



Epidemiologisches Bulletin

17. November 2014 / Nr. 46

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Nachweis von Enterovirus D68 bei gehäuftem Auftreten schwerer Atemwegserkrankungen in den USA

(Stand: August bis Oktober 2014)

Mitte September berichtete die amerikanische Infektionsschutzbehörde (CDC) über einen im Vergleich zum Vorjahr auffälligen Anstieg von schweren Atemwegserkrankungen in zwei Kinderkrankenhäusern in Chicago, Illinois und Kansas City, Missouri, wobei häufig Kinder mit Asthma betroffen waren. Mit Hilfe molekular-diagnostischer Untersuchungen wurde in der Mehrzahl der Proben Enterovirus 68 (EV-D68) nachgewiesen.

Dieser Bericht beschreibt die gegenwärtige Lage in Nordamerika, gibt virologische Hintergrundinformationen zu EV-D68 und fasst den aktuellen epidemiologischen Informationsstand in Deutschland zusammen.

In den Folgewochen wurden auch aus anderen Bundesstaaten unerwartete Häufungen schwer verlaufender respiratorischer Erkrankungen berichtet, bei denen EV-D68 nachgewiesen wurde. Seit Mitte August wurden 1.116 Fälle aus 47 Bundesstaaten der USA (Stand 11. November 2014) mit positivem Virusnachweis bestätigt.¹ Das Geschehen wird von den CDC als **landesweiter Ausbruch von EV-D68-assoziierten schweren Atemwegserkrankungen eingestuft**. Auch aus **Kanada** wurden EV-D68 bedingte schwere Krankheitsverläufe berichtet, hier wurden **aus acht Provinzen 214 Proben positiv getestet** (Stand 4. November 2014).² In einigen Fällen kam es zu neurologischen Komplikationen mit Polio-ähnlichen Symptomen (schlaffe Lähmungen der Extremitäten) ca. 7–14 Tage nach Auftreten der respiratorischen Symptome. Auch in elf Todesfällen wurde EV-D68 nachgewiesen, eine ursächliche Beteiligung muss jedoch noch geklärt werden. Weder in den USA noch in Kanada wurden erhöhte Raten an Atemwegserkrankungen aus dem niedergelassenen Bereich berichtet.^{3,4}

Enteroviren (EV) verursachen eine Vielzahl klinisch relevanter Erkrankungen vor allem im Kindesalter. Hierzu zählen neben **respiratorischen Symptomen** („Sommergrippe“) vor allem **Hautausschläge (Hand-Fuß-Mund-Krankheit)** aber auch **neurologische Erkrankungen wie Meningitis/Enzephalitis oder akute schlaffe Lähmungen**. Die Mehrzahl der Infektionen verläuft asymptomatisch oder mit milden Symptomen und ist in der Regel selbstlimitierend. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich fäkal-oral bzw. durch direkten Kontakt oder Tröpfcheninfektion. Enterovirus-Infektionen treten saisonal gehäuft auf mit Anstiege im Sommer und im Herbst. Eine Impfung gegen die Nicht-Polio-Enteroviren (NPEV) ist nicht vorhanden, die Therapie erfolgt symptomatisch.

EV-D68 wurde erstmals 1962 aus respiratorischen Proben von Kindern mit Pneumonien und Bronchiolitis isoliert und in den Folgejahrzehnten nur sehr selten detektiert. Erste Berichte im Zusammenhang mit Häufungen von respiratorischen Erkrankungen kamen von den Philippinen (2008), aus Japan und den Niederlanden (2010) sowie aus den USA (2009/2010). Die Fallzahlen waren jedoch sehr gering.⁵ Auch aus Frankreich und Italien wurde über sporadische

Diese Woche 46/2014

Enterovirus D68

Zum gehäuftem Auftreten schwerer Atemwegserkrankungen in den USA

Ebolafieber

Informationsblatt: Maßnahmen bei Personal, das im Rahmen des Ebolafieber-Ausbruchs tätig ist

Influenza A(H5N8)

Zum Ausbruch in einem Putenmastbetrieb in Mecklenburg-Vorpommern

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
43. Woche 2014

ARE/Influenza

Zur Situation in der
45. Woche 2014



EV-D68 Nachweise berichtet. Insgesamt kann von einer geringen Zirkulation dieses Serotyps in Europa ausgegangen werden. Aufgrund der oft leichten Verläufe, der nicht vorhandenen Meldepflicht für NPEV und der daraus resultierenden, oft nicht erfolgenden Diagnostik muss jedoch von einer Untererfassung ausgegangen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass EV-D68 mit vielen respiratorischen Diagnostik Assays in der Routinediagnostik häufig als Rhinovirus (RV) detektiert wird, eine weitergehende Typisierung erfolgt in der Regel nicht.

Die gegenwärtige Situation in Europa wird von dem Europäischen Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention (*European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC) so beschrieben, dass auf der Basis von informellen Anfragen in den Niederlanden, Frankreich, Großbritannien und Finnland nur sporadische und – soweit bekannt – respiratorische Erkrankungen durch EV-D68 detektiert wurden (Stand 15. Oktober 2014).⁴ Aus Frankreich wurde aktuell über den Fall eines 4-jährigen Jungen mit akuter schlaffer Parese berichtet, bei dem neben neurologischen Symptomen auch eine Pneumonie diagnostiziert wurde.⁶

Zur Einschätzung der Lage in Deutschland haben das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren (FG15), das NRZ für Influenza (FG17) und das Fachgebiet 36 (für respiratorisch übertragbare Erkrankungen) die gegenwärtig verfügbaren Informationen zusammengetragen. Auf der **Ebene der syndromischen Überwachung** gibt es weder bei niedergelassenen Ärzten (Arbeitsgemeinschaft Influenza, AGI) noch in der Allgemeinbevölkerung (GrippeWeb) Hinweise auf eine Aktivität von Atemwegserkrankungen, die über das jahreszeitlich zu erwartende Maß hinausgeht. Auch aus den Universitätskliniken wurde bisher über keine auffälligen Häufungen schwerer respiratorischer Erkrankungen berichtet.

Die **im Rahmen der bundesweiten Influenza-Surveillance** an das NRZ für Influenza eingesandten Sentinel-Proben von Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen (ARE) aus dem niedergelassenen Bereich wurden hinsichtlich EV-D68 untersucht. Im Zeitraum 32.–44. KW wurden von insgesamt 326 Proben 12 EV-D68 positiv getestet, 10 stammen aus dem Monat Oktober. Die an EV-D68 erkrankten Patienten waren zwischen 0–4 Jahre ($n = 1$), 5–15 Jahre ($n = 5$) bzw. > 16 Jahre ($n = 6$) alt. Es handelt sich hierbei jedoch um sporadische Nachweise, die verschiedene Bundesländer betrafen. Bisherige Sequenzanalysen zeigten eine hohe Ähnlichkeit der in Deutschland identifizierten Viren mit den in den USA zirkulierenden EV-D68 Stämmen, jedoch trifft dies auch auf vor 2014 beschriebene Viren aus anderen Ländern zu. In 18 Proben von hospitalisierten Kindern, die im August in einem Berliner Universitätsklinikum mit

schweren respiratorischen Symptomen behandelt wurden, wurde kein EV-D68 nachgewiesen.

Die **im Rahmen der Globalen Polioeradikation** durchgeführte bundesweite Enterovirus Surveillance (EV Surv) bei Patienten mit aseptischer Meningitis/Enzephalitis oder akuten schlaffen Paresen (AFP) basiert auf der Untersuchung von Stuhl- und Liquorproben. Aufgrund ihrer Säurelabilität sind EV-D68 Viren nur selten im Stuhl nachweisbar, eine Detektion im Liquor ist bisher nur einmal in der Literatur beschrieben. Eine Auswertung der Daten zeigte keinen aktuellen Anstieg von eingesandten Proben zur Untersuchung von AFP-Fällen in den letzten drei Monaten. Auch wurde bisher in diesem Jahr kein EV-D68 in der EV Surv nachgewiesen. Jedoch konnten Einzelnachweise von EV-D68 in den Jahren 2010 und 2013 in Stuhlproben erfolgen.

Aufgrund dieser Datenlage besteht momentan kein Hinweis darauf, dass in Deutschland eine ähnliche Situation wie in den USA/Kanada vorliegt. Dennoch werden alle Kliniker gebeten, beim Auftreten von schweren respiratorischen Erkrankungen EV-D68 in die Differentialdiagnose einzubeziehen und EV/RV-positiv vorgetestete respiratorische Proben zur EV-D68 Diagnostik an das Robert Koch-Institut zu schicken. Neben der virologischen Abklärung von akuten schlaffen Lähmungen im Hinblick auf einen Polioausschluss sollte nach vorangegangenen respiratorischen Symptomen auch eine respiratorische Probe in die Diagnostik einbezogen werden.

Literatur:

1. <http://www.cdc.gov/non-polio-enterovirus/outbreaks/EV-D68-outbreaks.html>
2. <http://www.nccid.ca/disease-debrief-ev-d68#Q1>
3. <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>
4. ECDC Rapid Risk Assessment Enterovirus 68, 15. Oktober 2014
5. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6038a1.htm>
6. Lang M, Mirand A, Savy N, Henquell C, Maridet S, Perignon R, Labbé A, Peigue-Lafeuille H: Acute flaccid paralysis following enterovirus D68 associated pneumonia, France 2014. *Euro Surveill* 2014;19(44):pii=20952 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20952>

Wir danken den einsendenden Arztpraxen und Klinikern, den in die Labornetzwerke eingebundenen Laboren sowie allen GrippeWeb-Teilnehmern für die sehr gute Zusammenarbeit.

Für diesen Artikel danken wir Dr. Sindy Böttcher (BoettcherS@rki.de) sowie den **Ansprechpartnern** aus den beteiligten Fachgebieten, Dr. Udo Buchholz, FG 36 (BuchholzU@rki.de), Dr. Brunhilde Schweiger, NRZ Influenza (SchweigerB@rki.de) und Dr. Sabine Diedrich, NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren (DiedrichS@rki.de).

Informationsblatt neu auf Internetseite des Robert Koch-Instituts erschienen

Empfohlene Maßnahmen für medizinisches und anderes Personal, das in der Patientenversorgung oder Ausbruchsbekämpfung im Rahmen des Ebolafieber-Ausbruchs 2014 tätig war

Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung von Ebolafieber ist durch den direkten ungeschützten Körperkontakt mit an Ebolafieber erkrankten oder verstorbenen Menschen oder durch den Kontakt mit deren Blut oder anderen Körperflüssigkeiten möglich. Maßnahmen der Patientenversorgung, Labortätigkeiten und andere mit der Ausbruchsbekämpfung in Zusammenhang stehende Tätigkeiten (z. B. Desinfektionsmaßnahmen, Kontaktnachverfolgung, Bestatungen) müssen daher immer unter Beachtung der jeweils erforderlichen Schutzmaßnahmen durchgeführt werden.

Das Robert Koch-Institut hat ein Informationsblatt, mit empfohlenen Maßnahmen zum Umgang mit medizinischem und anderem Personal, das in der Patientenversorgung oder Ausbruchsbekämpfung im Rahmen des Ebolafiebersausbruchs 2014 tätig war, neu auf Ihrer Internetseite unter www.rki.de/hilfskraefte veröffentlicht.

Personal (s. o.) welches **unter Einhaltung geeigneter Schutzmaßnahmen** Kontakt hatte mit: Ebolafieber-Erkrankten, -Krankheitsverdächtigen oder -Verstorbenen, Körperflüssigkeiten von Ebolafieber-Erkrankten, -Krankheitsverdächtigen oder -Verstorbenen, oder Ebolaviren, erregerhaltigem Material oder infizierten Tieren, ist **nicht grundsätzlich ansteckungsverdächtig** im Sinne des § 2 Nr. 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Ein Aussetzen der Berufstätigkeit über einen Zeitraum von 21 Tagen nach dem letzten möglichen Kontakt ist aus infektiologischen Gründen nicht erforderlich, kann aber im Einzelfall aus anderen Gründen erwogen werden (u. a. Erholung, Vermeidung banaler Infekte und damit falscher Verdachtsfälle). Dies gilt insbesondere, wenn medizinisches Personal, welches auch in Deutschland in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig ist, aus dem sehr belastenden Einsatz in den Ausbruchsgebieten in Westafrika nach Deutschland zurückkehrt.

Dem oben genannten Personal wird allerdings dringend empfohlen sich nach Rückkehr bei ihrem zuständigen Gesundheitsamt zu melden und eine gegenseitige Erreichbarkeit sicherzustellen sowie über einen Zeitraum von 21 Tagen nach dem letzten Kontakt mit einer möglichen Ansteckungsquelle den eigenen Gesundheitszustand selbst zu beobachten und das Auftreten von Symptomen zu dokumentieren.

Wenn in diesem Zeitraum Symptome auftreten, die mit Ebolafieber vereinbar sind, sollte die betroffene Person sofort Kontakte mit anderen Personen vermeiden und sich umgehend **telefonisch** unter Hinweis auf eine mögliche Ebolavirus-Infektion bei dem mit ihrem Gesundheitsamt vereinbarten Kontakt melden, um das weitere Vorgehen festzulegen.

Das Informationsblatt ist durch das Robert Koch-Institut in Abstimmung mit den Ländern, mit Bundesressorts, dem Deutschen Roten Kreuz, der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk, Ärzte ohne Grenzen sowie dem Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen (STAKOB) entstanden. Es ist eine Orientierungshilfe für das Personal, das in der Patientenversorgung oder Ausbruchsbekämpfung im Rahmen des Ebolafiebersausbruchs 2014 tätig war, deren entsendende Organisationen sowie die jeweils zuständige örtliche Gesundheitsbehörde.

Der Einsatz der deutschen Hilfskräfte vor Ort dient der Krisenbewältigung im Ausbruchsgebiet und damit auch der Gesundheitssicherstellung der Bevölkerung in Deutschland. Das Robert Koch-Institut dankt den Hilfskräften für ihren Einsatz und bittet nachdrücklich, rückkehrende Hilfskräfte nicht zu meiden, nicht zu stigmatisieren und beim Umgang mit persönlichen Informationen deren Privatsphäre zu wahren.

Zum Ausbruch hochpathogener aviärer Influenza A(H5N8) in einem Putenmastbetrieb in Mecklenburg-Vorpommern

Am 5. November 2014 wurde in Mecklenburg-Vorpommern (MV) ein Ausbruch hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) A(H5N8) in einem Putenmastbetrieb von den Veterinärbehörden bestätigt. **A(H5N8)** wurde damit **erstmals bei Geflügel in Europa** identifiziert, bisher war H5N8 in Asien (Korea, China und Japan) bei Wildvögeln und Geflügel nachgewiesen worden. Die zuständigen Veterinärbehörden haben einen Sperrbezirk und ein Beobachtungsgebiet eingerichtet, die Puten des betroffenen Bestandes wurden gekeult und die Kadaver sicher entsorgt (weitere Informationen: <http://www.fli.bund.de/de/startseite/startseite/startseite/gefluegelpest-in-mecklenburg-vorpommern.html>).

Seit 2003 wurden weltweit über 1.000 humane Erkrankungen mit aviärer Influenza identifiziert, bis 2012 hochpathogene Influenza A(H5N1) in Asien und Ägypten und seit 2013 Influenza A(H7N9) in China. Es gibt weiterhin keine Hinweise für eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung mit aviären Influenzaviren.

Nach bisherigen Erfahrungen scheint es nur bei engem Kontakt mit erkrankten oder verendeten Vögeln sowie deren Produkte oder Ausscheidungen zur Übertragung der Viren vom Tier auf den Menschen zu kommen (<http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Gefluegelpest/Gefluegelpest.html>).

Humane Erkrankungen mit dem jetzt in MV identifizierten Subtyp H5N8 sind bisher nicht beobachtet worden. Beim Einsatz adäquater Schutzmaßnahmen sind Übertragungen auf den Menschen unwahrscheinlich.

Das RKI hat auf seinen Internetseiten Empfehlungen zur Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko durch (hochpathogene) aviäre Influenza A/H5 veröffentlicht. Ein erhöhtes Risiko für die Allgemeinbevölkerung besteht nicht.

Weitere Informationen des RKI zur aviären Influenza: <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaerInfluenza/AviaerInfluenza.html>

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

43. Woche 2014 (Datenstand: 12.11.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43
Baden-Württemberg	145	5.560	5.284	3	99	122	8	215	237	34	1.170	1.380	1	47	53
Bayern	171	6.904	6.000	5	205	234	26	705	707	44	1.991	2.095	0	78	92
Berlin	78	2.493	2.430	1	66	70	23	518	537	9	558	551	1	70	53
Brandenburg	61	2.087	1.905	0	32	33	15	305	359	10	583	571	0	6	13
Bremen	9	459	361	0	1	6	0	6	10	4	61	83	0	4	1
Hamburg	29	1.632	1.605	3	45	52	11	266	255	8	254	378	0	34	32
Hessen	83	3.875	3.317	0	36	38	0	90	104	29	807	983	17	47	47
Mecklenburg-Vorpommern	33	1.794	1.693	5	84	35	16	668	603	14	452	426	0	2	2
Niedersachsen	108	4.711	4.287	6	146	164	17	604	513	41	1.130	1.602	2	14	13
Nordrhein-Westfalen	363	15.449	13.523	5	248	246	25	840	957	74	2.563	3.324	3	37	43
Rheinland-Pfalz	66	3.272	2.931	2	92	83	13	243	212	26	757	803	1	32	50
Saarland	20	1.042	982	1	4	8	0	18	30	3	136	144	0	2	2
Sachsen	122	4.537	4.308	5	175	124	27	843	713	42	1.298	1.360	1	20	37
Sachsen-Anhalt	54	1.612	1.461	2	75	61	40	750	665	22	807	1.011	0	11	16
Schleswig-Holstein	38	2.127	2.077	1	32	54	6	89	86	9	363	522	0	5	12
Thüringen	45	1.731	1.557	0	30	26	7	229	292	19	827	1.099	0	12	12
Deutschland	1.425	59.294	53.725	39	1.370	1.356	234	6.389	6.281	388	13.758	16.335	26	421	478

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43	2014	2013	1.-43
Baden-Württemberg	2	93	118	43	5.003	5.394	8	2.052	2.405	8	421	445	0	59	69
Bayern	7	241	266	60	5.784	7.348	14	3.934	4.819	17	679	700	2	170	116
Berlin	0	61	67	57	2.288	2.022	16	1.329	1.902	9	291	353	6	95	100
Brandenburg	3	88	79	61	2.668	2.945	12	1.568	3.626	2	72	82	3	71	67
Bremen	1	4	15	1	473	345	0	160	246	0	23	17	0	9	8
Hamburg	0	43	55	14	1.414	1.989	6	782	1.707	1	105	131	1	21	15
Hessen	1	118	130	23	3.008	4.556	17	1.811	1.599	2	247	233	2	87	71
Mecklenburg-Vorpommern	0	37	40	37	2.303	3.453	9	1.316	1.709	1	114	95	4	78	56
Niedersachsen	4	200	172	46	4.676	6.053	14	2.087	4.162	7	174	160	3	89	77
Nordrhein-Westfalen	10	325	375	88	9.579	14.615	36	5.321	9.320	14	670	655	10	339	227
Rheinland-Pfalz	3	137	116	26	2.842	3.697	15	1.170	1.844	2	123	148	2	45	39
Saarland	1	17	10	3	539	1.190	2	535	410	1	40	16	0	10	8
Sachsen	9	213	269	131	6.166	7.411	16	2.862	4.869	6	195	237	6	202	163
Sachsen-Anhalt	12	154	127	88	3.438	4.100	7	1.944	2.076	2	83	73	3	51	279
Schleswig-Holstein	2	71	84	17	1.782	1.839	7	733	1.311	0	51	47	0	13	23
Thüringen	7	193	206	49	3.012	3.394	26	2.151	3.353	4	131	63	3	44	43
Deutschland	62	1.996	2.129	744	54.990	70.358	205	29.759	45.366	76	3.419	3.455	45	1.383	1.361

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, 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

43. Woche 2014 (Datenstand: 12.11.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014	1.–43	1.–43	2014	1.–43	1.–43	2014	1.–43	1.–43	2014	1.–43	1.–43	2014	1.–43	1.–43
Baden-Württemberg	5	51	79	2	53	49	16	775	734	0	31	33	9	387	476
Bayern	1	75	72	2	106	85	20	898	855	0	28	40	6	544	496
Berlin	1	25	37	0	62	52	15	485	437	2	20	22	5	300	300
Brandenburg	0	21	19	0	16	9	3	57	49	0	3	3	1	82	88
Bremen	0	4	24	0	10	12	0	31	22	0	3	2	1	45	43
Hamburg	0	17	22	1	39	30	5	120	106	0	6	5	0	118	158
Hessen	1	42	54	0	58	62	11	507	338	0	13	21	8	411	371
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	18	0	7	7	1	33	56	2	7	6	1	51	68
Niedersachsen	8	61	44	1	34	32	2	196	234	1	13	23	6	297	263
Nordrhein-Westfalen	3	116	141	3	123	125	29	753	593	3	52	64	14	866	857
Rheinland-Pfalz	1	21	54	0	23	44	7	207	196	1	19	19	2	152	146
Saarland	0	13	11	1	14	10	2	105	51	0	1	6	0	43	35
Sachsen	0	16	20	0	19	32	2	281	267	0	4	12	2	115	110
Sachsen-Anhalt	0	19	19	0	18	20	0	70	105	0	3	3	4	95	96
Schleswig-Holstein	1	14	14	2	15	10	2	137	109	1	13	21	1	62	74
Thüringen	0	22	16	0	3	10	0	101	65	0	5	10	2	72	56
Deutschland	21	523	644	12	600	589	115	4.756	4.217	10	221	290	62	3.642	3.640

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014	1.–43	1.–43	2014	1.–43	2014	1.–43	2014	1.–43	2014	1.–43	
Baden-Württemberg	0	10	63	2	55	0	3	47	1.366	49	2.749	
Bayern	0	108	764	1	109	0	9	53	2.220	37	3.072	
Berlin	0	13	487	0	42	0	3	15	573	28	1.189	
Brandenburg	0	6	58	0	7	0	3	12	493	7	552	
Bremen	0	4	7	0	1	0	0	0	18	7	373	
Hamburg	0	13	18	6	52	0	1	5	151	2	278	
Hessen	0	19	13	2	51	0	1	16	588	15	1.085	
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	10	0	0	8	188	0	151	
Niedersachsen	0	7	24	0	36	0	3	15	745	22	1.151	
Nordrhein-Westfalen	6	37	125	3	214	0	3	26	1.423	61	4.396	
Rheinland-Pfalz	0	6	14	0	49	0	3	12	490	21	661	
Saarland	0	2	0	0	5	0	1	6	92	2	104	
Sachsen	0	6	54	0	27	0	1	5	577	25	1.712	
Sachsen-Anhalt	0	10	32	1	5	0	0	8	374	3	439	
Schleswig-Holstein	0	40	10	1	26	0	3	3	163	7	385	
Thüringen	0	0	23	0	11	0	3	10	506	5	333	
Deutschland	6	282	1.693	16	700	0	37	241	9.971	291	18.631	

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

43. Woche 2014 (Datenstand: 12.11.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	43. Woche	1.–43. Woche	1.–43. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	7	1.059	1.804	1.985
Brucellose	1	39	22	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	58	96	112
Dengue-Fieber	6	520	749	878
FSME	8	237	380	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	76	70	77
Hantavirus-Erkrankung	17	387	130	161
Hepatitis D	0	14	26	33
Hepatitis E	14	533	394	458
Influenza	15	6.982	70.048	70.222
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	365	340	416
Legionellose	26	713	808	923
Leptospirose	7	128	65	80
Listeriose	4	476	386	468
Ornithose	0	8	9	10
Paratyphus	0	23	49	56
Q-Fieber	6	230	94	115
Trichinellose	0	1	14	14
Tularämie	0	15	19	20
Typhus abdominalis	0	47	78	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Diphtherie

Bayern, 13 Jahre, weiblich (*C. ulcerans*, Rachendiphtherie) (7. Diphtherie-Fall 2014)

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber

1. Hamburg, 22 Jahre, männlich (Infektionsland Frankreich, Guadeloupe) 41. Meldewoche 2014
2. Baden-Württemberg, 50 Jahre, männlich (Infektionsland Jamaika) (114. und 115. Chikungunya-Fall 2014)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 45. Kalenderwoche (KW) 2014

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 45. KW 2014 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

41 Länder sandten für die 44. KW 2014 Daten an TESSy. Alle Länder verzeichneten eine geringe klinische Influenza-Aktivität. Informationen unter: <http://www.flunewseurope.org>.

Ausbruch von aviärer Influenza A(H5N8) bei Puten in einem Mastbetrieb in Mecklenburg-Vorpommern

Am 5. November 2014 wurde in Mecklenburg-Vorpommern ein Ausbruch von hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) A(H5N8) in einem Putenmastbetrieb von den Veterinärbehörden bestätigt. Das RKI hat dazu eine Stellungnahme auf seinen Internetseiten veröffentlicht, abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviäreInfluenza/Influenza_A_H5N8.html (s. auch Kurzinformation in dieser Ausgabe).

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 45. Kalenderwoche 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