinfektion sowie zum Stand der labordiagnostischen Methodik mit grundlegenden Empfehlungen zur Bestimmung des Infektionsstatus. Darauf aufbauend enthält jedes Kapitel einen speziellen Teil, der im Frage-/Antwortstil abgefasst ist und Empfehlungen zur diagnostischen Vorgehensweise vor, während und nach der Schwangerschaft enthält.

Die Leitlinie wurde von einer Arbeitsgruppe erstellt, welche von den in Deutschland aktiven virologischen Fachgesellschaften (Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten/DVV e. V. und Gesellschaft für Virologie/GfV e. V.) einberufen und durch Mitglieder der gynäkologischen (DGGG e. V., BvF e. V.), pädiatrischen (DGPI e. V., GNPI e. V.) sowie der mikrobiologisch/labormedizinischen Fachgesellschaften (BÄMI e. V.) ergänzt wurde. Wegen der Fokussierung auf die labordiagnostische Vorgehensweise wird auf die Details von therapeutischen Maßnahmen als mögliche Konsequenz der diagnostischen Befunde verzichtet; entsprechendes gilt für präventive Impfungen. In diesen Fällen wird jedoch auf andere bereits existierende Leitlinien beziehungsweise auf die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) verwiesen.

Die Empfehlungen basieren ausschließlich auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und publizierten Daten und richten sich an alle in der Klinik tätige und niedergelassene Ärzte, die an der Betreuung und Behandlung von Schwangeren beteiligt sind. Außer den in der Gynäkologie, Geburtshilfe, Perinatalogie und Neonatologie Tätigen zählen hierzu auch die Ärzte der Fachrichtungen Arbeitsmedizin,

Laboratoriumsmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Eine weitere Zielgruppe wird von den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern repräsentiert. Zwar wird in den Empfehlungen nicht auf gesetzliche und/oder behördliche Vorgaben eingegangen, die in einzelnen Bundesländern existieren und für bestimmte ärztlich/tierärztlich/pflegerisch tätige Berufsgruppen oder für in Erziehungsberufen tätige Frauen vorgeschrieben sind. Es ist der Autorengruppe der Leitlinie jedoch ein Anliegen, dass die abgestimmten und ausgesprochenen Empfehlungen für notwendige labordiagnostische Testungen Eingang in eine bundesweite Handhabung der gesetzlichen/behördlichen Vorgaben finden und nicht empfohlene Untersuchungen eingeschränkt werden.

Bei den impfpräventablen Virusinfektionen mit Ausnahme der epidemisch auftretenden Influenza liegt der Schwerpunkt der Empfehlungen auf der Impfung beziehungsweise auf der Überprüfung des Impfstatus durch Kontrolle des Impfpasses vor der Schwangerschaft. Hierdurch sollte es möglich sein, akute Infektionsfälle während der Schwangerschaft auf ein Minimum zu beschränken und so eine Gefährdung von Mutter und Kind zu vermeiden. Für die Infektionserkrankungen, denen man nicht durch Impfung vorbeugen kann, wird jeweils eine spezifische Vorgehensweise empfohlen. Die generelle Überprüfung des Infektionsstatus zu Schwangerschaftsbeginn wird nur für Infektionen mit Humanen Immundefizienz- und Hepatitis-B-Viren sowie für das CMV empfohlen. In den ersten beiden Fällen ist dieses Wissen notwendig, um durch ein spezielles Therapie- und Entbindungsmanagement die Übertragung der Erreger auf den Feten beziehungsweise auf das neugeborene Kind zu vermeiden. Die Untersuchung bezüglich des Vorliegens von CMV-spezifischem IgG soll hingegen in der Frühschwangerschaft die Identifizierung von Schwangeren ermöglichen, die seronegativ und somit empfänglich für Infektionen durch das CMV sind. Durch die Anleitung zu spezifischen Hygienemaßnahmen und zur Vermeidung von Kontakten mit Speichel und Urin von Kindern kann bei diesen Schwangeren das Risiko für den Erwerb einer Erstinfektion deutlich gesenkt werden.

Zusätzlich zu diesen sehr speziellen Vorgaben schlägt die Leitlinie allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung von Übertragungen vor und empfiehlt die Archivierung des in der Frühschwangerschaft gewonnenen Serums. Diese Probe kann als Referenz in Vergleichsmessungen eingesetzt werden und ermöglicht durch Nachweis der Serokonversion eine sichere Unterscheidung einer akuten (Primär-)Infektion von einer länger zurückliegenden bzw. persistierenden Infektion. Zusätzlich kann durch die Lagerung der Referenzprobe für den in der Leitlinie vorgeschlagenen Zeitraum von zwei Jahren bei Erkrankungen, die in der Neugeborenenperiode auftreten, deren Zusammenhang mit einer Infektion während der Schwangerschaft abgeklärt werden.

Für diesen Beitrag danken wir Prof. Susanne Modrow (Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universität Regensburg) sowie Dr. Daniela Huzly (Institut für Virologie, Department für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universität Freiburg). Prof. Modrow (E-Mail: susanne.modrow@klinik.uni-r.de) und Dr. Huzly (E-Mail: daniela.huzly@uniklinik-freiburg.de) stehen als **Ansprechpartnerinnen** zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

18. Woche 2014 (Datenstand: 21.5.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.
Baden-Württemberg	97	1.599	1.339	1	29	32	3	53	62	21	287	314	1	13	14
Bayern	108	1.927	1.555	4	62	93	10	174	160	59	530	584	2	26	32
Berlin	46	706	688	1	29	17	7	125	127	11	221	154	3	20	26
Brandenburg	27	477	437	0	12	9	6	62	93	8	242	195	0	3	7
Bremen	6	106	86	0	0	3	0	2	3	1	18	34	0	3	1
Hamburg	19	533	426	1	11	16	4	70	30	1	75	118	2	14	11
Hessen	59	1.121	881	1	13	12	1	32	27	19	216	318	0	10	10
Mecklenburg-Vorpommern	29	388	336	0	38	8	6	206	80	4	134	156	0	2	0
Niedersachsen	94	1.347	944	1	45	45	9	145	162	20	387	670	0	3	8
Nordrhein-Westfalen	227	4.984	3.927	3	96	87	6	226	299	58	803	1.243	0	10	18
Rheinland-Pfalz	57	941	774	2	32	31	4	64	74	11	197	232	0	7	15
Saarland	23	282	294	0	1	3	0	5	9	2	38	51	0	0	0
Sachsen	50	1.197	1.033	2	66	44	8	253	232	18	439	343	0	6	8
Sachsen-Anhalt	30	434	399	1	21	12	6	195	195	36	354	510	1	2	3
Schleswig-Holstein	27	589	484	0	10	10	3	26	23	2	125	178	0	1	4
Thüringen	22	472	418	0	12	10	1	83	111	21	346	313	2	7	4
Deutschland	921	17.104	14.021	17	477	432	74	1.721	1.687	292	4.413	5.414	11	127	161

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.
Baden-Württemberg	3	35	55	83	3.956	3.712	78	1.243	1.586	12	175	157	0	13	10
Bayern	5	88	95	96	4.116	4.997	127	2.526	3.332	13	244	285	4	32	24
Berlin	0	26	29	18	1.773	1.330	39	948	1.488	4	136	146	0	35	23
Brandenburg	1	40	24	27	2.003	1.814	56	1.096	2.801	0	26	40	2	19	23
Bremen	0	1	6	8	417	252	2	112	202	0	8	7	0	2	1
Hamburg	0	16	15	15	1.038	1.463	24	534	1.403	0	40	57	0	12	5
Hessen	4	46	40	46	2.327	3.464	63	1.097	969	5	96	84	0	20	10
Mecklenburg-Vorpommern	2	15	12	29	1.749	2.611	41	755	1.049	1	42	38	2	19	20
Niedersachsen	3	76	73	58	3.698	4.755	64	1.240	3.073	5	67	71	0	21	19
Nordrhein-Westfalen	7	127	131	166	7.500	11.384	188	3.520	6.734	14	239	256	2	73	43
Rheinland-Pfalz	3	56	41	38	2.188	2.706	67	696	1.272	2	41	51	1	15	8
Saarland	1	8	1	17	401	887	13	394	220	0	17	9	0	6	3
Sachsen	5	88	118	63	4.290	4.682	103	1.707	3.528	5	74	104	3	42	49
Sachsen-Anhalt	2	57	46	41	2.450	2.493	80	1.249	1.325	1	31	38	1	12	26
Schleswig-Holstein	2	28	33	21	1.470	1.398	48	442	871	1	26	23	0	4	2
Thüringen	1	78	76	28	2.167	2.143	65	1.270	2.337	2	51	25	0	10	6
Deutschland	39	785	795	754	41.559	50.096	1.058	18.835	32.191	65	1.313	1.391	15	335	272

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, Mumps, Windpocken, 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 (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

18. Woche 2014 (Datenstand: 21.5.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.
Baden-Württemberg	1	22	25	0	20	28	14	301	303	1	15	14	8	154	202
Bayern	2	34	28	0	37	38	9	370	350	0	14	20	16	221	203
Berlin	1	10	14	0	27	21	7	199	176	0	9	11	7	130	124
Brandenburg	0	7	13	1	8	6	0	22	21	0	1	2	0	37	38
Bremen	0	3	13	0	5	6	0	8	10	0	2	2	1	21	13
Hamburg	0	4	8	3	19	12	1	44	50	0	1	4	1	43	63
Hessen	0	16	14	2	26	27	7	205	146	0	6	7	8	149	141
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	16	0	3	7	0	12	14	1	3	2	1	19	19
Niedersachsen	0	21	22	0	13	9	4	75	100	1	10	18	5	127	99
Nordrhein-Westfalen	2	45	50	3	48	52	17	284	251	1	25	34	16	337	348
Rheinland-Pfalz	1	10	26	1	8	16	1	96	77	0	8	9	3	56	46
Saarland	0	4	4	2	5	3	0	39	19	0	1	4	0	25	13
Sachsen	1	6	9	0	9	12	7	131	106	1	2	7	2	40	49
Sachsen-Anhalt	0	10	9	2	7	9	5	29	50	0	2	1	2	41	40
Schleswig-Holstein	0	5	6	0	7	5	5	52	43	0	9	12	0	21	33
Thüringen	0	11	7	0	1	7	1	48	21	0	3	6	1	24	19
Deutschland	8	212	264	14	243	258	78	1.915	1.737	5	111	153	71	1.454	1.451

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014		2013	2014		2014		2014		2014		
	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	18.	1.–18.	18.	1.–18.	18.	1.–18.	
Baden-Württemberg	2	4	2	0	24	0	1	22	622	42	1.489	
Bayern	2	65	43	1	60	0	6	35	1.149	107	1.630	
Berlin	0	10	137	2	26	0	0	12	251	24	532	
Brandenburg	0	2	17	0	4	0	1	8	231	12	278	
Bremen	0	4	0	0	1	0	0	0	3	13	226	
Hamburg	0	9	4	0	7	0	1	3	48	16	122	
Hessen	1	12	3	1	25	0	0	5	254	19	519	
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	3	0	0	1	59	2	67	
Niedersachsen	0	3	7	0	17	0	1	14	343	30	597	
Nordrhein-Westfalen	0	2	16	5	130	0	1	25	662	133	2.136	
Rheinland-Pfalz	0	1	1	0	19	0	1	8	223	16	302	
Saarland	0	0	0	0	2	0	0	4	30	11	43	
Sachsen	0	1	8	1	9	0	1	9	227	73	1.024	
Sachsen-Anhalt	0	4	0	0	2	0	0	14	169	9	174	
Schleswig-Holstein	2	14	4	0	9	0	0	7	59	2	145	
Thüringen	0	0	0	0	3	0	1	8	273	2	147	
Deutschland	7	131	243	10	341	0	14	175	4.603	512	9.434	

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.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend. ++ 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). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

18. Woche 2014 (Datenstand: 21.5.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	18. Woche	1.–18. Woche	1.–18. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	18	495	968	1.985
Brucellose	0	9	5	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	23	39	110
Dengue-Fieber	15	180	342	879
FSME	1	10	10	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	14	14	76
Hantavirus-Erkrankung	4	66	52	161
Hepatitis D	0	6	9	33
Hepatitis E	6	192	129	458
Influenza	85	6.697	69.807	70.218
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	7	182	168	416
Legionellose	9	178	211	923
Leptospirose	0	15	16	81
Listeriose	15	175	124	468
Ornithose	0	7	6	10
Paratyphus	1	9	21	56
Q-Fieber	13	99	43	115
Trichinellose	0	1	1	14
Tularämie	0	3	6	20
Typhus abdominalis	1	14	35	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**

1. Berlin, 36 Jahre, männlich (Infektionsland Tonga)
2. Hamburg, 51 Jahre, männlich (Infektionsland Frankreich/Martinique)
3. Hamburg, 50 Jahre, weiblich (Infektionsland Frankreich/Martinique)
4. Berlin, 51 Jahre, männlich (Infektionsland Dominica)
(9. bis 12. Chikungunya-Fall 2014)

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

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski, Sylvia Fehrmann, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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)
PVKZ A-14273