



Epidemiologisches Bulletin

10. November 2014 / Nr. 45

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ebolafieber – Zur Situation in Deutschland

Ebolafieber ist eine seltene und lebensbedrohliche Infektionskrankheit. Sie gehört zu den sogenannten viral hämorrhagischen Fiebererkrankungen (VHF) und wird durch das Ebolavirus (EV) verursacht. Die Inkubationszeit beträgt mindestens zwei, meist jedoch acht bis zehn Tage, und nach 21 Tagen kann man davon ausgehen, dass nicht mehr mit einer Erkrankung zu rechnen ist.

Ebolaviren werden durch direkten Kontakt mit Erkrankten vor allem deren Körperflüssigkeiten z. B. Blut, Speichel, Schweiß, Urin, Stuhl oder Erbrochenem und nicht durch die Luft übertragen. Ein Ebolafieber-Infizierter ist erst ansteckend, wenn er symptomatisch ist.

Die Frühsymptome sind unspezifisch und ähneln einem grippalen Infekt. Am häufigsten treten Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen und Durchfall auf. Im Verlauf können weitere Symptome hinzukommen, die jedoch nicht immer alle auftreten müssen: interne und externe Blutungen, Hautausschlag, Rötung der Bindehaut, Halsschmerzen, Brustschmerzen, Schluckbeschwerden und Atemnot.

In 30–90 % der Fälle verläuft die Erkrankung tödlich. Beim aktuellen Ausbruch in Westafrika stirbt mehr als die Hälfte der Erkrankten.

Es gibt keine zugelassene spezifische Therapie. Die Behandlung erfolgt daher ausschließlich symptomatisch, die Qualität der medizinischen Versorgung hat einen Einfluss auf die Sterblichkeit. Ein Impfstoff steht bislang nicht zur Verfügung.

Deutschland ist auf die Behandlung von Personen, die an Ebolafieber erkrankt sind, gut vorbereitet. **Drei Patienten**, die sich in Afrika infiziert hatten, **wurden bislang nach Deutschland ausgeflogen und behandelt**: Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf behandelte einen Patienten mit einer in Sierra Leone diagnostizierten Ebolafieber-Infektion. Er konnte inzwischen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Seit dem 3. Oktober 2014 wird ein Patient im Behandlungszentrum Frankfurt behandelt, dieser Erkrankte war in Sierra Leone für eine italienische Hilfsorganisation tätig. Im Behandlungszentrum Leipzig wurde ein dritter Patient, ein UN-Mitarbeiter, der sich in Liberia infiziert hatte, behandelt. Der Patient starb am 14. Oktober 2014 an Ebolafieber.

Alle drei genannten Behandlungszentren sind Mitglied in einem Netzwerk von Kompetenz- und Behandlungszentren (STAKOB), die sowohl von der medizinischen Expertise als auch von den technischen Voraussetzungen für die Behandlung solcher hoch kontagiösen, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten spezialisiert sind und höchsten Sicherheitsstandard haben. Auch das Personal ist für diese Situation speziell ausgebildet und trainiert regelmäßig die Versorgung von Patienten unter Isolationsbedingungen. Die Geschäftsstelle des STAKOB ist beim Robert Koch-Institut (RKI) angesiedelt.

Diese Woche 45/2014

Ebolafieber

Zur Situation in Deutschland

Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore

Ausschreibung eines Nationalen Referenzzentrums für Mykobakterien

Hinweis auf Veranstaltungen

DGHM – 19. Berliner Workshop "Krankenhaushygiene interaktiv"

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen August 2014
- ▶ Aktuelle Statistik 42. Woche 2014

ARE/Influenza

Zur Situation in der 44. Woche 2014



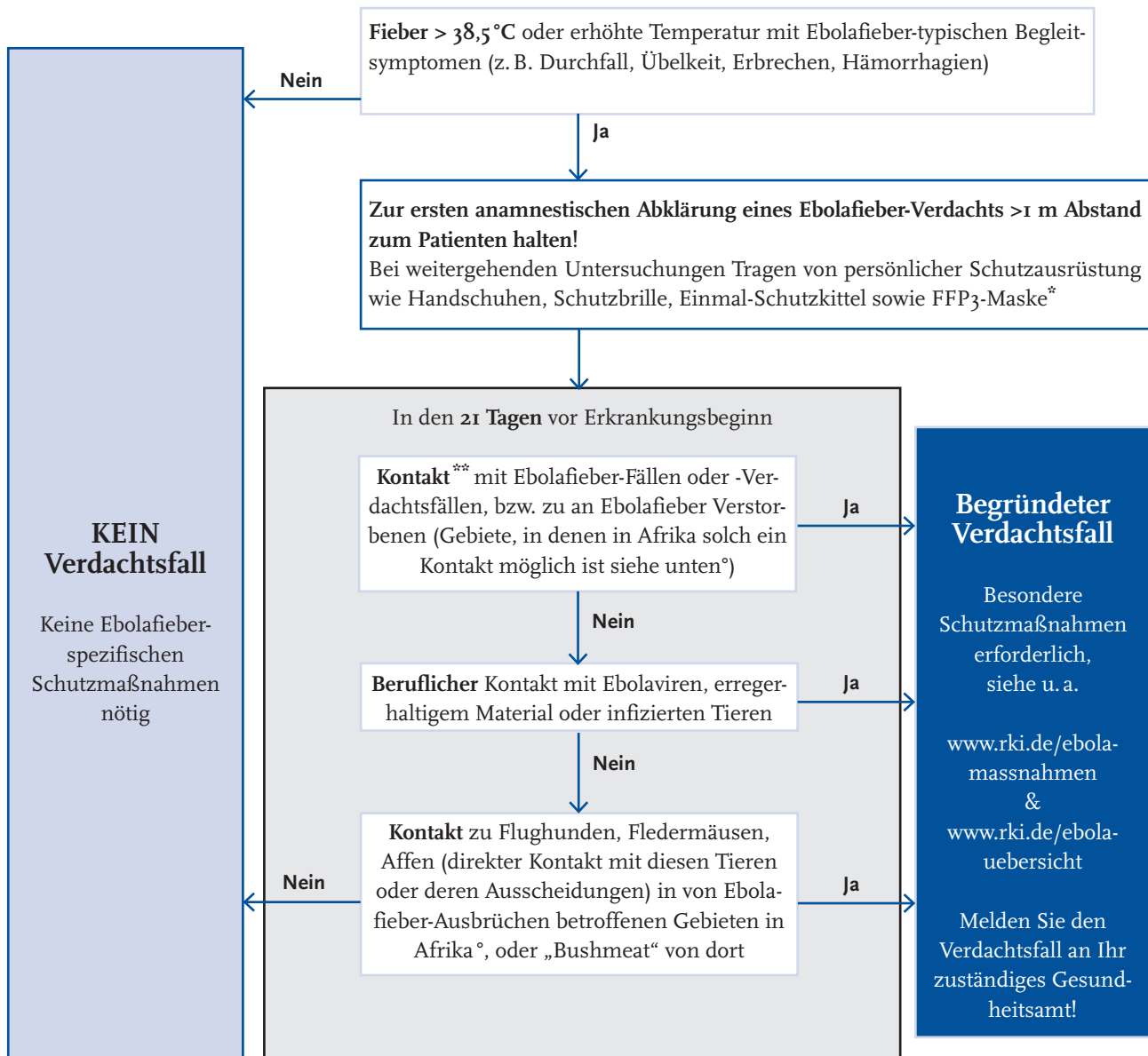


Abb. 1: Flusschema: Erstverdacht auf Ebolafieber – Hilfestellung für den Arzt in Deutschland zur Abklärung, ob ein begründeter Ebolafieber-Verdachtsfall vorliegt (Ebolafieber-Ausbruch, Westafrika, Stand: 23. Oktober 2014)

* Die aufgeführten Arbeitsschutzmaßnahmen wurden vom Koordinierungskreis des ABAS (Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe) empfohlen.

Hinweise zum richtigen An- und Ablegen von Schutzkleidung unter: www.rki.de/schutzkleidung.

Hinweise zur Desinfektion finden Sie unter www.rki.de/ebola-desinfektion

** Kontakt:

- ▶ Direkter Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten bzw. erregerehaltigem Gewebe von an Ebolafieber Erkrankten bzw. Verstorbenen, begründeten Verdachtsfällen oder möglicherweise Kontakt mit Ebolaviruskontaminierter Kleidung/Gegenständen
- ▶ Ungeschützter Kontakt (< 1 m) mit einem an Ebolafieber Erkrankten bzw. Verstorbenen oder begründeten Verdachtsfall (inkl. Haushaltskontakte, Flugpassagiere, die neben, vor oder hinter dem Erkrankten saßen (1 Sitz in alle Richtungen, auch über den Gang), ihn betreuende Crewmitglieder)
- ▶ Aufenthalt in afrikanischem Krankenhaus, in dem Ebolafieber-Patienten behandelt wurden

Kein Kontakt: nur Aufenthalt (> 1 m) im gleichen Raum/Verkehrsmittel.

° In Afrika derzeit von Ebola-Ausbrüchen betroffen: Guinea, Liberia, Sierra Leone, Demokratische Republik Kongo (Provinz Équateur). Eine aktuelle Liste finden Sie unter: www.rki.de/ebolagebiete.

=> Fachpersonal kann sich bei Fragen an das Gesundheitsamt oder ein Kompetenz- oder Behandlungszentrum: www.stakob.rki.de wenden.

=> Ist eine Abklärung zu Kontakt und Aufenthalt vorerst nicht möglich, sollten bei anhaltendem klinischen Verdacht auf Ebolafieber weiterhin die zur Abklärung eines Ebolafieber-Verdachts genannten Schutzmaßnahmen gelten. Diese gelten auch nach Verlegung des unklaren Verdachtsfalls in ein Krankenhaus (wenn möglich Absonderung des Patienten). Eine Verlegung eines unklaren Verdachtsfalls in eine Sonderisolierstation ist nicht notwendig. Zunächst sollte eine entsprechende labormedizinische Diagnostik unter Standardbedingungen erfolgen. Kann weiterhin das Vorliegen eines begründeten Verdachtsfalls nicht ausgeräumt werden, sollte eine Ebola-Ausschlussdiagnostik veranlasst werden.

Für die **Beratung in infektionsepidemiologischen Fragestellungen**, z. B. der Besprechung möglicher Verdachtsfälle, ist für die Fachöffentlichkeit (beispielsweise Ärzte, medizinisches Personal, Kliniken, Feuerwehr) das **zuständige Gesundheitsamt** der **erste Ansprechpartner**. Darüber hinaus ist auch im RKI für Ärzte und den Öffentlichen Gesundheitsdienst eine 24-stündige Rufbereitschaft eingerichtet, die über die Telefonzentrale erreichbar ist.

Für **Fragen zur Diagnostik** sind das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg (BNITM) als Nationales Referenzzentrum für tropische Infektionserreger und das Institut für Virologie der Universität Marburg als Konsiliarlabor für Filoviren erste Ansprechpartner.

Hinweise für Reisende sind auf der Internetseite des Auswärtigen Amtes abrufbar (Reise- und Sicherheitshinweise, Länder A–Z). Wer sich in Regionen mit Ebolafieber-Fällen aufgehalten hat, sollte auf Symptome der Infektion achten und sich beim Auftreten von Krankheitszeichen zuerst telefonisch unter Hinweis auf eine mögliche Ebolafieber-Infektion an einen Arzt wenden. Ärzte sollten bei Reiserückkehrern mit entsprechenden Symptomen eine Ebolavirus-Infektion differentialdiagnostisch abklären. Eine vom Robert Koch-Institut auf ihren Internetseiten zur Verfügung gestellte Übersicht zeigt die **„Gebiete in Afrika, in denen es nach aktuellem Kenntnisstand zu Kontakten mit Ebolafieber-Fällen oder -Verdachtsfällen, bzw. zu an Ebolafieber Verstorbenen kommen kann“**. Ein begründeter Verdacht auf eine Ebolafieber-Erkrankung liegt vereinfacht gesagt nur bei Personen vor, die in den letzten 21 Tagen aus Gebieten mit Ebolafieber-Erkrankungen eingereist sind, mindestens Fieber oder weitere Symptome haben und vor Ort Kontakt zu Ebolafieber-Erkrankten oder -Verstorbenen, indirekt mit deren Körperflüssigkeiten oder kranken Tieren gehabt haben (s. auf den Internetseiten des RKI: **„Flussschema: Erstverdacht auf Ebolafieber – Hilfestellung für den Arzt in Deutschland zur Abklärung, ob ein begründeter Ebolafieber-Verdachtsfall vorliegt“**), s. **Abbildung 1**.

Das Risiko, dass Reisende Ebolafieber aus den von der Epidemie betroffenen Staaten mit nach Deutschland bringen, ist gegenwärtig gering. Von 100 Flugreisenden aus Westafrika hat nur etwa eine Person Deutschland als Ziel. In den letzten Monaten haben nur drei Personen mit einer Ebolavirus-Infektion, die nicht im Rahmen einer medizinischen Evakuierung ausgeflogen wurden, die betroffenen Länder mit dem Flugzeug verlassen. Außerdem führen die von der Epidemie betroffenen Länder Ausreisekontrollen durch.

Demgegenüber ist es viel wahrscheinlicher, dass bei Fieberpatienten mit Westafrika-Reisehintergrund eine Malaria-Infektion vorliegt. In manchen Monaten werden in Deutschland monatlich 40 bis 50 Fälle von Malaria bei Personen diagnostiziert, die aus Westafrika einreisen (s. auf den Internetseiten des RKI: **„Hinweise zur Malaria-Diagnostik und zur Interpretation von Malaria-Befunden bei einer in den letzten 21 Tagen aus Ebolafieber-Ausbruchs-**

ländern eingereisten Person, die sich noch nicht in einem der Behandlungszentren befindet“).

Aktivitäten des Robert Koch-Instituts vor Ort: Das Robert Koch-Institut unterstützt die gemeinschaftlichen Bemühungen zur Bekämpfung der Ebolafieber-Epidemie auf verschiedenen Ebenen.

Virologen des Robert Koch-Instituts arbeiten gemeinsam mit anderen deutschen und europäischen Wissenschaftlern in Guinea in einem Europäischen Mobilem Labor, im Rahmen des *European Mobile Laboratory Project*. Das Labor arbeitet in enger Kooperation mit den Gesundheitsbehörden vor Ort, der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Ärzten ohne Grenzen (MSF). Das *European Mobile Laboratory Project* ist eine multinationale europäische Initiative, die vom Bernhard-Nocht-Institut Tropenmedizin in Hamburg (BNITM) koordiniert und von der Europäischen Kommission unterstützt wird.

Epidemiologen des Robert Koch-Instituts unterstützen die WHO in der Zentrale in Genf und im Rahmen des *Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)* in Liberia. Im GOARN-Netzwerk arbeiten Institutionen und Netzwerke zusammen und bilden einen Ressourcen-Pool und einen operativen Rahmen für die Reaktion der WHO auf Ausbruchsgeschehen.

Das STAKOB-Trainingszentrum in Würzburg und das Robert Koch-Institut führen ein Trainingsprogramm zur Schulung von medizinischem Personal in Westafrika durch. Das vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen eines Forschungsprojekts finanzierte Trainingsprogramm soll in Anrainerstaaten der derzeit betroffenen Länder Medizinpersonal ermöglichen, eine an Ebolafieber erkrankte Person (bzw. Verdachtsperson) zu erkennen, eine erste Versorgung vorzunehmen und ggf. adäquat in ein Behandlungszentrum zu verlegen. Hierbei soll auch ein Train-the-Trainer-Programm mit den Partnern vor Ort zusammen erarbeitet werden, so dass das Wissen unabhängig vom deutschen Projektteam weiter vermittelt werden kann.

Weitere Informationen finden Sie unter:

- ▶ www.rki.de/ebola
- ▶ www.rki.de/ebola-uebersicht
- ▶ www.rki.de/DE/Content/InfAZ/E/Ebola/EbolaSchema.pdf

Ausschreibung eines Nationalen Referenzzentrums für Mykobakterien

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Fortentwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut zusätzliche ausgewiesene Fachexpertise und labordiagnostische Erfahrung erforderlich, die durch Nationale Referenzzentren (NRZ) erbracht werden.

Es wird die Leitung des **NRZ für Mykobakterien** ausgeschrieben, welche voraussichtlich ab **Juni 2015** seine Tätigkeit aufnehmen soll.

Interessierte, leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum **12. Dezember 2014** ein Konzept für dieses NRZ einzureichen. Das Konzept sollte in seiner Gliederung entsprechend dem nachfolgenden Aufgabenkatalog für NRZ aufgebaut sein.

Das NRZ soll nachfolgend aufgeführte spezielle Aufgaben übernehmen:

- ▶ Erregerisolierung und -identifizierung von tuberkulösen und nicht-tuberkulösen Mykobakterien inkl. der Charakterisierung neuer mykobakterieller Erreger
- ▶ Aufdeckung von Infektionsketten und Laborkontaminationen durch Feintypisierung von *M.-tuberculosis*-Stämmen
- ▶ Wirksamkeitsuntersuchung aller zur Therapie mykobakterieller Erkrankungen eingesetzten Chemotherapeutika insbesondere auch der Zweitrangmedikamente bei multi- und extensiv resistenter Tuberkulose
- ▶ Ansprechpartner für Fragen zur Pathogenität und weiteren Erregereigenschaften eingesandter Stämme sowie die konsiliarische Tätigkeit bezogen auf Diagnostik und therapeutischer Konsequenzen insbesondere im Falle von resistenten Stämmen und nicht-tuberkulöser Mykobakterien.
- ▶ Evaluation und Implementierung neuer diagnostischer Methoden
- ▶ Regelmäßige und zeitnahe elektronische Bereitstellung standardisierter molekularer Typisierungsdaten von multiresistenten Isolaten an das Robert Koch-Institut zur Übermittlung an das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)
- ▶ Mitarbeit in internationalen Labornetzwerken und – Gremien

Über die aufgeführten speziellen Aufgaben hinaus wird für alle ausgeschriebenen NRZ, soweit zutreffend, der allgemeine Aufgabenkatalog für NRZ zugrunde gelegt:

Allgemeiner Aufgabenkatalog für NRZ:

1. Entwicklung bzw. Verbesserung diagnostischer Verfahren, Koordination bei der Standardisierung und Verbreitung allgemein gültiger Testverfahren. Initiierung von Untersuchungen zur Qualitätssicherung.
2. Über die Routine hinausreichende Diagnostik und Feintypisierung von Erregern einschließlich molekularbiologischer Untersuchungen zur Aufklärung epidemiologischer Zusammenhänge.
3. Führen einer Stammsammlung und Abgabe von Referenzstämmen bzw. von diagnostikspezifischen Referenzpräparaten, mit Ausnahme von kommerziell erhältlichen Isolaten, wie z. B. von ATCC (*American Type Culture Collection*)- und DSMZ (Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen)-Stämmen.

4. Aufbau und koordinierende Pflege eines Netzwerkes diagnostischer Einrichtungen.
5. Beratungstätigkeit für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Laboratorien, niedergelassene Ärzte, Kliniken und Forschungsinstitute, Durchführung von Weiterbildungen und Öffentlichkeitsarbeit.
6. Zusammenarbeit mit Referenzlaboratorien anderer Länder sowie den Kollaborationszentren der WHO einschließlich der Teilnahme an internationalen Ringversuchen.
7. In Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut Auswertung und Interpretation der Daten mit dem Ziel, die epidemiologische Situation möglichst repräsentativ für Deutschland zu beschreiben, Initiierung von und Mitarbeit bei Surveillance-Projekten.
8. Überwachung der eingehenden Daten mit dem Ziel der zeitnahen Aufdeckung von Ausbrüchen oder Ausbruchgefährden sowie umgehende Mitteilung an das Robert Koch-Institut. Unterstützung des ÖGD und des Robert Koch-Institutes bei ergänzenden Untersuchungen im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen.
9. Epidemiologische Analyse und Bewertung der Resistenz- und Virulenzentwicklung.
10. Regelmäßige Berichterstattung sowie Beratung des Robert Koch-Institutes zu den entsprechenden Sachfragen und Mitwirkung bei der Erarbeitung von Empfehlungen des Robert Koch-Institutes für Diagnostik, Therapie und Prävention sowie allgemein in der angewandten Infektionsepidemiologie.

Die NRZ werden in der Regel für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Da die anstehende Berufenungsperiode am 31. Dezember 2016 endet, wird in diesem Fall angestrebt, das NRZ für Mykobakterien bis zum 31. Dezember 2019 zu berufen. Danach wird im Rahmen einer Evaluation über die weitere Berufung entschieden.

Die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt durch Bewilligung von Zuwendungen auf der Grundlage des Bundeshaushaltsrechtes und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel. Die Förderung setzt eine Eigenbeteiligung des NRZ voraus.

Das Prozedere für Neubesetzungen von NRZ ist im Internet unter www.rki.de/nrz-kl veröffentlicht.

Den Bewerbungsunterlagen sollten der Lebenslauf sowie eine Publikationsliste mit den für die Arbeit dieses NRZ relevanten Publikationen beigefügt sein.

Die Angebote müssen in deutscher Sprache in Form eines Antrags schriftlich in zweifacher Ausfertigung und rechtsverbindlich unterschrieben im verschlossenen Umschlag bis zum **12. Dezember 2014** an das Robert Koch-Institut, Abteilung 3, Herr Dr. Kirchner, Seestraße 10, 13353 Berlin, abgesandt sein (Datum des Poststempels). Weiterhin wird um Übersendung der Datei per E-Mail an WissBeirat.PH-Mikrobio@rki.de gebeten.

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Robert Koch-Institut unter der o. g. E-Mail Adresse.

Hinweis auf Veranstaltungen

DGHM – Ständige Arbeitsgemeinschaft Allgemeine und Krankenhaushygiene – 19. Berliner Workshop

Kontinuierliche Fortbildung in der Infektionsprävention „Krankenhaushygiene interaktiv“

Termin: 23. Januar 2015 und 24. Januar 2015

Veranstaltungsort: Hörsaal des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin Hindenburgdamm 27 (Eingang Krahrmerstraße) 12203 Berlin (Steglitz/Lichterfelde)

Veranstalter: suacon GmbH, Berlin

Ansprechpartner: Ursula Gebhardt, Institut für Hygiene und Umweltmedizin Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin; Tel.: 030. 8445–3680; Fax: 030. 8445–3682; E-Mail: hygienekurse@charite.de

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Petra Gastmeier Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen

Ziel: Viele krankenhaushygienische Fragen werden immer komplexer, und die Evidenz für etliche Präventionsmaßnahmen ist begrenzt. Gleichzeitig wird es immer schwieriger, gute Kompromisse zwischen dem starken Bedürfnis der Patienten, keinerlei Infektionsrisiken ausgesetzt zu sein und den Kostenzwängen in den Krankenhäusern zu finden.

Ziel des Workshops am Freitag ist es deshalb, interaktiv mit dem Auditorium die besten Lösungswege bei konkreten Problemstellungen zu identifizieren. Am Sonnabend haben Sie Gelegenheit, aktuelle Ergebnisse zu Surveillance und Outbreak-Untersuchungen zu erfahren.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich über das Online Portal (<http://www.nrz-hygiene.de/nrz/veranstaltungen/>) an.

Teilnahmegebühr: 90,00 Euro

Zertifizierung: Die Zertifizierungen der Veranstaltung durch die Ärztekammer Berlin und im Rahmen der beruflich Pflegenden werden beantragt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: August 2014 (Datenstand: 1.11.2014)					
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. *		
	2014	2013		2014	2013		2014	2013		2014	2013		2014	2013	
	Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.	
Baden-Württemberg	30	320	289	22	233	216	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bayern	83	559	395	56	358	279	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Berlin	80	663	508	36	304	353	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	6	62	46	3	43	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	17	38	3	26	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	32	238	233	15	138	115	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	30	194	265	26	169	175	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	15	63	21	3	44	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	22	246	212	14	144	128	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	96	849	791	70	548	493	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	18	124	121	14	81	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saarland	6	36	40	2	30	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	21	196	145	9	112	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	6	75	58	11	63	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	9	82	53	7	71	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	5	52	59	2	32	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deutschland	463	3.776	3.274	293	2.396	2.187	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Es stehen derzeit keine Daten zur Malaria, Echinokokkose und zur konnatalen Toxoplasmose zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

42. Woche 2014 (Datenstand: 5.11.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.
Baden-Württemberg	139	5.407	5.157	4	96	119	7	207	229	50	1.133	1.353	1	45	50
Bayern	169	6.726	5.872	2	199	233	23	679	682	69	1.947	2.053	2	78	90
Berlin	72	2.410	2.349	2	65	66	22	493	519	13	548	533	3	69	52
Brandenburg	69	2.024	1.832	3	32	31	10	290	346	15	573	562	1	6	12
Bremen	13	450	354	0	1	6	1	6	10	4	56	81	1	4	1
Hamburg	40	1.602	1.549	4	42	50	7	255	242	6	246	373	1	34	31
Hessen	102	3.785	3.244	2	36	37	4	89	101	26	775	957	0	30	47
Mecklenburg-Vorpommern	60	1.760	1.643	5	79	34	26	652	579	7	438	414	0	2	2
Niedersachsen	101	4.593	4.150	7	140	161	18	586	505	29	1.087	1.566	3	12	12
Nordrhein-Westfalen	389	15.041	13.226	6	243	242	37	809	923	78	2.487	3.258	2	34	43
Rheinland-Pfalz	84	3.203	2.849	4	90	82	5	230	205	22	730	779	3	31	48
Saarland	37	1.022	969	0	3	8	0	18	30	3	132	140	0	2	2
Sachsen	119	4.415	4.212	5	170	122	46	816	690	45	1.256	1.338	1	19	37
Sachsen-Anhalt	48	1.558	1.420	1	73	56	35	710	645	25	785	999	0	11	14
Schleswig-Holstein	54	2.087	2.025	2	31	54	2	83	83	2	353	515	0	5	11
Thüringen	30	1.686	1.522	0	30	25	2	222	284	10	808	1.084	1	12	12
Deutschland	1.527	57.778	52.377	47	1.330	1.326	245	6.145	6.074	404	13.355	16.007	19	394	464

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.	2014	2013	1.-42.
Baden-Württemberg	4	91	114	38	4.959	5.345	19	2.043	2.397	16	410	429	4	59	68
Bayern	3	234	256	74	5.724	7.218	22	3.920	4.793	13	660	688	12	168	110
Berlin	4	61	64	36	2.228	1.949	8	1.313	1.897	6	282	343	4	88	90
Brandenburg	0	85	78	43	2.606	2.785	11	1.555	3.607	0	70	80	1	68	63
Bremen	0	3	15	3	472	341	1	160	246	0	23	15	0	9	8
Hamburg	1	43	55	9	1.400	1.963	3	776	1.700	3	104	126	0	20	15
Hessen	3	117	128	26	2.983	4.504	9	1.793	1.580	8	245	228	5	85	69
Mecklenburg-Vorpommern	1	37	40	42	2.266	3.376	16	1.307	1.695	5	113	95	3	74	52
Niedersachsen	3	195	168	37	4.630	5.975	15	2.072	4.138	5	167	153	0	86	76
Nordrhein-Westfalen	5	315	367	97	9.482	14.428	39	5.283	9.244	2	653	629	22	329	221
Rheinland-Pfalz	5	134	112	22	2.816	3.659	6	1.155	1.826	4	121	147	3	43	38
Saarland	0	16	9	13	535	1.180	2	533	408	2	39	16	0	10	7
Sachsen	7	203	262	139	6.035	7.184	27	2.842	4.835	6	189	236	18	196	159
Sachsen-Anhalt	6	142	124	98	3.350	3.951	11	1.937	2.036	2	81	72	2	48	275
Schleswig-Holstein	1	69	83	7	1.764	1.819	6	726	1.303	0	51	47	0	13	23
Thüringen	2	186	203	40	2.960	3.306	38	2.124	3.344	2	127	62	2	41	41
Deutschland	45	1.932	2.078	724	54.225	68.990	233	29.543	45.057	74	3.335	3.366	76	1.337	1.315

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-laboridiagnostisch 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

42. Woche 2014 (Datenstand: 5.11.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	2	46	77	1	51	49	28	755	707	0	31	32	9	375	469
Bayern	2	74	71	2	102	82	24	876	832	1	28	39	8	536	480
Berlin	0	24	37	2	62	51	16	473	428	1	18	22	11	295	293
Brandenburg	0	21	18	0	16	9	1	54	49	0	3	3	2	81	84
Bremen	0	4	24	2	10	12	0	31	22	0	3	2	2	44	43
Hamburg	0	17	21	1	38	30	5	114	105	0	6	5	3	114	155
Hessen	1	41	53	0	58	61	12	497	331	2	13	21	9	404	366
Mecklenburg-Vorpommern	1	6	17	0	7	7	0	32	56	0	5	5	2	50	67
Niedersachsen	3	53	44	0	33	31	5	194	227	0	12	21	5	292	256
Nordrhein-Westfalen	7	113	138	2	114	120	18	721	580	2	49	61	18	850	842
Rheinland-Pfalz	0	20	53	1	23	44	3	200	193	2	18	19	4	149	137
Saarland	0	13	11	0	13	9	3	103	48	0	1	6	1	43	33
Sachsen	1	16	20	1	19	31	5	279	263	0	4	12	3	111	107
Sachsen-Anhalt	1	19	19	1	18	19	1	70	102	0	3	2	4	91	91
Schleswig-Holstein	1	13	14	0	13	10	6	135	108	0	12	21	3	61	73
Thüringen	1	22	15	1	3	10	3	101	62	0	5	9	2	71	55
Deutschland	20	502	632	14	580	575	130	4.635	4.113	8	211	280	86	3.570	3.554

Land	Impfpräventable Krankheiten										
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺	
	2014		2013	2014		2014		2014		2014	
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	42.	1.–42.	42.	1.–42.	42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	10	63	0	53	0	3	64	1.319	50	2.700
Bayern	5	108	756	3	109	0	10	56	2.166	38	3.035
Berlin	0	13	486	1	42	0	3	10	556	22	1.159
Brandenburg	2	6	58	1	7	0	3	11	481	18	545
Bremen	0	4	7	0	1	0	0	0	18	4	366
Hamburg	0	13	18	4	46	0	1	3	146	4	275
Hessen	0	19	13	2	49	0	1	18	571	33	1.070
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	10	0	0	8	180	3	151
Niedersachsen	0	7	24	2	36	0	3	18	731	15	1.129
Nordrhein-Westfalen	0	32	124	5	212	0	2	25	1.394	72	4.331
Rheinland-Pfalz	2	6	11	7	49	0	3	6	478	25	640
Saarland	0	2	0	0	5	0	1	4	86	7	102
Sachsen	0	6	54	2	27	0	1	12	572	32	1.687
Sachsen-Anhalt	0	10	31	0	4	0	0	9	366	3	436
Schleswig-Holstein	0	39	10	1	25	0	3	5	160	5	378
Thüringen	0	0	23	0	11	0	3	16	496	5	328
Deutschland	9	276	1.679	28	686	0	37	265	9.724	336	18.333

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

42. Woche 2014 (Datenstand: 5.11.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	42. Woche	1.–42. Woche	1.–42. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	6	1.052	1.792	1.985
Brucellose	0	38	21	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	57	94	112
Dengue-Fieber	9	511	724	878
FSME	4	223	363	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	4	73	70	77
Hantavirus-Erkrankung	9	368	126	161
Hepatitis D	1	14	26	33
Hepatitis E	12	520	385	458
Influenza	12	6.967	70.040	70.222
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	7	359	328	416
Legionellose	24	685	793	923
Leptospirose	3	121	65	80
Listeriose	11	472	371	468
Ornithose	0	8	9	10
Paratyphus	0	21	49	56
Q-Fieber	3	223	93	115
Trichinellose	0	1	14	14
Tularämie	2	15	19	20
Typhus abdominalis	0	47	75	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

1. Sachsen-Anhalt, 47 Jahre, weiblich (Infektionsland Jamaika)
2. Rheinland-Pfalz, 27 Jahre, weiblich (Infektionsland Dominikanische Republik)
3. Nordrhein-Westfalen, 66 Jahre, weiblich (Infektionsland Trinidad und Tobago)
4. Berlin, 27 Jahre, männlich (Infektionsland Kolumbien)
(110. bis 113. Chikungunya-Fall 2014)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 44. Kalenderwoche (KW) 2014

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 44. KW 2014 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

36 Länder sendeten für die 43. KW 2014 Daten an TESSy (*The European Surveillance System*). Alle Länder verzeichneten eine geringe, klinische Influenza-Aktivität.

Informationen unter: <http://www.flunews europe.org/FileRepository/Weekly%20influenza%20surveillance,%20week%2043,%202014%20-%2031%20Oct%202014%20en.pdf>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 223 vom 3. November 2014)

Die Influenza-Aktivität befand sich in den Ländern der nördlichen Hemisphäre auf einem niedrigen Niveau mit leicht steigender Tendenz. Vornehmlich zirkulierten Influenza A(H3N2) und -B-Viren. Informationen unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

Humane Erkrankungen mit aviärer Influenza A-Infektion in China

Die WHO berichtete am 29. Oktober 2014 über 2 neue Fälle von Influenza A(H7N9) in 2 chinesischen Provinzen. Der 1. Fall, eine Frau (Exposition zu Geflügel), verstarb, während ein Mädchen nur leichte Symptome entwickelte. <http://www.who.int/csr/don/29-october-2014-avian-influenza/en/>

Bis zum 2. Oktober 2014 wurden der WHO 453 Erkrankungen, darunter 175 Todesfälle berichtet. Die Risikoeinschätzung zur aviären Influenza bleibt unverändert. Einer der jetzt berichteten Fälle stammt aus einer Provinz, aus der bisher keine Fälle gemeldet wurden. Offensichtlich zirkulieren A(H7N9)-Viren weiterhin in Geflügel in China. Es wird deshalb mit dem Nachweis weiterer sporadischer humaner Fälle (mgw. auch mit anderen aviären Subtypen) in den kommenden Monaten gerechnet. **WHO Risk Assessment:** Influenza at the human-animal interface, 2. Oktober 2014 unter: http://www.who.int/entity/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/riskassessment_h7n9_2Oct14.pdf?ua=1

Informationen des RKI zu aviärer Influenza <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Aviareinfluenza/Aviareinfluenza.html>

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 44. Kalenderwoche 2014

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 allgemeiner 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