ROBERT KOCH INSTITUT

Epidemiologisches Bulletin

15. Februar 2018 / Nr. 7 AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Erhebung von Risikofaktoren einer Besiedlung/Infektion mit MRE im außer(akut)klinischen Bereich

1. Einleitung

Neben der Pflege in Altenheimen hat auch die professionelle ambulante Pflege zunehmend an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 2011 versorgten 12.300 ambulante Pflegedienste in Deutschland rund einen Drittel (576.000) der pflegedürftigen Menschen, die zu Hause lebten (1,9 Millionen).[1] Innerhalb von vier Jahren stieg diese Zahl auf 2,08 Millionen, die Zahl der ambulanten Pflegedienste auf 13.300 und die von ihnen betreuten Patienten auf 692.000.[2]

Infolge der gestiegenen Lebenserwartung und der zunehmenden Verlagerung der Behandlung aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wird diese Zahl in den nächsten Jahren weiter ansteigen,[3] und die ambulanten Pflegedienste werden zunehmend mit Problemkeimen wie MRSA (Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*) und MRGN (multiresistente gramnegative Erreger) konfrontiert werden.

Im Bereich der stationären Altenpflege gibt es, insbesondere durch die europaweite HALT-Studie (*healthcare associated infections in long term care facilities*),[4] ausreichend Daten zu Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE wie: Alter, Geschlecht, Krankenhausaufenthalt, MRE-Anamnese, liegende Devices wie PEG (PEG – Perkutane endoskopische Gastrostomie) und Harnwegskatheter, Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, Demenz, Bewegungseinschränkung, Hautbarriereverletzungen, Operationen in den letzten vier Wochen, stationärer Krankenhausaufenthalt in den letzten drei Monaten und Grad der Pflegestufe.

Bis auf eine im Jahr 2014 durchgeführte Untersuchung des MRE-Netzwerkes Rhein-Main,[6,7,8] welche 466 Patienten von neun ambulanten Pflegediensten ohne Intensivpflege umfasste, existieren nur wenige weitere publizierte Daten mit auch nur geringen Fallzahlen,[9,10] welche die Prävalenz und Risikofaktoren einer Besiedlung mit MRSA betreffen. Zudem gibt es keine Studien, die die Besiedlung mit MRGN bei Patienten im Bereich der professionellen ambulanten Pflege untersuchen.

Im Rahmen einer sektorübergreifenden Zertifizierung[5] wurden die Risikofaktoren für eine MRE-Besiedlung einer größeren Gruppe ambulant betreuter Patienten erhoben und mit den Daten im Bereich der stationären Altenpflege und denen der Frankfurter Arbeitsgruppe von Frau Prof. Heudorf verglichen.[6,7,8] Die Daten wurden leicht modifiziert, entsprechend der HALT-Untersuchung[4], von den Einrichtungen erhoben.

2. Material und Methoden

Im Rahmen unseres Projektes führten wir eine Evaluation bei 752 Patienten, die von acht verschiedenen Pflegediensten versorgt wurden und parallel bei 2.315 Bewohnern in 33 Alten- und Pflegeheimen durch.

Diese Woche 7/2018

Erhebung von Risikofaktoren einer Besiedlung/Infektion mit MRE im außer(akut)klinischen Bereich

Erratum

Hinweis auf Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 4. Woche 2018

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 6. KW 2018

Es wurden u. a. folgende anamnestische Angaben durch das hygienebeauftragte Personal der jeweiligen Einrichtungen ermittelt: Alter, Geschlecht, Krankenhausaufenthalt, MRE-Anamnese, liegende Devices wie PEG und Harnwegskatheter, Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, Demenz, Bewegungseinschränkung, Hautbarriereverletzungen, Operationen in den letzten vier Wochen, stationärer Krankenhausaufenthalt in den letzten drei Monaten, aktuelle Antibiotikatherapie und Grad der Pflegestufe. Mikrobiologische Untersuchungen (Nasen-Rachenabstriche bzw. Rektalabstriche) konnten wir aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen nicht durchführen.

3. Ergebnisse

Es waren 49 % der Alten- und Pflegeheimbewohner und 35 % der von ambulanten Pflegediensten versorgten Patienten über 85 Jahre alt. Inkontinent waren 60 % der Altenheimbewohner und 32 % der ambulant Gepflegten.

In den Alten- und Pflegeheimen lag der Anteil der Desorientiertheit mit > 50 % deutlich höher als in der ambulanten Pflege mit rund einem Fünftel. Dies gilt ebenso für die Eingruppierung in Pflegestufe 3 (15 % gegenüber 9 %) und der Bewegungseinschränkung (45 % gegenüber 15 %).

Somit sind die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen im Vergleich zu den ambulant betreuten Patienten älter, haben eine höheren Grad der Pflegebedürftigkeit, eine ausgeprägtere Bewegungseinschränkung und leiden häufiger an Demenz und Inkontinenz (s. Abb. 1).

Unsere Untersuchung zeigte, dass Hautbarriereverletzungen (Dekubitus oder andere Wunden) bei Patienten in der ambulanten Pflege häufiger vorkommen als bei stationär gepflegten Patienten (15 % vs. 11 %). Eine positive MRSA-Anamnese (inkl. aktueller MRSA-Besiedlung oder -Infektion) wurde in der stationären Altenpflege bei 2,6 % und in der ambulanten Pflege bei 1,6 % der Patienten gefunden.

4. Diskussion

In unserer Erhebung lag in der ambulanten Pflege bei 9 % der Patienten Pflegestufe 3 vor, dies stimmt mit den im gleichen Zeitraum in Rheinland-Pfalz erhobenen Daten von 10,2 % überein.[2]

Die Abbildungen 2 und 3 stellen die Patientencharakteristika und die Prävalenz der Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE unserer Untersuchung den Ergebnissen der Untersuchung des Netzwerkes Rhein-Main von 2014 gegenüber. Die von uns in einem größeren Patientenkollektiv (752 vs. 466 Patienten) erhobenen Daten im Bereich der ambulanten Pflegedienste bestätigen in allen wesentlichen Punkten die Ergebnisse des MRE-Netzwerkes Rhein-Main (s. Abb. 2 und Abb. 3, S. 77; Tab. 1, S. 78).

Die Vergleichbarkeit eines anamnestischen Krankenhausaufenthaltes war dadurch eingeschränkt, dass in der Frankfurter Studie im Gegensatz zu den HALT-Kriterien die letzten sechs Monate und nicht die letzten drei Monate abgefragt wurden. Größenordnungsmäßig dürften jedoch auch in diesem Punkt keine bedeutenden Unterschiede bestehen (22 % gegenüber 20 %).

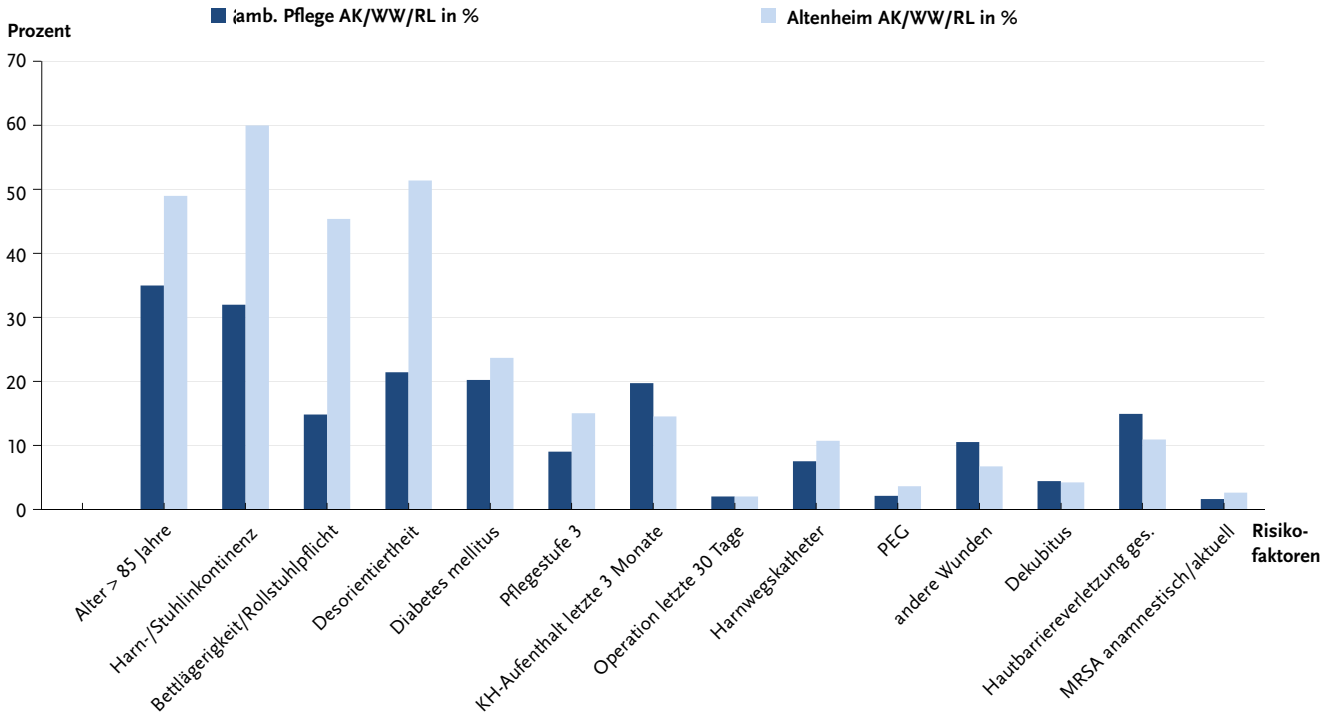

Abb. 1: Vergleich der Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE im Bereich der ambulanten Pflege/Altenheime des MRE-Netzwerkes der Landkreise Altenkirchen (AK), Westerwald (WW) und Rhein-Lahn (RL)

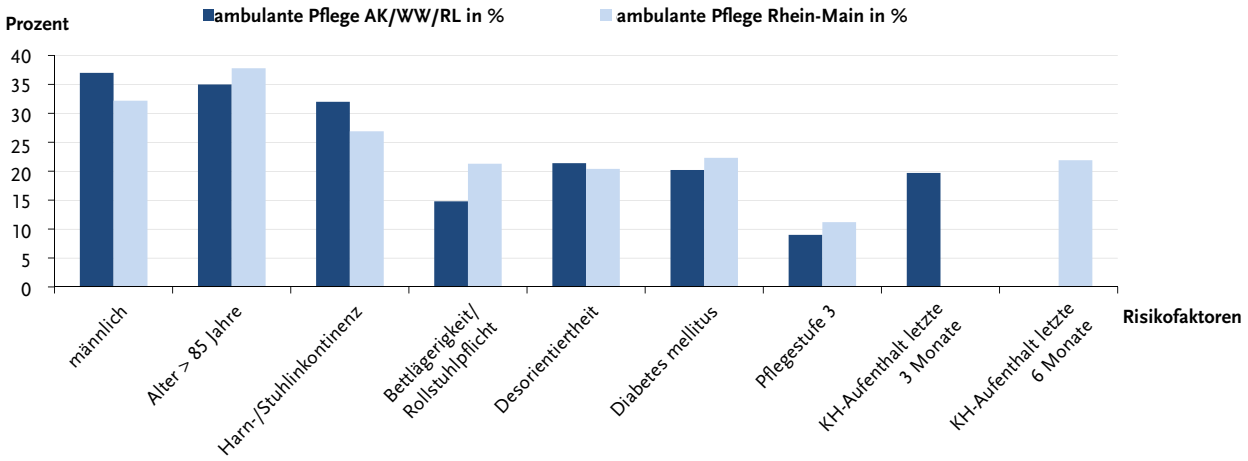

Abb. 2: Vergleich der Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE in der ambulanten Pflege des MRE-Netzwerks der Landkreise Altenkirchen (AK), Westerwald (WW) und Rhein-Lahn (RL) mit der ambulanten Pflege im Netzwerk Rhein-Main

Die Antibiotikagabe in den letzten 3 Monaten wurde in unserer Studie nicht erhoben.

Die Rate der Hautbarriereverletzungen (Dekubitus, andere Wunden) lag im Bereich der ambulanten Pflege sowohl bei unserem Patientenklientel (15 %/11 %) als auch in den Untersuchungen des Netzwerkes Rhein-Main (11 %/9 %) über denen der Alten- und Pflegeheime.

Eine mögliche Erklärung ist unserer Ansicht nach, dass bei Schwerstpflegebedürftigen in der häuslichen Pflege die erforderlichen regelmäßigen Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe auf Dauer für Angehörige nur schwer zu leisten sind. Im Rahmen der Untersuchung des MRE-Netzwerkes Rhein-Main wurde bei 253 (54,3 %) der 466 Patienten ein Rachenabstrich und bei 122 (26,2 %) ein Rektalabstrich durchgeführt.[6,7,8] Es fand sich bei 3,2 % eine MRSA-Besiedlung und bei 5,7 % der Untersuchten eine Besiedlung mit 3MRGN. Bei keinem der Patienten wurde eine 4MRGN-Besiedlung nachgewiesen.

Als signifikante Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedlung fanden sich eine hohe Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3), eine positive Anamnese für MRSA, Antibiotikagabe in den letzten drei Monaten und ein Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten. Erhöht, aber aufgrund geringer Fallzahlen nicht signifikant, war das Risiko für eine MRSA-Besiedlung bei Patienten mit Desorientiertheit, Inkontinenz, Bewegungseinschränkung, Hautbarriereverletzungen und Stomata.

Eine Besiedlung mit 3MRGN war signifikant positiv assoziiert mit Kathetern oder Stomata, Pflegestufe 3 und positiver MRSA-Anamnese. Erhöhte aber nicht signifikante Odds Ratios wurden bei Inkontinenz, Bettlägerigkeit und nach Krankenhausaufenthalt in den letzten drei Monaten gefunden.[6,7,8]

5. Schlussfolgerung

Die Prävalenz der folgenden von der Frankfurter Arbeitsgruppe gefundenen signifikanten Risikofaktoren sowohl für eine Besiedlung mit MRSA (Pflegestufe 3, eine positive Anamnese für MRSA und ein Krankenhausaufenthalt in den letzten drei/sechs Monaten), als auch mit 3MRGN (Katheter oder Stomata, Pflegestufe 3 und positiver Anamnese mit MRSA), stimmten größenordnungsmäßig mit den Ergebnissen unserer Untersuchung überein. Somit ist davon

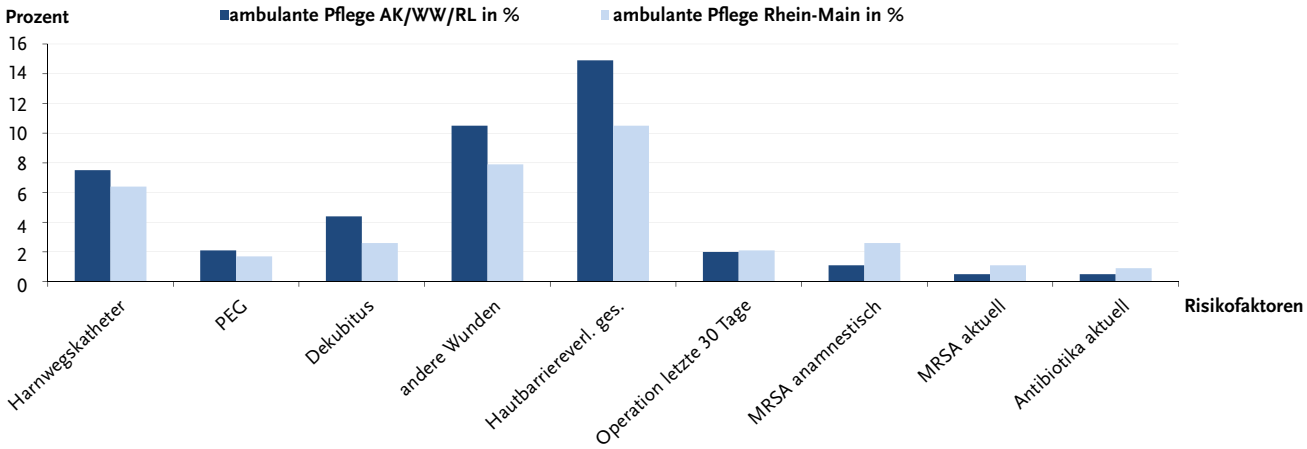

Abb. 3: Vergleich der Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE in der ambulanten Pflege des MRE-Netzwerks der Landkreise Altenkirchen (AK), Westerwald (WW) und Rhein-Lahn (RL) mit der ambulanten Pflege im Netzwerk Rhein-Main II

	Ambulante Pflege AK/WW/RL 2016	Ambulante Pflege Rhein-Main 2014	Altenheime AK/WW/RL 2016	Altenheime Rhein-Main 2013
Anzahl der Einrichtungen	8	10	33	26
Anzahl Patienten/Bewohner	752	466	2.315	2.404
Patienten-/Bewohnercharakteristika	%	%	%	%
Alter > 85 Jahre	35	37,8	49	49,3
männlich	37	32,2	22,8	28,2
Pflegestufe 3	9,0	11,3	15	k. A.
Operation in den letzten 30 Tagen	2,	2,1	2	1,5
Diabetes mellitus	20,2	22,3	23,7	keine Angaben
Bettlägerigkeit/rollstuhlpflichtig	14,8	21,3	45,4	49,8
Inkontinenz Harn/Stuhl	32	26,9	60	70,0
Desorientiertheit	21,4	20,4	51,4	51,7
Harnwegskatheter	7,5	6,4	10,7	9,4
Gefäßkatheter	2,7	0,6	0,3	0,4
PEG	2,1	1,7	3,6	5,6
Dekubitus	4,4	2,6	4,2	3,6
andere Wunden	10,5	7,9	6,7	5,4
Hautbarrierreverletzungen gesamt	14,9	10,5	10,9	9,0
Antibiotika aktuell	0,5	0,9	1,3	1,4
Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten	19,7	k. A.	14,5	13,9.
Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Monaten	keine Angaben	21,9	keine Angaben	keine Angaben
MRSA anamnestisch	1,1	2,6	1,8	keine Angaben
MRSA aktuell	0,5	1,1	0,8	keine Angaben

Tab. 1: Vergleich der Prävalenz von Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE in dem MRE-Netzwerk Rhein-Main sowie dem MRE-Netzwerk der Landkreise Altenkirchen (AK), Westerwald (WW) und Rhein-Lahn (RL).[6,7]

auszugehen, dass die tätsächliche Prävalenz der Besiedlung in unserem Patientenklientel denen in der Frankfurter Studie festgestellten Werten von ca. 3 % bei MRSA und ca. 6 % bei 3MRGN entsprechen. Diese Daten zeigen, dass die Prävalenz der Besiedlung mit MRE bei von ambulanten Pflegediensten versorgten Klienten unterhalb der von Alten- und Pflegeheimbewohnern aber über der von Dialyse- oder Rehapatienten liegt.[6,8]

Somit ist unserer Einschätzung nach ein generelles oder risikobasiertes Screening auf MRE in der ambulanten Pflege nicht erforderlich. Dies entspricht dem allgemein akzeptierten Vorgehen im Rahmen der stationären Altenpflege.

Jedoch müssen aufgrund der erhöhten MRE-Prävalenzen die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste den sachgerechten Umgang mit MRE beherrschen, um die resistenten Keime nicht auf andere von ihnen betreute und gefährdete Patienten (Tumorkranke, Immunsupprimierte usw.) zu übertragen. Hier sind die regionalen MRE-Netzwerke gefordert, ihre Schulungstätigkeiten in Bezug auf Übertragungswege von MRSA und MRGN, optimale Händehygiene, Schnittstellenproblematik, hygienischen Umgang bei der Wundversorgung und bei Punktionen und Injektionen, beim Umgang mit Devices, Stomata und ggf. invasiver Beatmung auf die ambulanten Pflegedienste auszuweiten. Dies wurde in dem von uns 2015/2016 durchgeführten Projekt umgesetzt.[5,12]

Untersuchungen anhand von Abstrichuntersuchungen über die Besiedlung mit MRE der im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege versorgten Patienten liegen bisher nur von der Frankfurter Arbeitsgruppe mit einer geringen Fallzahl[7] (n = 20) vor.

Hier fanden sich eine MRSA-Besiedlung von 12,5 % und eine 3MRGN-Besiedlung von 30 %. Die Prävalenzerhebung des Referates für Gesundheit und Umwelt der Stadt München aus dem Jahr 2014,[11] welche auf einem standardisierten Telefoninterview beruhte, ergab in der häuslichen Einzelversorgung eine MRE-Besiedlung von 9 % (7,5 % MRSA/1,5 % 3MRGN). Die in Wohngemeinschaft lebenden und im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege versorgten Patienten waren in 53 % (18 % MRSA/28 % 3MRGN/7 % 4MRGN) mit MRE besiedelt. Diese in ihrer Aussagekraft limitierten Untersuchungen zeigen die Notwendigkeit die Ergebnisse durch systematische Abstrichuntersuchungen in einem größeren Patientenklientel im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu verifizieren.

Da in unseren ländlich strukturierten Landkreisen nur vereinzelt außerklinische Intensivpflegedienste existieren, sind hier u. A. die MRE-Netzwerke der Ballungszentren gefordert.

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich-Ambulante Pflegedienste 2013. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html
2. Statistisches Bundesamt Pflegestatistik 2015: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich-Ambulante Pflegedienste 2017. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html
3. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) Demographischer Wandel in Deutschland. 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Länder, 2010
4. Latour K, Jans B, the HALT management team Healthcare associated infections in long term care facilities: Deposit number D/2011/2005/8; IPH/Epi-report number 2011–006; 2009
5. Dörwaldt W, Kaiser U, Kästner R, Fuchs HU, Parwani Z, Höfling K: Prävention von MRE innerhalb regionaler Netzwerke: Zertifizierung von stationären und ambulanten Einrichtungen. Epid. Bull. 2017;24:213–219. DOI 10.17886/EpiBull-2017-32
6. Ursula Heudorf, Christiane Cuny, Mathias Herrmann, Volkhard AJ: Kempf, Dorothea Mischler, Jörg Schulze, Christian Zinn: MRE (MRSA, ESBL, MRGN) im außerakutklinischen Bereich. Umweltmedizin Hygiene-Arbeitsmed 2015;20:307–316
7. Nadja Neumann, Dorothea Mischler, Christiane Cuny, Michael Hogardt, Volkhard AJ, Kempf, Ursel Heudorf: Multiresistente Erreger bei Patienten ambulanter Pflegedienste im Rhein-Main-Gebiet 2014. Bundesgesundheitsblatt 2016;59:292–299
8. Ursula Heudorf, Christiane Cuny, Mathias Herrmann, Volkhard AJ, Kempf, Dorothea Mischler, Jörg Schulze, Christian Zinn: Neues aus dem MRE-Netz Rhein-Main, 2014/2015. Umweltmedizin Hygiene. Arbeitsmedizin 2015;20:297–3019
9. Domhöver A, Köck R, Becker K, Mellmann A, Friedrich AW: Prävalenz von Methicillin resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) und mit MRSA-assoziierten Risikofaktoren in der ambulanten Pflege. Umweltmedizin Hygiene Arbeitsmedizin 2010;19:426–43010.
10. Schleswig-Flensburg: Projektbericht über ein regionales Netzwerkzur Intensivierung von Präventionsstrategien bei MRSA im Kreis Schleswig-Flensburg. www.schleswig-flensburg.de/media/chustom/146
11. Sabine Gleich, Doris Böhm, Leila Horwarth: Außerklinische Intensivpflege: Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement. Epid. Bull. 2015;39:419–42412. DOI 10.17886/EpiBull-2015-009.2
12. Homepage des MRE-Netzwerkes der Landkreise Altenkirchen-Westerwald-Rhein-Lahn: www.mre-netzwerk-ww-rl.de

■ *Dr. Wolfgang Dörwaldt | **Dr. Ursula Kaiser | ***Roswitha Kästner | *Heinz Uwe Fuchs | *Dr. Zeba Parwani | *Dr. Katja Höfling

* Gesundheitsamt des Kreises Altenkirchen, MRE-Netzwerk der Landkreise Altenkirchen-Westerwald-Rhein-Lahn

** Gesundheitsamt des Westerwaldkreises, MRE-Netzwerk der Landkreise Altenkirchen-Westerwald-Rhein-Lahn

*** Gesundheitsamt des Rhein-Lahn Kreises, MRE Netzwerk der Landkreise Altenkirchen-Westerwald-Rhein-Lahn

Korrespondenz: wolfgang.doerwaldt@kreis-ak.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Dörwaldt W, Kaiser U, Kästner R, Fuchs HU, Parwani Z, Höfling K: Erhebung von Risikofaktoren einer Besiedlung/Infektion mit MRE im außer(akut)klinischen Bereicht.
Epid Bull 2018;7:75–79 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-008

Erratum

In der Ausgabe 2/2018 des *Epidemiologischen Bulletins* ist in der aktualisierten Stellungnahme der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) zum Stand der Bewertung einer Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B der Autor und Mitglied der AG MenB-Impfung Prof. Dr. Ulrich Heininger nicht mitaufgeführt worden. Dies ist am 12. Februar 2018 korrigiert worden.

Hinweis auf Veranstaltungen

6. EDV-Forum für Gesundheitsämter

Termin: 6. März 2018

Ort: Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Leitung: Dr. med. Dipl. - Volksw. Peter Lösche
(Nordrheinische Akademie für Ärztl. Fort- und Weiterbildung)
PD Dr. med. H. Lilly Graß (AfÖG)
Dr. med. Michael Dörr (Gesundheitsamt Rheinkreis Neuss)
Dr. med. Anne Bunte (Gesundheitsamt Köln)
Christine Karge (Gesundheitsamt Düsseldorf

Tel.: +49 (0)211 4302–2831 (Herr Dohm)

Internet: www.oegd.de/edv-forum-2018.php

Themen

- Statistik mit R
- elektronisches Meldewesen – DEMIS
- sichere Datenübermittlung
- Bürgerakquise durch Newsletter und soziale Medien

Anmeldung

Der Teilnahmebetrag von 90 € schließt das Mittagessen und Pausengetränke ein.

Anmeldungen sind nur über die Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung möglich.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 4. Woche 2018 (Datenstand: 14. Februar 2018)

	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
Land	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**
Baden-Württemberg	80	460	416	4	15	13	20	83	57	0	5	3
Bayern	119	547	475	4	13	19	22	92	77	0	2	3
Berlin	25	159	144	6	14	8	0	13	26	0	3	1
Brandenburg	16	105	82	0	2	5	3	19	9	0	0	0
Bremen	5	26	32	0	2	0	0	3	4	0	0	1
Hamburg	23	123	121	1	4	2	7	23	17	1	3	4
Hessen	69	322	252	0	5	4	15	55	34	2	5	1
Mecklenburg-Vorpommern	25	93	99	1	2	2	2	23	25	0	1	0
Niedersachsen	69	367	343	1	10	17	22	96	60	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	284	1.285	1.415	2	22	24	35	194	141	0	2	4
Rheinland-Pfalz	58	259	242	1	4	9	14	48	31	0	0	0
Saarland	16	76	101	0	3	0	1	4	8	0	0	0
Sachsen	67	315	283	4	14	5	19	72	36	0	2	1
Sachsen-Anhalt	26	100	92	3	12	8	7	43	27	0	0	0
Schleswig-Holstein	20	105	148	1	7	6	4	12	28	0	0	0
Thüringen	29	145	125	0	3	4	7	48	38	0	1	2
Deutschland	**931**	**4.488**	**4.371**	**28**	**132**	**127**	**178**	**828**	**618**	**3**	**24**	**20**

	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis +			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
Land	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**
Baden-Württemberg	3	10	8	122	573	1.505	12	60	149	2	14	27	0	1	2
Bayern	6	21	18	376	1.500	1.834	66	118	297	11	38	37	0	1	8
Berlin	3	5	5	148	670	519	45	98	45	7	34	16	1	8	9
Brandenburg	3	9	8	130	534	426	37	84	106	1	7	8	0	0	4
Bremen	0	0	0	27	85	52	1	11	9	1	1	3	0	0	0
Hamburg	0	2	2	56	287	230	4	26	35	4	11	11	1	3	5
Hessen	4	13	10	135	479	727	8	46	88	2	9	11	3	6	13
Mecklenburg-Vorpommern	3	6	5	197	702	537	11	63	40	1	8	8	4	9	8
Niedersachsen	6	13	16	260	950	1.029	15	57	153	2	8	15	2	7	5
Nordrhein-Westfalen	6	26	39	579	2.206	3.658	63	216	237	6	28	35	2	11	9
Rheinland-Pfalz	0	5	7	116	526	1.109	6	36	59	3	12	7	0	0	0
Saarland	0	3	0	35	186	347	2	3	60	1	1	1	2	2	1
Sachsen	12	51	43	338	1.268	1.171	87	295	257	10	22	13	0	3	5
Sachsen-Anhalt	3	8	23	229	722	560	24	173	67	1	8	13	2	9	2
Schleswig-Holstein	2	6	3	115	385	416	10	62	45	0	2	7	0	0	1
Thüringen	13	22	18	148	623	805	23	155	93	2	4	5	0	2	1
Deutschland	**64**	**200**	**205**	**3.011**	**11.697**	**14.927**	**414**	**1.503**	**1.740**	**54**	**207**	**217**	**17**	**62**	**73**

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 4. Woche 2018 (Datenstand: 14. Februar 2018)

	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
Land	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**
Baden-Württemberg	2	7	5	10	41	38	19	58	46	1	4	4	11	42	70
Bayern	5	13	9	32	108	63	24	86	72	2	7	4	11	44	63
Berlin	1	6	35	4	16	10	10	30	15	2	2	1	0	0	0
Brandenburg	0	1	2	2	7	6	1	4	1	0	1	0	6	11	9
Bremen	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	1	3	7	4
Hamburg	0	1	1	0	0	6	2	15	6	0	3	0	4	10	18
Hessen	1	6	11	16	41	22	11	42	23	1	4	5	12	41	43
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	2	3	6	0	2	3	1	2	0	2	5	6
Niedersachsen	0	4	8	4	13	10	12	30	27	1	2	3	11	26	20
Nordrhein-Westfalen	3	22	21	14	45	15	23	89	84	1	4	3	14	82	80
Rheinland-Pfalz	1	3	5	6	20	1	5	12	17	0	3	2	4	14	18
Saarland	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	2	3	5
Sachsen	0	0	5	4	9	23	2	8	9	0	2	0	2	11	17
Sachsen-Anhalt	0	2	3	2	7	0	3	9	5	0	0	0	1	6	11
Schleswig-Holstein	0	1	1	3	13	8	5	11	22	0	2	1	1	9	14
Thüringen	0	0	1	0	2	1	2	9	2	1	1	0	2	8	9
Deutschland	**14**	**68**	**110**	**99**	**326**	**210**	**119**	**409**	**333**	**10**	**37**	**25**	**86**	**319**	**387**

	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
Land	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**	**4.**	**1.–4.**	**1.–4.**
Baden-Württemberg	0	2	7	3	8	10	0	0	0	19	76	111	125	450	347
Bayern	3	10	3	3	10	16	0	0	0	113	300	283	109	443	522
Berlin	0	3	8	1	4	4	0	0	0	14	56	71	21	110	138
Brandenburg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	19	55	73	10	32	57
Bremen	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	4	7	10	28	83
Hamburg	0	0	0	1	1	0	0	0	0	10	37	68	3	49	39
Hessen	1	1	5	2	6	8	0	0	0	21	85	96	25	91	83
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	0	14	37	47	2	25	18
Niedersachsen	2	2	0	0	1	4	0	0	0	36	94	74	46	143	137
Nordrhein-Westfalen	0	3	3	1	7	18	0	0	1	51	160	252	61	330	445
Rheinland-Pfalz	0	0	2	0	2	2	0	0	0	19	70	71	9	50	64
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25	10	1	16	7
Sachsen	0	0	15	0	0	1	0	0	1	23	80	59	46	271	147
Sachsen-Anhalt	0	1	0	0	0	1	0	0	0	30	117	34	14	43	37
Schleswig-Holstein	0	1	1	2	3	1	0	0	0	14	61	24	14	70	69
Thüringen	0	0	3	1	1	2	0	0	0	28	85	67	23	62	55
Deutschland	**6**	**24**	**47**	**15**	**44**	**69**	**0**	**0**	**2**	**414**	**1.343**	**1.348**	**519**	**2.213**	**2.248**

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

Allgemeiner Hinweis: Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle aus folgenden Landkreisen (LK) seit der 1. Meldewoche 2017 nicht ausgewiesen: LK Prignitz und LK Teltow-Fläming sowie übermittelte Fälle aus dem Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

4. Woche 2018 (Datenstand: 14. Februar 2018)

Krankheit	2018 4. Woche	2018 1.–4. Woche	2017 1.–4. Woche	2017 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	25	80	47	705
Brucellose	0	1	2	40
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	1	3	33
Clostridium-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform	51	222	228	2.785
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	4	68
Denguefieber	6	25	29	633
FSME	0	0	3	480
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	6	95
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	16	107	86	806
Hantavirus-Erkrankung	10	25	62	1.713
Hepatitis D	0	0	1	31
Hepatitis E	75	249	150	2.912
Influenza	7.982	15.795	21.240	94.012
Legionellose	19	89	63	1.277
Leptospirose	4	13	2	128
Listeriose	8	51	59	766
Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), invasive Infektion	64	199	234	2.744
Ornithose	0	0	1	11
Paratyphus	0	2	2	43
Q-Fieber	2	5	3	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	1	2	0	50
Typhus abdominalis	0	1	2	78

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 6. Kalenderwoche (KW) 2018

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der ARE ist in der 6. KW 2018 bundesweit gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen in der 6. KW insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind in den Altersgruppen ab 15 Jahre gestiegen.

Weitere Informationen zur aktuellen Influenzasaison

In der Saison 2017/18 wird in einzelnen Altersgruppen ein unterschiedlich hoher Anteil der jeweils zirkulierenden Influenzavirustypen beobachtet. Bei Kindern werden anteilig deutlich mehr Influenza-A(H1N1)pdm09-Viren als bei Erwachsenen detektiert. Die Positivenrate für Influenza-B-Viren steigt bis zur Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen an und bleibt auch bei Erwachsenen und Personen ab 60 Jahren deutlich höher als bei Influenza-A(H1N1)pdm09-Viren (s. FAQ Influenza, u. a.: „Welche saisonalen Grippeviren kommen beim Menschen vor, und wie wirken sie sich in Grippewellen aus?“ www.rki.de/influenza).

Während saisonaler Grippewellen sollte bei Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung bei ungeimpften, aber auch geimpften Personen an Influenza gedacht werden. Bei bestimmten Patientengruppen mit erhöhtem Risiko für schwere Verläufe (vorliegende Grunderkrankungen, höheres Alter) oder bei schweren Krankheitsverläufen sollte frühzeitig eine antivirale Behandlung in Betracht gezogen werden (s. FAQ Influenzaimpfung: www.rki.de/influenza)

Im *Epid. Bull.* 5/2018 wurden vorläufige Ergebnisse zur Wirksamkeit der saisonalen Influenzaimpfung bei ambulant behandelten Patienten in der Saison 2017/18 in Deutschland vorgestellt (www.rki.de/influenza-impfung).

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 6. KW 2018
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
Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)
► Redaktionsassistenz: 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 erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273