



Epidemiologisches Bulletin

7. Februar 2011 / Nr. 5

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Entwicklung nosokomialer Infektionen im Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS)

KISS erfasst seit 1997 nosokomiale Infektionen in deutschen Krankenhäusern auf freiwilliger Teilnahmebasis. Die Zahl der Teilnehmer hat sich von Jahr zu Jahr erhöht, so dass inzwischen ca. 900 Krankenhäuser regelmäßig Daten zu verschiedenen Surveillance-Modulen liefern. Die KISS-Daten werden in erster Linie mit dem Ziel generiert, Vergleichsdaten für das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser in Deutschland zu liefern, inzwischen werden sie teilweise auch international zum Benchmark herangezogen.¹

In zweiter Linie können sie auch für epidemiologische Analysen genutzt werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die KISS-Daten in den Krankenhäusern zur Problemerkennung genutzt werden und daher im Rahmen des Qualitätsmanagements eingeleitete Interventionen die Infektionsraten im Verlauf der Teilnahme zurückgehen lassen. Nach unseren Untersuchungen haben wir immer wieder zeigen können, dass dadurch Reduktionseffekte von 20 % bis 30 % im Zeitraum von 3 bis 4 Jahren zu beobachten sind.²⁻⁷ Bei der Interpretation von Daten zum zeitlichen Verlauf ist deshalb dieser Surveillance-Effekt der bereits seit längerem teilnehmenden Einrichtungen zu beachten, ebenso wie der Einfluss des sukzessiven Einsteigens weiterer Krankenhäuser in das System.

Modul für Intensivstationen

Tabelle 1 zeigt die zeitliche Entwicklung für die drei wichtigen Infektionen Harnwegkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionen, beatmungsassoziierte Pneumonien und ZVK-assoziierte laborbestätigte Sepsis von 2000 bis 2010 pro Kalenderjahr.

Im Hinblick auf den bereits angesprochenen Surveillance-Reduktionseffekt haben wir eine Analyse zu den Infektionsraten von Intensivstationen bei Einstieg

Jahr	Anzahl eingeschlossener Intensivpatienten	Harnwegkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionsrate (pro 1.000 Harnwegkathetertage)	Beatmungsassoziierte Pneemonierate * (pro 1.000 Beatmungstage)	ZVK-assoziierte laborbestätigte Sepsisrate (pro 1.000 ZVK-Tage)
2000	97.412	3,5	8,7	1,4
2001	128.922	2,8	8,1	1,5
2002	157.096	2,5	7,2	1,5
2003	179.778	2,4	6,5	1,7
2004	214.663	2,3	5,9	1,4
2005	267.005	2,3	5,8	1,4
2006	292.228	2,0	5,5	1,3
2007	347.352	1,9	5,2	1,2
2008	371.841	1,9	5,1	1,2
2009	391.003	1,8	4,5	1,3
2010 #	328.161	1,7	3,8	1,1

Tab. 1: Device-assoziierte Infektionsraten auf KISS-Intensivstationen pro Kalenderjahr 2000–2010

* Definitionsänderung Januar 2005 # Daten aus 2010 bis November 2010

Diese Woche

5/2011

Krankenhaushygiene

Zur Entwicklung nosokomialer Infektionen im Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS)

In eigener Sache

Leserumfrage zum Epidemiologischen Bulletin geplant

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen November 2010 (Datenstand: 1. Februar 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik 2. Woche 2011 (Datenstand: 2. Februar 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 4. Woche 2011



Jahr	Alle operierten Patienten	Mittleres Alter der operierten Patienten	Mittleres Alter der Patienten mit Wundinfektionen	Postoperative Wundinfektionsrate (pro 100 operierte Patienten)
2000	41.690	55,5	59,3	2,0
2001	55.458	55,6	61,4	2,0
2002	63.951	56,3	61,6	2,2
2003	70.536	56,8	61,3	2,0
2004	74.162	57,3	63,7	1,9
2005	91.598	57,8	64,0	1,7
2006	95.238	58,1	64,5	1,7
2007	104.539	59,2	65,6	1,7
2008	104.227	59,9	66,2	1,6
2009	121.241	60,7	66,4	1,6
2010 #	107.254	60,6	65,9	1,4

Tab. 2: Mittleres Alter operierter Patienten und bei Patienten mit postoperierten Wundinfektionen sowie postoperative Wundinfektionsrate (pro 100 operative Eingriffe) im OP-KISS pro Kalenderjahr 2000–2010; # Daten aus 2010 bis November 2010

in das KISS-System durchgeführt.⁷ Danach gab es keine Veränderung für die Katheter-assoziierte Sepsis bei neu am System teilnehmenden Intensivstationen im Zeitraum 1997 bis 2008. Dies spricht für ein stabiles Niveau der Infektionshäufigkeit außerhalb des KISS, zeigt aber auch, dass es über die Kalenderjahre bei nicht am KISS beteiligten Intensivstationen nicht zu einem generellen Rückgang nosokomialer Infektionen kommt.

Modul für postoperative Wundinfektionen

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung für die Jahre 2000–11/2010. Während das mittlere Alter der operierten Patienten sich innerhalb von 10 Jahren um ca. 5 Jahre erhöht hat, sind die postoperativen Wundinfektionsraten nicht angestiegen.

Modul MRSA-KISS

Die Gesamtinzidenz der MRSA-Fälle hat in den teilnehmenden Krankenhäusern seit 2004 stark zugenommen (Verdreifachung der Screeningfrequenz seit 2004), die Inzidenzdichte der nosokomialen MRSA-Fälle ist demgegenüber konstant geblieben (s. Tab. 3).

Andere multiresistente Erreger

Im Projekt SARI (Surveillance der Antibiotika-Anwendung und -Resistenz auf Intensivstationen) wird regelmäßig das Vorkommen anderer multiresistenter Erreger erfasst. Danach ist zu erkennen, dass die Anzahl der MRSA-Fälle pro 1.000 Patiententage auf deutschen Intensivstationen seit 2001 nicht zugenommen hat, aber seit ca. 2005 ein deutlicher Anstieg bei den ESBL-Bildnern (Extended Spectrum

Beta-Lactamase bildende Erreger) zu beobachten ist (in Abbildung 1 näherungsweise dargestellt als Drittgenerations-cephalosporin-resistente *Escherichia coli* bzw. *Klebsiella spp.* (Markerresistenz)). Da bei gramnegativen multiresistenten Erregern die Menge der alternativ zur Verfügung stehenden Antibiotika sehr limitiert ist, verdient diese Entwicklung besondere Beachtung.⁸

Anzahl MRE pro 1.000 Patiententage

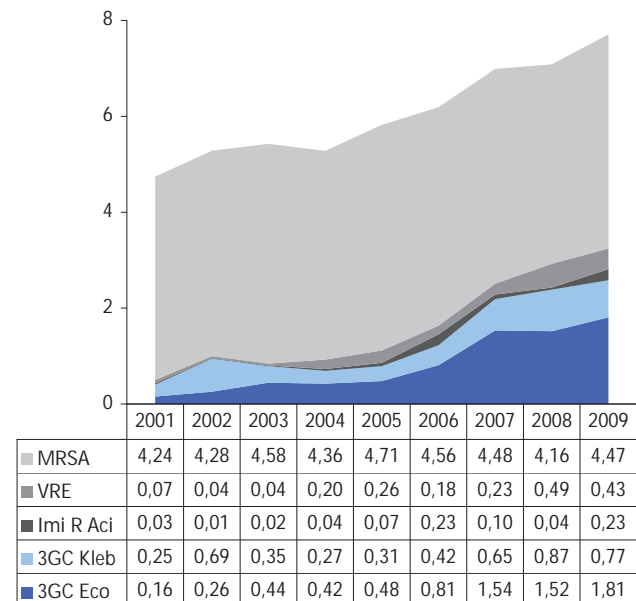


Abb. 1: Entwicklung multiresistenter Erreger in SARI pro Kalenderjahr 2001–2009; hellblau = Drittgenerationscephalosporin-resistente *Klebsiella spp.*; dunkelblau = Drittgenerationscephalosporin-resistente *Escherichia coli* (Imi R Aci = Imipenem-resistente *Acinetobacter baumannii*)

Jahr	Krankenhäuser	Patiententage	MRSA-Fälle	MRSA-Inzidenzdichte (MRSA-Fälle pro 1.000 Patiententage)		
				gesamt	importiert	nosokomial
2004	63	9.421.634	5.651	0,60	0,35	0,25
2005	88	12.808.024	9.124	0,71	0,46	0,25
2006	115	15.957.877	13.810	0,87	0,60	0,26
2007	148	19.594.818	19.147	0,98	0,71	0,26
2008	178	23.864.511	24.190	1,01	0,77	0,24
2009	204	25.416.849	28.628	1,13	0,90	0,23

Tab. 3: MRSA-Inzidenzdichten pro Kalenderjahr 2004–2009 in MRSA-KISS

Jahr	Kranken- häuser	Patienten- tage	CDAD- Fälle	CDAD-Inzidenzdichte (CDAD-Fälle pro 1.000 Patiententage)	
				gesamt	nosokomial
2007	35	45.91.728	3.033	0,66	0,48
2008	59	83.15.462	5.640	0,68	0,47
2009	86	11.776.800	7.771	0,66	0,45

Tab. 4: CDAD-Inzidenzdichten pro Kalenderjahr 2007–2009 in CDAD-KISS

Modul CDAD-KISS

Seit 2007 werden auch Fälle von mit *Clostridium difficile* assoziierter Diarrhö (CDAD) erfasst. Es ist zu erkennen, dass die Inzidenzdichte der nosokomialen Fälle von CDAD fast doppelt so hoch ist wie die nosokomiale MRSA-Inzidenzdichte (s. Tab. 3 und 4). Dies ist insbesondere bedeutsam, da jeder Fall einer CDAD eine Erkrankung darstellt, während als MRSA-Fall auch Patienten mit MRSA erfasst werden, die nur kolonisiert sind. Nur etwa ein Drittel der MRSA-Patienten hat auch eine MRSA-Infektion.

Auf die Darstellung der Entwicklung bei speziellen Patientengruppen wie neonatologische Intensivpatienten, hämatologisch-onkologische Patienten, ambulante Patienten wurde an dieser Stelle verzichtet.

Insgesamt kann geschlussfolgert werden, dass die kürzlich publizierten Hochrechnungen zur Gesamtzahl nosokomialer Infektionen, assoziierter Todesfälle und vermeidbarer Infektionen in Deutschland weiterhin zutreffen.^{9,10}

Literatur

1. Allegranzi B, Nejad S, Combesure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al.: Burden of endemic health-care associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377: 228–241

2. Zuschneid I, Schwab F, Geffers C, Rüden H, Gastmeier P: Reduction of central venous catheter associated bloodstream infection through surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24: 501–505
3. Zuschneid I, Schwab F, Geffers C, Behnke M, Rüden H, Gastmeier P: Trends in ventilator-associated pneumonia rates within the German nosocomial infection surveillance system (KISS). *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28: 314–318
4. Gastmeier P, Geffers C, Brandt C, Zuschneid I, Sohr D, Schwab F, et al.: Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. *J Hosp Infect* 2006; 64: 16–22
5. Brandt C, Sohr D, Behnke M, Daschner F, Rüden H, Gastmeier P: Reduction of surgical site infection rates with the help of benchmark data. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27: 1347–13451
6. Schwab F, Geffers C, Bärwolff S, Rüden H, Gastmeier P: Reducing neonatal nosocomial bloodstream infections through participation in a national surveillance system. *J Hosp Infect* 2007; 65: 319–325
7. Gastmeier P, Schwab F, Sohr D, Behnke M, Geffers C: Reproducibility of the surveillance effect to decrease nosocomial infection rates. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 993–999
8. Meyer E, Schwab F, Schroeren-Boersch B, Gastmeier P: Dramatic increase of third-generation cephalosporin-resistant *E. coli* in German intensive care units: secular trends in antibiotic drug use and bacterial resistance, 2001 to 2008. *Crit Care* 2010; 14(3): R113 (Epub ahead of print)
9. Gastmeier P, Geffers C: Nosokomiale Infektionen in Deutschland. *Dtsch Med Wschr* 2008; 133: 1111–1115
10. Gastmeier P, Brunkhorst F, Schrappe M, Kern W, Geffers C: Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? *Dtsch Med Wschr* 2010; 135: 91–93

Für diesen Beitrag danken wir Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: petra.gastmeier@charite.de).

In eigener Sache: Umfrage zum *Epidemiologischen Bulletin*

Um die Qualität des *Epidemiologischen Bulletins* aufrechtzuerhalten, aber auch um Verbesserungsbedarf aufzudecken, plant die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* eine Leserumfrage. Die Umfrage erfolgt sowohl online (ab 14. 2. 2011) als auch in Printform als Beilage in der Ausgabe 6/2011. Es wäre schön, wenn sich möglichst viele Leser an der Umfrage beteiligen würden. – Red.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: November 2010 (Datenstand: 1.2.2011)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektion				Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.			
	2010		2009		2010		2009		2010		2009		2010		
	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	
Baden-Württemberg	6	178	206	19	271	259	4	70	60	3	19	15	0	1	0
Bayern	19	343	360	35	356	362	6	79	85	2	22	30	1	1	2
Berlin	20	420	386	34	420	399	3	55	42	1	6	2	0	2	0
Brandenburg	0	36	25	10	63	47	0	10	4	0	0	1	0	1	0
Bremen	2	39	37	4	33	32	1	11	15	0	2	1	0	0	0
Hamburg	9	159	156	7	190	193	6	71	58	0	5	3	0	0	0
Hessen	7	140	162	24	227	213	5	44	52	1	7	12	0	2	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	23	33	4	23	29	3	8	2	0	1	0	0	0	0
Niedersachsen	8	181	159	16	177	158	2	31	33	0	2	8	0	0	2
Nordrhein-Westfalen	42	640	690	45	605	639	11	117	103	2	21	23	0	2	2
Rheinland-Pfalz	6	59	75	7	71	102	2	30	21	0	5	6	0	0	2
Saarland	0	29	23	2	28	23	0	4	2	0	2	2	0	0	0
Sachsen	7	95	126	14	103	81	1	8	6	0	1	1	0	1	0
Sachsen-Anhalt	1	21	27	2	35	47	0	2	1	0	2	0	0	1	0
Schleswig-Holstein	4	50	43	7	69	60	3	17	7	1	4	2	0	0	0
Thüringen	0	39	30	2	18	22	0	6	5	1	4	2	0	1	0
Deutschland	131	2.452	2.539	232	2.689	2.666	47	563	496	11	103	108	1	12	8

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

2. Woche 2011 (Datenstand: 2.2.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
Baden-Württemberg	100	177	239	1	2	4	2	4	6	29	54	79	4	5	1
Bayern	121	191	230	2	4	3	8	14	13	32	67	103	1	1	1
Berlin	61	97	113	1	1	0	6	9	4	5	14	29	2	3	5
Brandenburg	47	65	65	0	0	0	4	6	15	9	17	27	0	0	0
Bremen	9	15	19	0	1	0	0	0	3	4	4	9	0	1	0
Hamburg	29	56	73	0	0	0	1	1	0	4	6	23	1	2	3
Hessen	59	115	149	0	0	0	2	3	2	14	21	31	0	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	34	59	58	0	0	0	3	4	7	20	68	27	0	0	0
Niedersachsen	107	174	198	2	3	3	4	11	15	23	41	81	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	289	529	747	4	6	5	10	24	46	50	88	162	0	1	3
Rheinland-Pfalz	66	111	151	2	2	3	1	3	9	17	26	43	0	0	2
Saarland	18	41	66	0	0	0	0	1	1	3	8	19	0	0	0
Sachsen	125	222	165	3	4	2	8	15	26	33	51	52	0	0	0
Sachsen-Anhalt	26	37	34	0	0	0	3	6	11	11	17	28	0	0	0
Schleswig-Holstein	44	71	103	1	1	2	0	1	1	1	8	28	0	0	1
Thüringen	42	60	52	0	1	0	9	15	28	21	29	43	0	1	0
Deutschland	1.177	2.020	2.462	16	25	22	61	117	187	276	519	784	8	16	17

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
Baden-Württemberg	2	4	4	209	355	1.015	89	133	110	7	11	13	0	3	1
Bayern	11	13	16	332	573	1.564	118	195	165	11	17	16	0	1	1
Berlin	0	2	2	130	275	438	27	47	49	11	17	10	1	2	1
Brandenburg	2	3	3	120	211	640	32	61	107	2	2	5	0	0	0
Bremen	1	1	1	22	45	41	2	5	9	0	1	2	0	0	0
Hamburg	0	0	2	78	121	270	23	35	28	2	2	2	0	0	0
Hessen	1	4	6	78	175	966	37	65	71	3	7	11	2	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	2	4	3	127	214	452	29	63	84	3	4	5	0	0	0
Niedersachsen	8	13	15	254	462	904	59	116	116	7	13	5	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	10	19	18	810	1.573	2.229	148	308	174	10	18	27	0	2	5
Rheinland-Pfalz	5	5	7	165	342	608	31	59	45	4	6	4	1	3	0
Saarland	0	0	2	54	91	115	7	13	19	0	0	0	0	0	0
Sachsen	11	22	21	329	601	1.532	194	290	134	5	7	15	1	2	3
Sachsen-Anhalt	5	5	4	176	267	892	89	126	48	1	1	1	1	1	1
Schleswig-Holstein	2	2	4	122	216	263	32	57	47	1	2	8	0	0	0
Thüringen	7	10	9	142	241	772	45	71	61	1	1	4	0	0	1
Deutschland	67	107	117	3.148	5.762	12.701	962	1.644	1.267	68	109	128	6	16	14

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

2. Woche 2011 (Datenstand: 2.2.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	2.	1.–2.	1.–2.	2.	1.–2.	1.–2.	2.	1.–2.	1.–2.
Baden-Württemberg	1	2	0	0	0	0	14	18	20
Bayern	1	2	6	4	5	2	6	10	27
Berlin	1	1	1	0	1	0	10	16	13
Brandenburg	0	0	1	0	0	1	1	2	3
Bremen	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	2	3	0	0	0	2	3	4	3
Hessen	2	4	0	2	2	2	8	12	14
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	1	2	1
Niedersachsen	2	2	3	1	3	2	8	14	4
Nordrhein-Westfalen	3	6	9	2	3	11	9	17	22
Rheinland-Pfalz	0	0	2	1	1	4	1	4	12
Saarland	0	0	2	2	3	0	1	1	1
Sachsen	0	0	0	2	3	0	4	7	6
Sachsen-Anhalt	0	2	1	0	0	1	7	7	4
Schleswig-Holstein	0	0	1	0	1	1	1	5	6
Thüringen	0	0	0	0	1	1	1	1	3
Deutschland	12	23	27	14	23	27	75	120	139

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	2.	1.–2.	1.–2.	2.	1.–2.	1.–2.	2.	1.–2.	1.–2.
Baden-Württemberg	2	4	2	0	0	0	7	12	16
Bayern	4	7	2	7	10	3	5	8	15
Berlin	1	4	1	0	0	1	4	7	8
Brandenburg	0	1	1	0	0	0	0	1	3
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hamburg	0	0	0	0	0	3	4	5	6
Hessen	1	2	2	1	2	1	8	13	8
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	1	0	1	2	1
Niedersachsen	1	2	2	1	1	0	4	10	18
Nordrhein-Westfalen	8	9	10	0	0	1	22	37	32
Rheinland-Pfalz	1	2	1	1	1	0	2	3	9
Saarland	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Sachsen	1	1	1	0	0	0	0	2	9
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	2	2	6
Schleswig-Holstein	0	1	0	0	2	0	0	1	5
Thüringen	0	1	2	0	0	0	1	1	6
Deutschland	20	35	24	10	17	9	60	104	146

gegeben. 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).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

2. Woche 2011 (Datenstand: 2.2.2011)

Krankheit	2011 2. Woche	2011 1.–2. Woche	2010 1.–2. Woche	2010 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	4	13	10	487
Brucellose	0	0	0	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	7	113
Dengue-Fieber	6	13	6	594
FSME	1	1	0	261
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	0	64
Hantavirus-Erkrankung	7	9	36	2.012
Hepatitis D	0	0	0	10
Hepatitis E	9	13	1	220
Influenza	2.038	2.570	1.475	3.462
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	13	11	179
Legionellose	6	17	81	685
Leptospirose	1	1	0	69
Listeriose	3	6	13	388
Ornithose	0	0	0	24
Paratyphus	1	2	0	57
Q-Fieber	1	2	1	360
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	2	2	0	31
Typhus abdominalis	0	1	2	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 4. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 4. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Der Praxisindex liegt in der AGI-Großregion Norden (West) im moderat erhöhten Bereich. In allen anderen AGI-Großregionen ist der Praxisindex geringfügig erhöht. Dem RKI wurden seit der 40. Meldewoche (MW) 2010 insgesamt 7.811 klinisch-laboridiagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt, davon waren 1.206 (15%) hospitalisiert. Insgesamt wurden seit der 40. MW 41 Todesfälle mit Influenza-Infektion (davon 38 Fälle A(H1N1) 2009 subtypisiert) übermittelt. Keiner der verstorbenen Fälle, zu dem Informationen zur Impfung vorliegen (33/41), war gegen Influenza geimpft (Datenstand: 1.2.2011). Der Anstieg der Influenza-Aktivität in der Bevölkerung wird hauptsächlich durch eine erhöhte Krankheitslast in der Altersgruppe der Klein- und Schulkinder verursacht. Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 3. KW 2011 übermittelten 30 Länder epidemiologische Daten. Luxemburg berichtete über sehr hohe und Norwegen über hohe Influenza-Aktivität. 25 Länder berichteten über mittlere Aktivität, darunter Deutschland. Weitere drei Länder (Zypern, Schweden und das Vereinigte Königreich (Wales)) berichteten über geringe Aktivität. Während Irland und das Vereinigte Königreich den Höhepunkt der Aktivität bereits überschritten haben und von sinkenden Werten berichten, melden 18 Länder weiterhin ansteigende Werte. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Literaturhinweis: Eine RKI-Studie mit Daten zu schweren und tödlichen Erkrankungen durch pandemische Influenza (Influenza A(H1N1) 2009) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist abrufbar unter <http://www.cdc.gov/eid/content/17/2/186.htm>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 4. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@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 € 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-Abruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. 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)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273