



Epidemiologisches Bulletin

19. Januar 2017 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Gemeinsamer nationaler Bericht des BVL und RKI zu lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen in Deutschland, 2015

Eine zusammenfassende Darstellung

Jedes Jahr erkranken in Deutschland zahlreiche Menschen im Rahmen von lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen durch Infektionen mit bakteriellen, viralen oder parasitären Erregern oder Lebensmittelvergiftungen durch meist mikrobielle Toxine. In Deutschland werden Daten zu den Erkrankungen in lebensmittelbedingten Ausbrüchen bzw. den an Krankheitsausbrüchen beteiligten Lebensmitteln über zwei parallel angelegte Meldesysteme, das IfSG-Meldesystem (Infektionsschutzgesetz) der Gesundheitsbehörden und das BELA-System (bundes einheitliches System zur Erfassung von Daten zu Lebensmitteln, die an Krankheitsausbrüchen beteiligt sind) der Lebensmittelüberwachungsbehörden, lokal erfasst und über die Behörden des Landes an die des Bundes (Robert Koch-Institut [RKI] und Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit [BVL]) übermittelt. Die Daten werden vom RKI und BVL gemeinsam bewertet und an die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (European Food Safety Authority, EFSA) nach den von der EFSA vorgegebenen Kriterien berichtet. Erstmals werden die Daten zu lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen in Deutschland jetzt auch in Form eines nationalen Berichts vom BVL und RKI gemeinsam im *Journal für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit* (JVL) veröffentlicht. Im Folgenden wird der Bericht kurz zusammengefasst.

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 384 lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche an das BVL bzw. an das RKI übermittelt. Mindestens 2.072 Erkrankungen und 224 Hospitalisierungen standen mit den Ausbrüchen in Zusammenhang. Todesfälle sind nicht aufgetreten. Bei 28 Krankheitsausbrüchen wurde die Evidenz des Zusammenhangs zwischen den Erkrankungen und einem ursächlichen Lebensmittel gemäß EFSA-Kriterien¹ als hoch eingestuft. Den größten Anteil davon (12/28, 43%) nahmen Ausbrüche durch den Erreger *Campylobacter* ein. Bei allen 12 *Campylobacter*-Ausbrüchen mit hoher Evidenz war nicht abgekochte Rohmilch das verursachende Lebensmittel. Bei drei dieser Ausbrüche hatten Schulklassen oder andere Gruppen Rohmilch vom Bauernhof getrunken. Vier Ausbrüche wurden verursacht, weil Personen Rohmilch von Rohmilchabgabautomaten, sogenannten Milchtankstellen, getrunken hatten, ohne den Hinweis, dass die Rohmilch vor dem Verzehr erhitzt werden sollte, zu beachten. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hat noch einmal deutlich auf das gesundheitliche Risiko durch den Verzehr von nichterhitzter Rohmilch hingewiesen.^{2,3} Weitere Erreger und Agenzien, die Ausbrüche mit hoher Evidenz verursachten, waren Histamin (z. B. in Thunfisch) (5/28; 18%), *Salmonella* spp. (3/28; 11%), *Bacillus cereus* (2/28; 7%), *Staphylococcus aureus*, Norovirus, *Listeria monocytogenes*, *Trichinella*, *Clostridium perfringens* und Ciguatoxin (jeweils ein Ausbruch). Der Ausbruch mit den meisten Erkrankungsfällen (n=159), davon 149 Kinder, wurde durch *Listeria monocytogenes* verursacht. Die Betroffenen dieses Gastroenteritis-Ausbruchs hatten in Einrichtungen zur Kindertagesbetreuung von

Diese Woche 3/2017

Gemeinsamer nationaler Bericht des BVL und RKI zu lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen in Deutschland, 2015

Häufung von reiseassoziierten Legionellen-Erkrankungen in Dubai

Neuberufung von NRZ und KL

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
52. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen für die
2. Kalenderwoche 2017



einem Caterer gelieferten Milchreis gegessen, in dem *L. monocytogenes* in sehr hoher Konzentration nachgewiesen werden konnte.⁴

Es ist davon auszugehen, dass jährlich deutlich mehr lebensmittelbedingte Ausbrüche und Erkrankungen in Deutschland auftreten, die 384 gemeldeten und an das BVL bzw. das RKI übermittelten Ausbrüche also nur die Spitze des Eisbergs darstellten. Gemeinsame, interdisziplinäre Ausbruchsuntersuchungen durch die zuständigen Gesundheitsämter und Lebensmittelüberwachungsbehörden sind unerlässlich, um die Ausbruchsursachen zu erkennen und geeignete Maßnahmen ergreifen sowie Empfehlungen aussprechen zu können, die ein Ausbruchsgeschehen beenden und weitere Ausbrüche verhindern können.

Bettina Rosner
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie |
FG 35 Gastrointestinale Infektionen

Literatur

1. European Food Safety Authority: Updated technical specifications for harmonised reporting of foodborne outbreaks through the European Union reporting system in accordance with Directive 2003/99/EC EFSA Journal 2011;9(4):2101
2. Bundesinstitut für Risikobewertung: Rohmilch: Abkochen schützt vor Infektion mit *Campylobacter*. Stellungnahme Nr. 008/2016 des BfR vom 13. April 2016
3. Bundesinstitut für Risikobewertung: FAQ zum Verzehr von Rohmilch 13. April 2016
4. RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2015. Berlin 2016

Der ausführliche Bericht inklusive Hintergrundinformationen zur Datenerfassung und -bewertung ist über folgenden Link kostenfrei zugänglich: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00003-016-1060-2>

Vorgeschlagene Zitierweise:

Rosner B: Gemeinsamer nationaler Bericht des BVL und RKI zu lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen in Deutschland, 2015 – Eine zusammenfassende Darstellung. *Epid Bull* 2017;3:29–30

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Häufung von reiseassoziierten Legionellen-Erkrankungen in Dubai

Nach Angaben von ELDSNet – dem europäischen Netzwerk zur Überwachung reiseassoziiierter Legionärserkrankung – wurde seit Oktober 2016 ein deutlicher Anstieg reiseassoziiierter Erkrankungen im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in Dubai (Vereinigte Arabische Emirate) beobachtet. So wurde im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nahezu eine Verdopplung der an ELDSNet gemeldeten Fälle registriert.

Zwischen dem 1.10.2016 und dem 10.1.2017 wurden dem Netzwerk insgesamt 31 Fälle bei Reisenden aus 7 EU-Mitgliedsstaaten gemeldet. Der Erkrankungsbeginn lag zwischen dem 1.10.2016 und Ende Dezember 2016. Die Erkrankten stammten überwiegend aus England (16 Fälle). Weitere Fälle wurden aus den Niederlanden (4), Schweden (4), Frankreich (3), Dänemark (2), Belgien (1) und Deutschland (1) gemeldet.

Die Mehrzahl der Erkrankten war 50 Jahre oder älter (Median 65 Jahre; Spannweite 36 bis 84 Jahre). In 3 Fällen konnte der Erreger als *Legionella pneumophila* Serogruppe 1 Sequenztyp 616 identifiziert werden – ein in Europa eher selten vorkommender Stamm.

Die Erkrankten hatten in verschiedenen – zum Teil weit verstreuten – Hotels in Dubai übernachtet. Drei englische Touristen wohnten zudem in privaten Unterkünften. Als mögliche Infektionsquelle kommt daher die Kontamination eines Wasserverteilungssystems in Betracht, welches die verschiedenen individuellen Unterkünfte versorgt oder eine andere öffentliche Infektionsquelle, zu der die Touristen im Rahmen ihrer Reiseaktivitäten in Dubai exponiert waren. In der einheimischen Bevölkerung wurde nach Angaben der dortigen Gesundheitsbehörden bisher

kein Anstieg in den Erkrankungszahlen beobachtet. Derzeit laufen noch die Untersuchungen vor Ort.

Da die Infektionsquelle bislang noch nicht ermittelt werden konnte, besteht möglicherweise weiterhin ein Expositionsrisiko für Personen, die Dubai besuchen. Daher sollten Reiserückkehrer, die mit respiratorischen Symptomen ihren Arzt aufsuchen und bei denen der Verdacht auf eine atypische Pneumonie besteht, gezielt auf Legionellen untersucht werden. Ferner sollte eine ausführliche Reiseanamnese für die 10 Tage vor Erkrankungsbeginn erfolgen. Sollte dabei festgestellt werden, dass sich die Erkrankten in den 10 Tagen vor Erkrankungsbeginn in Dubai aufgehalten haben, wird gebeten, nähere Informationen zur Unterkunft und ggf. weitere relevante Aufenthaltsorte/Aktivitäten zu ermitteln und auf dem herkömmlichen Meldeweg gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) via Landesstelle an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln, welches die Fälle an ELDSNet weitermeldet.

Im Zusammenhang mit der aktuellen Häufung in Dubai bittet ELDSNet darum, die betreffenden Patienten mittels eines standardisierten, von ELDSNet erarbeiteten Fragebogens zu interviewen (der Fragebogen wird – in deutscher Übersetzung – den jeweils betroffenen Gesundheitsämtern und Landesstellen vom RKI zur Verfügung gestellt).

In Deutschland ist dem RKI im fraglichen Zeitraum 2016 bisher ein reiseassoziiierter Erkrankungsfall im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in Dubai übermittelt worden. Dieser wurde bereits an ELDSNet weitergemeldet (s. o.) und befragt. Ein weiterer möglicher Fall wird derzeit geprüft.

Dr. Bonita Brodhun
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie |
FG 36 Respiratorisch übertragbare Erkrankungen

Vorgeschlagene Zitierweise:

Brodhun B: Häufung von reiseassoziierten Legionellen-Erkrankungen in Dubai. *Epid Bull* 2017;3:30

DOI 10.17886/EpiBull-2017-003

Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore

Neuberufung des Nationalen Referenzzentrums für tropische Infektionserreger

Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für tropische Infektionserreger wurde aufgrund des Eintritts in den Ruhestand von Prof. Dr. Bernhard Fleischer am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM) im August 2016 neu ausgeschrieben. Nach einem Auswahlverfahren wurde Prof. Dr. Egbert Tannich am BNITM zum 1. Januar 2017 als Leiter des NRZ für tropische Infektionserreger neu berufen.

Kontaktdaten

Institution: Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Str. 74
20359 Hamburg

Ansprechpartner: Prof. Dr. Egbert Tannich

Telefon: +49 (0)40-42818-270
oder -o (Zentrale)
+49 (0)40-42818-211
(Mikrobiologische Zentraldiagnostik)

Telefax: +49 (0)40-42818-265

E-Mail: labordiagnostik@bnitm.de

Homepage: www.bnitm.de
www.bnitm.de/labordiagnostik

Neuberufung des Nationalen Referenzzentrums für Papillom- und Polyomaviren

Das NRZ für Papillom- und Polyomaviren wurde aufgrund des Eintritts in den Ruhestand von Prof. Dr. Herbert Pfister an der Uniklinik Köln im August 2016 neu ausgeschrieben. Nach einem Auswahlverfahren wurde Prof. Dr. Ulrike Wieland an der Uniklinik Köln zum 1. Januar 2017 als Leiterin des NRZ für Papillom- und Polyomaviren neu berufen.

Kontaktdaten

Institution: Institut für Virologie
Uniklinik Köln
Fürst-Pückler-Straße 56
50935 Köln

Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Ulrike Wieland
Dr. rer. nat. Steffi Silling

Telefon: +49 (0)221-478-858-01 (Sekretariat)
+49 (0)221-478-858-10
(Prof. U. Wieland)
+49 (0)221-478-858-11
(Dr. S. Silling)

Telefax: +49 (0)221-478-858-02

E-Mail: virologie-papillomapolyma@uk-koeln.de

Homepage: <http://virologie.uk-koeln.de/nationales-referenzzentrum>

Neuberufung des Konsiliarlabors für Hantaviren

Das Konsiliarlabor für Hantaviren wurde aufgrund des Eintritts in den Ruhestand von Prof. Dr. Detlef Krüger an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im August 2016 neu ausgeschrieben. Nach einem Auswahlverfahren wurde Prof. Dr. Jörg Hofmann an der Charité – Universitätsmedizin Berlin zum 1. Januar 2017 als Leiter des Konsiliarlabors für Hantaviren neu berufen.

Kontaktdaten

Institution: Charité-Universitätsmedizin Berlin
Fachbereich Virologie
Institut für Medizinische Virologie
Labor Berlin Charité Vivantes GmbH
Helmut Ruska Haus
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Ansprechpartner: Prof. Dr. Jörg Hofmann
Dr. Peter T. Witkowski

Telefon: +49 (0)30-405026351

Telefax: +49 (0)30-450525907

E-Mail: Joerg.Hofmann@charite.de
Peter.Witkowski@charite.de

Neuberufung des Konsiliarlabors für Mukoviszidose-Bakteriologie

Das Konsiliarlabor für Mukoviszidose-Bakteriologie wurde aufgrund der Änderung der Institutszugehörigkeit von Prof. Dr. Sebasitan Suerbaum von der Medizinischen Hochschule Hannover im August 2016 neu ausgeschrieben. Nach einem Auswahlverfahren wurde PD Dr. Michael Hogardt am Universitätsklinikum Frankfurt zum 1. Januar 2017 als Leiter des Konsiliarlabors für Mukoviszidose-Bakteriologie neu berufen.

Kontaktdaten

Institution: Universitätsklinikum Frankfurt der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Paul-Ehrlich-Str. 40
60596 Frankfurt am Main

Ansprechpartner: PD Dr. Michael Hogardt (Leitung)
PD Dr. Silke Besier (Vertretung)

Telefon: +49 (0)69-6301-5945

Telefax: +49 (0)69-6301-5767

E-Mail: michael.hogardt@kgu.de

Angaben zum jeweiligen Leistungsangebot finden sich in der Liste aller Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlabore unter www.rki.de/nrz-kl.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 52. Woche 2016 (Datenstand: 18. Januar 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	52	6.976	6.399	2	160	104	9	1.346	1.360	0	25	49
Bayern	80	8.725	8.445	2	308	265	19	1.924	1.854	1	77	115
Berlin	13	2.969	3.124	0	114	94	4	514	540	0	63	96
Brandenburg	15	2.150	2.343	1	56	48	5	424	535	0	6	11
Bremen	1	404	531	0	2	3	0	58	78	0	5	2
Hamburg	10	1.747	1.809	0	50	34	4	330	285	0	45	52
Hessen	29	4.792	4.478	0	45	42	8	868	947	1	46	50
Mecklenburg-Vorpommern	11	1.884	1.966	1	53	61	4	310	381	0	4	3
Niedersachsen	17	5.725	5.487	3	228	190	12	1.030	1.327	0	18	18
Nordrhein-Westfalen	144	21.004	18.318	1	345	262	23	2.636	2.929	1	53	57
Rheinland-Pfalz	21	3.992	3.793	1	126	124	3	729	729	0	31	24
Saarland	8	1.259	1.127	0	9	10	2	118	131	0	4	1
Sachsen	37	5.537	5.559	1	97	204	5	1.039	975	0	21	52
Sachsen-Anhalt	18	1.833	1.758	3	92	83	11	583	619	0	8	10
Schleswig-Holstein	8	2.286	2.477	0	77	28	3	285	377	0	7	12
Thüringen	11	2.179	2.097	0	35	36	3	678	680	0	11	14
Deutschland	480	73.520	69.741	15	1.797	1.588	115	12.881	13.753	3	424	566

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	3	116	116	376	6.098	6.549	15	981	1.943	3	451	447	0	75	57
Bayern	6	323	350	475	9.040	9.634	33	2.490	2.714	5	537	674	2	142	166
Berlin	1	80	69	105	3.781	2.943	8	1.359	1.422	5	396	369	0	142	156
Brandenburg	0	122	109	106	4.532	4.301	16	1.732	1.845	2	105	94	0	79	77
Bremen	0	6	6	10	414	487	0	148	208	0	21	21	0	3	5
Hamburg	1	53	65	62	2.342	2.037	4	769	840	1	134	135	0	97	41
Hessen	2	179	199	203	3.770	4.767	11	1.340	1.784	4	255	237	0	139	120
Mecklenburg-Vorpommern	3	77	59	83	3.979	3.978	1	1.686	1.495	0	89	99	0	143	133
Niedersachsen	4	226	219	205	5.875	6.144	18	1.434	3.064	1	150	156	0	142	117
Nordrhein-Westfalen	8	536	539	878	16.979	18.329	21	3.114	5.002	4	620	612	0	403	343
Rheinland-Pfalz	1	165	170	248	4.355	5.188	5	711	1.183	3	135	135	0	43	56
Saarland	0	12	21	63	1.233	1.486	5	221	301	0	40	34	0	10	14
Sachsen	1	409	344	198	8.817	9.911	35	3.125	5.204	0	280	304	1	221	248
Sachsen-Anhalt	2	154	173	94	5.264	5.595	28	1.239	2.358	2	93	70	0	95	101
Schleswig-Holstein	0	52	48	105	2.390	2.137	7	717	757	0	62	58	0	73	36
Thüringen	3	246	244	121	4.783	4.716	18	1.549	2.835	1	75	118	1	39	57
Deutschland	35	2.759	2.732	3.357	83.787	88.227	226	22.618	32.966	31	3.444	3.565	4	1.846	1.727

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 die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **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.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 52. Woche 2016 (Datenstand: 18. Januar 2017)

Virushepatitis und weitere Krankheiten															
Land	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	0	76	71	4	347	100	6	500	843	0	44	45	10	747	706
Bayern	1	110	115	13	932	773	5	905	1.011	2	42	42	16	999	1.017
Berlin	2	64	52	2	78	63	7	387	420	1	39	13	2	376	377
Brandenburg	0	21	22	5	62	35	2	61	62	1	8	11	4	168	157
Bremen	0	2	7	1	9	3	0	6	10	0	4	3	2	63	71
Hamburg	0	29	26	1	120	34	3	103	122	0	8	9	5	203	194
Hessen	2	58	73	4	367	239	5	374	465	1	20	13	5	601	571
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	7	1	44	17	0	37	57	0	8	5	0	74	67
Niedersachsen	2	67	89	2	121	86	2	275	226	0	26	26	9	386	421
Nordrhein-Westfalen	1	169	216	1	330	294	2	801	676	0	70	56	10	1.300	1.261
Rheinland-Pfalz	0	37	36	1	59	47	1	256	254	0	26	23	3	308	277
Saarland	0	8	9	0	21	10	0	24	34	0	4	2	1	43	50
Sachsen	0	17	15	1	318	113	4	224	274	0	8	7	1	194	203
Sachsen-Anhalt	0	22	35	1	71	65	1	92	72	1	9	9	3	156	192
Schleswig-Holstein	0	23	28	1	88	49	3	226	269	0	7	6	0	132	117
Thüringen	0	18	29	1	21	15	4	55	74	0	11	13	0	113	113
Deutschland	8	732	830	39	2.989	1.943	45	4.334	4.872	6	336	283	71	5.875	5.801

Impfpräventable Krankheiten															
Land	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	21	111	1	82	48	0	2	1	19	1.557	795	72	3.742	3.275
Bayern	1	33	164	5	139	133	0	1	6	34	3.016	2.094	70	5.503	4.298
Berlin	0	75	1.243	1	55	42	0	3	6	5	1.025	687	22	2.114	1.755
Brandenburg	1	34	101	0	8	15	0	1	0	10	634	548	4	850	650
Bremen	0	1	0	0	9	7	0	0	0	0	58	40	12	344	335
Hamburg	0	9	87	0	15	48	0	5	0	3	427	166	5	542	511
Hessen	1	10	64	1	66	36	0	1	0	5	971	486	6	1.386	1.294
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	16	0	7	10	0	0	0	1	215	204	2	188	230
Niedersachsen	0	16	49	1	46	46	0	1	1	10	775	596	21	1.326	1.598
Nordrhein-Westfalen	0	27	70	3	193	181	1	10	3	30	2.606	1.686	58	4.967	4.661
Rheinland-Pfalz	0	14	6	0	32	44	0	2	1	8	570	339	16	864	765
Saarland	0	1	0	1	7	7	0	0	0	1	57	53	1	125	89
Sachsen	0	33	271	0	21	15	0	0	0	9	517	344	19	1.840	1.823
Sachsen-Anhalt	0	7	71	0	17	17	0	0	0	2	260	245	5	398	403
Schleswig-Holstein	0	4	40	0	29	38	1	2	2	5	325	190	9	593	553
Thüringen	0	36	169	0	14	10	0	0	1	4	685	535	7	329	455
Deutschland	4	323	2.462	13	740	697	2	28	21	146	13.702	9.009	329	25.122	22.698

+ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

++ 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).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2016 (Datenstand: 18. Januar 2017)

Krankheit	2016	2016	2015	2015
	52. Woche	1.–52. Woche	1.–52. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	18	715	551	568
Brucellose	1	36	44	44
Chikungunya-Fieber	0	73	110	110
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	85	78	78
Dengue-Fieber	0	811	712	723
FSME	1	342	219	219
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	69	69	69
Hantavirus-Erkrankung	3	268	822	824
Hepatitis D	0	12	19	19
Hepatitis E	34	1.982	1.245	1.264
Influenza	1.247	63.572	77.712	77.838
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	16	620	532	549
Legionellose	8	987	870	881
Leptospirose	0	92	86	87
Listeriose	5	705	650	662
Ornithose	0	9	10	10
Paratyphus	0	36	34	36
Q-Fieber	2	275	321	322
Trichinellose	0	3	8	8
Tularämie	2	39	34	34
Typhus abdominalis	0	57	67	68

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 2. Kalenderwoche (KW) 2017

Die Aktivität der ARE ist in der 2. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich moderat erhöhter Aktivität. Im NRZ wurden in der 2. KW in 138 (69%) von 201 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Von diesen 138 Proben mit Virusnachweis waren 78 Proben (57%) positiv für Influenzaviren. Während die Influenza-Positivenrate im Vergleich zur Vorwoche weiter gestiegen ist, nahm die Zahl der Arztbesuche wegen ARE leicht ab.

Berichte aus den Bundesländern

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV)

In der 2. KW meldete ein Altenpflegeheim mit 80 Bewohnern eine Häufung von ARE an das zuständige Gesundheitsamt. Betroffen waren 26 Bewohner und 11 Beschäftigte (Erkrankung 22.12.2016 bis 3.1.2017). Drei Bewohner entwickelten eine Pneumonie, 6 wurden hospitalisiert und 2 Frauen (Alter 93 bzw. 102 Jahre) verstarben. Unter den 26 erkrankten Bewohnern waren 12 mit einem aktuellen trivalenten, nicht-adjuvantierten Influenza-Impfstoff geimpft. Von den erkrankten Beschäftigten war einer geimpft. Eine antivirale Prophylaxe wurde nicht erkrankten Bewohnern und Beschäftigten nicht angeboten.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von den 43 Ländern, die für die 1. KW 2017 Daten an TESSy sandten, berichteten 10 Länder über eine hohe bzw. sehr hohe Aktivität. Laufende Untersuchungen zur Impfeffektivität aus Finnland und Schweden deuten auf eine suboptimale Wirksamkeit des aktuellen Impfstoffs gegen die zirkulierenden A(H3N2)-Viren hin. Die Impfwirksamkeit in der Altersgruppe 65 Jahre und älter liegt zurzeit in Finnland bei 26% (95% KI [22; 30]) und in Schweden bei 24% (95% KI [11; 34]). Der frühzeitige Einsatz von antiviralen Arzneimitteln sollte sowohl für geimpfte als auch nicht geimpfte Risikopatienten erwogen werden (www.flunewseurope.org/).

Literaturhinweise und Informationen

-RKI-Internetseiten mit FAQ zu Influenza: www.rki.de/influenza > FAQ

-Epid Bull 28/2015: „Influenza: Ausbruchsgeschehen in Pflegeeinrichtungen in der Saison 2014/2015“ www.rki.de/epidbull

-Checkliste für das Management von respiratorischen Ausbrüchen in Pflegeheimen:

www.rki.de/influenza > Prävention und Bekämpfung

-Dtsch Ärztebl: Lehnert R, Pletz M, Reuss A, Schaberg T: Antivirale Arzneimittel bei saisonaler und pandemischer Influenza Ein systematisches Review. *Dtsch Ärztebl Int* 2016; 113: 799–807. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0799. www.aerzteblatt.de/archiv/183909/Antivirale-Arzneimittel-bei-saisonaler-und-pandemischer-Influenza.

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 2. KW 2017 <https://influenza.rki.de>

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18 754-0
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.: 030.18 754-23 24

E-Mail: Seedatj@rki.de

Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

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). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

Hinweis: Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbitten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273