



Epidemiologisches Bulletin

4. Juli 2016 / Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Typhusfälle bei Asylsuchenden im Jahr 2015

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-042

Einleitung

Typhus ist eine ausschließlich den Menschen betreffende Infektionskrankheit, die in vielen Regionen der Welt endemisch ist und insgesamt jährlich zu circa 22 Millionen Erkrankungen und 200.000 Todesfällen führt.¹ In der vorantibiotischen Ära verliefen 10–20% der Typhusfälle tödlich; eine rechtzeitige Antibiotikatherapie reduziert die Letalität auf ca. 1%.¹ Vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden Antibiotikaresistenz auch dieses Erregers ist eine Resistenztestung wichtig für den Erfolg der Therapie. Die Krankheit ist impfpräventabel, jedoch bietet die Impfung keinen vollständigen Schutz. Die typische Inkubationszeit für Typhus beträgt meist 8–14 (selten bis zu 60) Tage. Kennzeichnend sind ein schleichender Beginn der Symptomatik mit u. a. Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Obstipation und im Verlauf auch häufig Diarrhoen. Typisch ist eine relative Bradykardie, die jedoch nicht obligat ist (Vergleich auch RKI-Ratgeber für Ärzte Typhus abdominalis, Paratyphus).² Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung in Deutschland wird sie hierzulande oft erst spät diagnostiziert.

In den Jahren 2010–2014 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) monatlich im Median 5 (Interquartilsabstand 3–7) Erkrankungen entsprechend der Referenzdefinition übermittelt. Die Mehrheit der in Deutschland diagnostizierten Infektionen ist reiseassoziiert, Hauptinfektionsländer waren dabei in den Vorjahren Indien und Pakistan. Hierzulande selten berichtete Sekundärfälle stehen meist im Zusammenhang mit von Primärfällen kontaminierten Lebensmitteln. Im Mai 2004 erkrankten in Leipzig 6 Personen nach einem gemeinsamen Imbiss-Besuch. Bei 4 Patienten konnte *Salmonella* Typhi (*S. Typhi*) isoliert und der Lysotyp C1 mit gleichem Makrorestriktions-/Pulsfeldgelelektrophorese (PFGE)-Muster festgestellt werden. Die durchgeführte Kohortenstudie zeigte, dass der Verzehr bestimmter Speisen des Imbisses mit einem fast 5-fach erhöhten Erkrankungsrisiko einherging.^{3,4} Ein Jahr später wurde ein Ausbruch in Hamburg beschrieben, in welchem ein als Koch beschäftigter Reiserückkehrer mehrere Familienmitglieder und Gäste infiziert hatte.⁵

Im September und Oktober 2015 wurden dem RKI 6 Typhusfälle bei syrischen Asylsuchenden übermittelt. Die betroffenen Erkrankten zeigten innerhalb weniger Tage nach ihrer Einreise Symptome und der Erkrankungsbeginn der Fälle lag eng beieinander.

Im Oktober 2015 erhielt das RKI auch aus Österreich Kenntnis eines dort aufgetretenen weiteren Typhusfalls eines syrischen Asylsuchenden. Auch in den Niederlanden traten 2 derartige Fälle auf. Da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass die Fälle einen Hinweis auf ein größeres Übertragungsgeschehen auf der West-Balkan-Fluchtroute darstellten, wurde eine epidemiologische Untersuchung eingeleitet, um eine gegebenenfalls nachweisbare gemeinsame Exposition zu ermitteln und weitere Fälle zu verhindern.

Diese Woche 26/2016

Typhusfälle bei Asylsuchenden im Jahr 2015

Mitteilung der STIKO
Verfügbarkeit von hexavalenten
Impfstoffen für die Grund-
immunisierung von Säuglingen

Hinweis auf Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger
Infektionskrankheiten
23. Woche 2016



Methodik

Über die internetbasierte Austauschplattform *Epidemic Intelligence Information System* (EPIS) informierte das RKI Anfang November 2015 andere europäische Länder über die festgestellte Häufung von Typhusfällen unter syrischen Asylsuchenden.

Das RKI entwickelte einen explorativen Fragebogen, der basierend auf der Hypothese einer gemeinsamen Exposition entlang der Fluchtroute Fragen zum Herkunftsort, zur genauen Fluchtroute, zum während der Flucht verzehrten Essen, zu Symptomen und Kontaktpersonen enthielt. Über die Landesbehörden, Gesundheitsämter und die betroffenen Einrichtungen für Asylsuchende wurde versucht, Kontakt zu den betroffenen Personen herzustellen. Nach Abgabe einer schriftlichen Einverständniserklärung an das Gesundheitsamt (Deutsch/Englisch/Arabisch) wurden an Typhus erkrankte Personen mit vor kurzem erfolgter Einreise und Herkunftsland Syrien durch RKI-Mitarbeiter telefonisch befragt.

Um ggf. weitere Fälle zu identifizieren, haben wir bei jedem seit September 2015 neu übermittelten Typhusfall eruiert, ob es sich um eine asylsuchende Person handelt. Dafür haben wir in der Meldesoftware SurVNet die ab Kalenderwoche 40/2015 möglichen Einträge im SurVNet-Feld „zusätzliche Eigenschaften“ bzw. in SurVNet-Kommentaren verwendet und/oder die zuständigen Landesbehörden kontaktiert. Vor der 40. Kalenderwoche 2015 getätigte Übermittlungen wurden einzeln angesehen, um durch (fehlende) Angaben zu Reisezeitraum und Expositionsland ggf. Hinweise auf frühere Typhusfälle unter Asylsuchenden zu erhalten.

Zur Identifizierung und Charakterisierung der Stämme, auch von Isolaten der Fälle aus den Nachbarländern, führte das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere Enteritiserreger am RKI, Bereich Wernigerode, spezielle Untersuchungen wie Lysotypie, PFGE und *Next Generation Sequencing* (NGS) durch.

Ergebnisse

Ein Vergleich der 2015 in Deutschland nach Referenzdefinition übermittelten Typhusfälle mit den Vorjahren zeigte keinen Anstieg der Anzahl der Typhusfälle insgesamt. Die Verteilung der Fälle über das Jahr entsprach im Wesentlichen der Verteilung in den Jahren 2010–2014. Auffällig war ein hoher Anteil von Asylsuchenden unter den übermittelten Fällen im Oktober und November 2015 (s. Abb. 1).

Die für den Zeitraum vor der 40. Kalenderwoche erfolgte Einzelfallkontrolle ergab keinen Hinweis auf Fälle bei Asylsuchenden. Die Information, dass es sich bei einem Fall um einen Asylsuchenden handelt, liegt ab der 40. Kalenderwoche 2015 standardisiert vor. Ab dieser Kalenderwoche bis zum Jahresende wurden in Deutschland 13 Infektionen mit *S. Typhi* bei Asylsuchenden übermittelt, davon hatte ein Fall einen Erkrankungsbeginn bereits Ende September. Von den 13 Infektionen bei Asylsuchenden waren 9 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankungen, weitere 4 waren entweder asymptomatisch oder hatten keine charakteristische Klinik und entsprachen somit nicht der Referenzdefinition.

Unter den 9 symptomatischen Fällen stammten 6 aus Syrien und je ein Fall aus dem Irak, Pakistan und Somalia. Alle

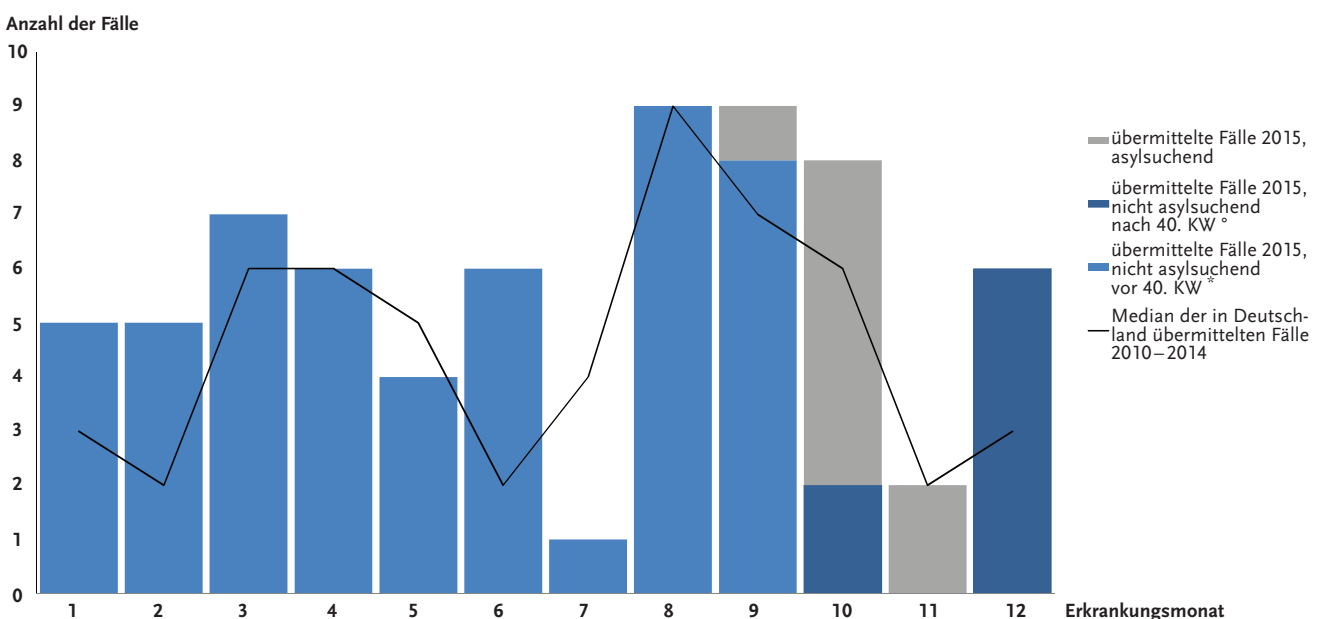


Abb. 1: In Deutschland nach Referenzdefinition übermittelte Typhusfälle im Jahre 2015 im Vergleich mit den Vorjahren 2010–2014

^oReiseassoziierte Fälle von Personen, deren Reise in Deutschland ihren Ausgang nahm, mit Ausnahme von zwei Fällen, deren Übermittlungsdaten ebenfalls keinen Hinweis auf einen asylsuchenden Status ergab

^zEinführung von „Angaben bei Asylsuchenden“ in der Meldesoftware in der 40. Kalenderwoche 2015

erkrankten innerhalb weniger Tage nach ihrer Ankunft in Deutschland. Es wurden keine Sekundärfälle bekannt.

Dem zuständigen NRZ lagen zu diesen 9 in Deutschland diagnostizierten Fällen sowie den in Österreich (n=1) und den Niederlanden (n=2) ermittelten Fällen bei syrischen Asylsuchenden Isolate vor. Gefunden wurden jeweils einmal die Lysotypen C₃ (Somalia), D₁ (Irak), E_{1a} (Pakistan) und E₉ (Syrien). Auffällig war, dass bei 5 der 6 in Deutschland sowie der 3 in Österreich und den Niederlanden diagnostizierten Fälle unter Syrern jeweils der Lysotyp ubII („unbestimmbar II“) festgestellt wurde.

Bei diesem relativ seltenen Lysotypen rufen ausschließlich die das Kapselantigen erkennenden Vi-Phagen I+IV eine Lysis hervor, nicht jedoch die eigentlichen VIII-Typisierungsfagen, so dass die Phagentypisierung hier keine verlässliche Aussage über einen möglichen Zusammenhang zwischen den Isolaten zulässt. Allerdings grenzt es sie verlässlich von den klassischen Lysotypen ab.

Schon vor Vorliegen der letzten Lysotypieergebnisse konzentrierte sich daher die weitere Untersuchung auf die insgesamt 9 erkrankten Asylsuchenden mit Herkunftsland Syrien.

Der syrische Fall in Österreich und 2 der 6 syrischen Fälle in Deutschland konnten durch die zuständigen Gesundheitsämter erreicht werden und stimmten einer telefonischen Befragung schriftlich zu (dreisprachiges Formular (Deutsch/Englisch/Arabisch)). Eine Befragung wurde in Österreich durchgeführt, die anderen beiden durch einen arabisch sprechenden Mitarbeiter des RKI. Die vier weiteren in Deutschland diagnostizierten Fälle und die beiden Fälle in den Niederlanden konnten nicht befragt werden, weil Kontaktangaben fehlten und ihr Aufenthaltsort nicht auffindig gemacht werden konnte.

Unter den drei Befragten waren zwei mit Lysotyp ubII und der Patient mit Lysotyp E₉ (weil dieser Befund erst spät vorlag). Alle drei stammten aus verschiedenen syrischen Orten, hatten bezogen auf die Reiseländer eine identische Fluchtroute, reisten aber nicht zusammen und nicht gleichzeitig. Die beiden Fälle mit Lysotyp ubII waren zwischen Syrien und Ankunft im Zielland 12 bzw. 14 Tage lang unterwegs, der Fall mit Lysotyp E₉ war bereits vor 4 Jahren aus Syrien in den Libanon ausge-reist und befand sich 4 Wochen auf der Flucht, einschließlich eines einwöchigen Gefängnisaufenthaltes in der Türkei aufgrund eines gescheiterten Ausreiseversuches. Dort war er mit zwei fiebernden Flüchtlingen aus Afghanistan in einer Zelle untergebracht, mit denen er Essen, Toilette und Lager teilte.

Alle drei Befragten nannten ab der Türkei die gleiche Fluchtroute (Griechenland-Mazedonien-Serbien-Kroatien-Ungarn-Österreich-Deutschland). Sie gaben an, in den letzten 4 Wochen vor Erkrankungsbeginn kein kaltes Essen von anderen Flüchtlingen entgegengenommen und verzehrt, und kein Wasser aus einem natürlichen Gewässer getrunken zu haben.

Sie hätten auch kein Essen für andere zubereitet. Der Fall mit Lysotyp E₉ berichtete auch, dass er auf der Balkanroute mit einem anderen Mann zusammen gereist sei, der nun, nach Ankunft in Deutschland auch mit ähnlichen Symptomen krank sei. Diese Person konnte identifiziert werden, stellte sich jedoch nach Auskunft des zuständigen Gesundheitsamtes als gesund heraus.

Die Isolate mit Lysotyp ubII wurden mittels PFGE und Genomsequenzierung weiter untersucht (Details hier nicht berichtet). Zusammengenommen legen die Ergebnisse dieser Methoden nahe, dass es sich bei den Isolaten dieser syrischen Asylsuchenden um eng verwandte Isolate handelt, die sich von früheren reiseassoziierten ubII-Isolaten (vorrangig aus Indien und Pakistan) unterscheiden.

Schlussfolgerungen

Die Zahl der übermittelten Typhusfälle blieb 2015 im Bereich der üblichen Anzahl von Typhusfällen in Deutschland. Jedoch war der hohe Anteil Asylsuchender unter den Typhusfällen im Herbst auffällig sowie der hohe Anteil syrischer Asylsuchender darunter, die zudem fast alle mit dem gleichen Lysotyp von *S. Typhi* infiziert waren. Die relative Seltenheit dieser Konstellation in Verbindung mit der gemeinsamen Herkunft und Fluchtroute legt nahe, dass es sich um ein Ausbruchsgeschehen handelte.

Der syrische Fall mit dem Lysotyp E₉ gehört eindeutig nicht zu diesem Ausbruch. Hier ist eine Infektionsübertragung von den afghanischen Mithäftlingen in der Türkei denkbar. Der Lysotyp E₉ wurde in den Vorjahren häufig bei Reiserückkehrern aus Süd- und Südostasien sowie dem Irak identifiziert.

Trotz der guten Kommunikation zwischen nationalen Behörden und Einrichtungen für Asylsuchende war es aufgrund fehlender Kontaktinformationen nur in drei Fällen möglich eine explorative Befragung durchzuführen. Eine gemeinsame Exposition auf der Fluchtroute ist aufgrund der mikrobiologischen Ergebnisse sehr wahrscheinlich, aber aufgrund der wenigen befragten Fälle nicht belegbar oder näher beschreibbar. Dabei könnten sich die Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten am gleichen Ort infiziert haben. Es ist aber auch möglich, dass sich die Infektionsquelle selbst (möglicherweise eine asymptomatisch infizierte Person, die mehrfach Lebensmittel kontaminiert hat) die Route entlang bewegt hat.

Die Suche nach gemeinsamen Expositionen ist bei Typhus-Häufungen aufgrund der sehr variablen Inkubationszeit grundsätzlich schwierig. Die Durchführung einer epidemiologischen Studie zur Identifizierung einer gemeinsamen Exposition entlang der Fluchtroute war in diesem Ausbruch dank der leichten Erreichbarkeit bei bekannter mobiler Telefonnummer und Befragungen in der Muttersprache jedoch prinzipiell möglich. Die drei befragten Personen gaben nach umsichtiger Aufklärung über den Zweck der Befragung, die der Verhinderung von Infektionskrank-

heiten dienen sollte, sehr offen Auskunft. Problematisch war, dass die zuständigen Gesundheitsämter zu mehr als der Hälfte der Fallpersonen, sowohl in Deutschland, als auch in den Niederlanden, trotz erheblicher Bemühungen keinen Kontakt mehr herstellen konnten, wenn die Asylsuchenden ihren Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Diagnose inzwischen verlassen hatten.

Im Rahmen der sehr variablen medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland ist davon auszugehen, dass möglicherweise weitere zu diesem Ausbruchsgeschehen gehörende *S.*-Typhi-infizierte Asylsuchende eine empirische Antibiotika-Therapie erhielten, aber nie laboridiagnostisch untersucht wurden. Auch leichte Verläufe, die keiner ärztlichen Behandlung bedürfen, sind denkbar. Wie hoch die tatsächliche Fallzahl ist, bleibt daher unklar.

Empfehlungen

Zur Vermeidung von Komplikationen und Todesfällen sowie weiteren Übertragungen ist es wichtig, möglicherweise an Typhus Erkrankten umfassende ärztliche Hilfe anzubieten (vgl. auch *Epid Bull* 38/2015: ‚Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können‘).⁶

An Typhus Erkrankte können vereinzelt zu Dauerausscheidern von *S.* Typhi werden, welche dauerhaft oder intermittierend ein Infektionsrisiko für ihre Umwelt darstellen. Dieses Risiko lässt sich nur durch die mikrobiologische Diagnose von Fällen identifizieren, die im Rahmen von Ausbrüchen auch einen Stammvergleich ermöglicht. Gegebenfalls exponierte Kontaktpersonen können durch die Befragung des Patienten erkannt und so Folgefälle frühzeitig diagnostiziert werden. Ausbrüche können nur durch mikrobiologische Vergleiche und Befragungen hinsichtlich der Infektionsquelle bekämpft werden.

An Typhus Erkrankte und asymptomatische Ausscheider sollten auf die Wichtigkeit der persönlichen Hygiene und die Möglichkeit der Übertragung durch eine Kontamination von Lebensmitteln aufmerksam gemacht werden. Eine ausschließlich über Catering erfolgte Speisenversorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen kann die *S.*-Typhi-Übertragung von unerkannten Dauerausscheidern auf Mitbewohner verhindern helfen. In Einrichtungen für Asylsuchende ist darauf zu achten, dass genügend und ausreichend hygienische Toiletten, Waschmöglichkeiten und Hygieneartikel zur Verfügung stehen. Zur Vermeidung von Sekundärinfektionen und zur Vorbeugung beruflicher Tätigkeitsverbote sollte (asymptomatischen) Dauerausscheidern nach vorheriger Resistenztestung eine antibiotische Sanierung angeboten werden.

Bei Asylsuchenden mit entsprechender Symptomatik kommt angesichts der benötigten Befragung, längerfristi-

gen Behandlung mit mikrobiologischer Überwachung des Behandlungserfolgs und erforderlicher Präventionsmaßnahmen einschließlich einer ggf. notwendigen Sanierung von Dauerausscheidern der **ärztlichen Meldepflicht, auch bereits des Verdachtes auf Typhus** (gemäß § 6 IfSG), eine wichtige Rolle zu. Ebenso ist essenziell, dass im Kontext der nötigen namentlichen Meldung (gemäß § 9 IfSG) diejenigen Informationen festgestellt und gemeldet werden, die bei Bestätigung des Verdachtes auch eine Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit dem Patienten ermöglichen, und dass der Kontakt auch bei zukünftigen Ortsveränderungen aufrechterhalten werden kann.

Aufgrund der breiten Verteilung von asylsuchenden Menschen in Deutschland und Europa ist die Identifizierung einer Häufung von Krankheitsfällen auf Bundes- und/oder Landesebene nur durch die effektive Diagnose, Meldung und Übermittlung jedes Einzelfalls und einen kontinuierlichen Austausch innerhalb der nationalen und europäischen Surveillance-Systeme möglich.

Zur genauen Charakterisierung des Erregers, zur besseren Erfassung der molekularen Epidemiologie und zur kausalen Überprüfung von Zusammenhängen zwischen Infektionsquelle und assoziierten Fällen sollte bei allen diagnostizierten Typhusfällen weiterhin eine mikrobiologische Feintypisierung im NRZ für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am RKI, Bereich Wernigerode, angestrebt werden.

Literatur

1. Heymann: Control of Communicable Diseases Manual. 20th ed: American Public Health Association 2015
2. RKI: RKI-Ratgeber für Ärzte: Typhus abdominalis, Paratyphus. www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber für Ärzte > Typhus abdominalis, Paratyphus [aufgerufen am 16.2.2016]
3. RKI: Untersuchung eines Ausbruchs in Leipzig 2004. *Epid Bull* 2005;32:289–91
4. M Muehlen, W Rabsch, A Fruth, M Suckau, I Moeller, B Gronemann, R Prager, BR Ruf, T Grünwald, A Ammon, K Stark, K Alpers: Outbreak of domestically acquired typhoid fever in Leipzig, Germany, June 2004. *Eurosurveillance* 2007;12(2)
5. RKI: Ein Ausbruch von Typhus in Hamburg. *Epid Bull* 2005;18:159–61
6. RKI: Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können. *Epid Bull* 2015;38:413–415. DOI 10.17886/Epi-Bull-2015-007.2

Dieser Bericht wurde von Dr. Gerit Korr (Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie) und Dr. Christina Frank (Fachgebiet „Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen“) in Zusammenarbeit mit Kollegen des Fachgebiets „Bakterielle darmpathogene Erreger und Legionellen“ (Dr. Eva Trost, Dr. Sandra Simon, Dr. Wolfgang Rabsch, Dr. Rita Prager, Dr. Angelika Fruth, Dr. Erhard Tietze und Prof. Dr. Antje Flieger) erstellt.

Wir danken den Kollegen der österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) und dem niederländischen Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) für die gute Zusammenarbeit. Dr. Korr steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: KorrG@rki.de).

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Vorübergehend eingeschränkte Verfügbarkeit von hexavalenten Impfstoffen (DTaP-IPV-Hib-HepB) für die Grundimmunisierung von Säuglingen

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-043

Seit Juni 2016 besteht ein akuter Lieferengpass des hexavalenten Kombinationsimpfstoffs Infanrix hexa[®], der durch den anderen in Deutschland zugelassenen hexavalenten Impfstoff Hexyon[®] nicht vollständig kompensiert werden kann. Da auch die pentavalenten (DTaP-IPV-Hib) Kombinationsimpfstoffe Pentavac[®] und Infanrix-IPV-Hib[®] nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen, ist die Grundimmunisierung von Säuglingen in den letzten Wochen zunehmend schwierig geworden.

Am 27. Juni 2016 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Mangel der Versorgung der Bevölkerung mit in Deutschland zugelassenen hexavalenten Kombinationsimpfstoffen im Bundesanzeiger öffentlich bekannt gegeben (Bekanntmachung gem. § 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes, online unter: www.bundesanzeiger.de). Die Bekanntgabe ermöglicht den zuständigen Behörden ein flexibleres Vorgehen bei Maßnahmen, um den drohenden Versorgungsmangel z. B. durch Import von fremdsprachig gekennzeichneten Impfstoffdosen aufzufangen. Durch bereits eingeleitete Maßnahmen wird sich die Lage bezüglich der Verfügbarkeit der hexavalenten Impfstoffe in den kommenden Wochen vermutlich deutlich entspannen. Da jedoch noch einige Wochen vergehen, bis die (niedergelassene) Ärzteschaft wieder vollumfänglich mit hexavalenten Impfstoffen versorgt ist, empfiehlt die STIKO vorübergehend folgendes Vorgehen:

1. Innerhalb einer Impfserie kann zwischen den hexavalenten Impfstoffen (Infanrix hexa[®] und Hexyon[®]) gewechselt werden, wenn dies aus Verfügbarkeitsgründen notwendig ist.
2. Die STIKO empfiehlt für die Verwendung von Impfstoff-Restbeständen folgende Priorisierungsstufen (Priorisierungsstufe I = höchste Priorität):

	Priorisierungsstufe		
	I. Stufe	II. Stufe	III. Stufe
Welche Säuglinge/Kinder sollen prioritär geimpft werden?	Säuglinge, die bisher keine oder nur eine hexavalente Impfstoffdosis erhalten haben	Säuglinge/Kinder, bei denen die 4. Impfstoffdosis der Grundimmunisierung ansteht (11.–14. Lebensmonat)	Säuglinge, bei denen die 3. Impfstoffdosis der Grundimmunisierung ansteht

In allen Fällen, in denen nicht zum vorgesehenen Zeitpunkt/Termin geimpft werden kann, sollten die fehlenden Impfungen sobald wie möglich nachgeholt werden, wenn der jeweiligen Praxis wieder ausreichend hexa- bzw. pentavalente Impfstoffe zur Verfügung stehen.

Aktuelle Informationen zu den Lieferengpässen können auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter folgendem Link abgerufen werden: www.pei.de > Arzneimittel > Impfstoffe > Lieferengpässe > Listen

Hinweis auf Veranstaltungen

Epikurs@RKI am Robert Koch-Institut

Termin	14. bis 16. November 2016
Veranstaltungsort	Robert Koch-Institut Seestr. 10 13353 Berlin
Homepage	www.rki.de > Service > Veranstaltungen > Epikurs@RKI

Vom 14. bis 16. November 2016 findet das Modul „Ausbrüche untersuchen“ des Epikurs@RKI am Robert Koch-Institut statt. Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die im Bereich Infektionsschutz tätig sind.

Im Modul „Ausbrüche untersuchen“ lernen die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer anhand von unterschiedlichen Ausbruchsszenarien die Schritte einer Ausbruchsuntersuchung kennen. Der Schwerpunkt des Moduls liegt dabei auf der Untersuchung von lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen. Die Kursinhalte werden über Vorlesungen, Gruppenübungen und Plenumsdiskussionen vermittelt. Zur individuellen Vorbereitung auf das Modul bieten wir den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern einen E-Learning-Kurs an, der den Einstieg in die Thematik und die aktive Mitarbeit im Präsenzkurs erleichtert.

Anmeldeschluss ist der 31. August 2016

Das **Anmeldeformular** und **weitere Informationen** zum Kurs finden Sie unter www.rki.de/epikurs.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

23. Woche 2016 (Datenstand: 29. Juni 2016)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.
Baden-Württemberg	153	2.198	2.243	3	46	32	39	441	344	0	14	13
Bayern	237	2.982	2.815	6	83	90	49	550	537	2	31	37
Berlin	87	1.230	1.227	1	35	31	3	151	169	1	30	22
Brandenburg	60	777	820	2	21	16	8	178	209	0	3	4
Bremen	11	140	201	0	1	1	1	18	21	0	2	0
Hamburg	51	601	705	1	12	7	6	115	85	0	8	15
Hessen	126	1.685	1.593	1	19	9	14	304	281	3	26	16
Mecklenburg-Vorpommern	49	596	603	2	22	24	7	128	148	0	2	0
Niedersachsen	136	2.108	1.808	2	66	72	16	372	420	0	8	3
Nordrhein-Westfalen	579	8.440	6.600	3	112	95	36	1.008	984	2	25	15
Rheinland-Pfalz	85	1.374	1.330	1	39	33	15	275	207	0	13	6
Saarland	25	415	389	0	3	4	1	34	52	0	2	0
Sachsen	105	1.921	1.870	3	28	57	23	376	385	0	6	11
Sachsen-Anhalt	36	666	580	4	37	27	6	217	238	0	3	4
Schleswig-Holstein	47	736	880	3	22	10	6	128	115	0	1	4
Thüringen	44	786	688	1	10	13	16	288	203	0	3	1
Deutschland	1.831	26.663	24.363	33	556	521	246	4.584	4.399	8	177	151

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.
Baden-Württemberg	2	46	49	41	2.081	4.706	14	600	1.337	8	185	169	1	19	12
Bayern	12	140	139	78	3.843	6.907	48	1.673	1.795	6	253	299	2	35	46
Berlin	0	45	30	12	1.627	1.727	17	1.121	1.056	10	172	157	1	46	49
Brandenburg	2	56	35	24	1.902	2.387	15	1.369	1.221	2	57	51	1	20	19
Bremen	0	4	3	5	216	346	2	115	127	2	16	13	0	0	1
Hamburg	0	21	29	18	701	1.194	5	555	629	1	46	52	0	37	14
Hessen	2	88	78	30	1.475	3.703	52	947	1.178	6	100	85	0	38	35
Mecklenburg-Vorpommern	1	28	26	40	1.519	2.363	34	1.448	854	1	35	43	2	58	25
Niedersachsen	3	115	71	46	3.056	4.389	35	985	2.142	3	64	50	0	40	30
Nordrhein-Westfalen	9	264	219	102	6.496	14.145	56	2.231	3.376	7	270	192	3	93	64
Rheinland-Pfalz	3	78	57	31	1.674	4.005	13	532	786	1	45	51	0	12	8
Saarland	1	7	10	8	444	1.231	7	119	168	2	20	14	0	8	0
Sachsen	9	165	130	81	3.799	5.927	79	2.266	3.710	8	110	124	0	54	58
Sachsen-Anhalt	3	62	68	46	2.063	3.095	39	910	1.819	3	47	20	1	40	26
Schleswig-Holstein	0	24	23	15	909	1.475	10	543	453	2	28	26	0	29	11
Thüringen	5	98	96	35	2.213	2.898	28	1.075	2.159	0	36	57	2	14	15
Deutschland	52	1.241	1.063	612	34.023	60.516	454	16.489	22.819	62	1.484	1.405	13	543	413

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

23. Woche 2016 (Datenstand: 29. Juni 2016)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.
Baden-Württemberg	1	42	22	9	136	35	6	222	372	1	28	26	14	329	276
Bayern	3	56	53	17	410	118	17	381	422	0	22	28	28	503	388
Berlin	1	30	10	0	42	28	10	168	193	0	20	8	9	176	149
Brandenburg	0	11	11	2	30	9	0	18	31	0	5	8	2	86	66
Bremen	0	1	1	0	5	0	0	2	1	0	3	1	1	27	34
Hamburg	1	13	7	1	78	18	4	53	45	0	2	5	5	91	86
Hessen	0	24	22	10	154	86	7	170	216	0	15	6	8	259	246
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	2	1	19	4	3	19	19	0	3	4	2	28	22
Niedersachsen	0	35	27	2	61	19	4	128	101	0	14	15	3	186	161
Nordrhein-Westfalen	2	80	77	10	149	89	17	389	246	2	37	28	18	600	530
Rheinland-Pfalz	0	16	15	2	22	21	8	119	97	0	13	14	6	149	117
Saarland	0	6	2	0	6	3	0	14	13	0	2	1	1	11	18
Sachsen	0	8	6	2	138	11	1	97	121	0	6	3	2	88	81
Sachsen-Anhalt	0	13	19	2	29	18	6	48	26	0	4	4	3	70	71
Schleswig-Holstein	0	19	12	2	21	13	8	99	132	0	4	3	3	58	44
Thüringen	1	11	12	1	6	8	0	23	25	0	4	9	1	44	28
Deutschland	9	372	298	61	1.306	480	91	1.951	2.060	3	182	163	106	2.710	2.319

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.
Baden-Württemberg	2	14	108	0	36	30	1	2	1	4	145	326	55	2.186	1.444
Bayern	2	12	107	1	50	72	0	1	5	6	124	1.007	79	3.132	2.160
Berlin	3	55	1.157	0	21	21	0	3	4	18	419	334	38	1.262	744
Brandenburg	1	10	95	1	2	7	0	1	0	9	126	297	17	441	300
Bremen	0	0	0	0	2	5	0	0	0	0	7	19	0	188	134
Hamburg	0	1	70	0	8	33	0	4	0	3	26	71	9	300	238
Hessen	2	6	47	2	29	14	0	0	0	4	89	213	33	760	598
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	16	0	3	6	0	0	0	0	28	98	2	106	153
Niedersachsen	0	2	41	3	19	23	0	1	1	8	189	287	26	725	781
Nordrhein-Westfalen	0	9	62	4	88	101	0	5	2	12	174	726	118	2.843	2.202
Rheinland-Pfalz	0	8	4	2	14	19	0	0	1	3	158	149	9	522	314
Saarland	0	0	0	0	0	6	0	0	0	1	8	24	2	68	61
Sachsen	2	8	266	4	11	8	0	0	0	1	31	155	47	1.187	1.023
Sachsen-Anhalt	0	0	61	0	9	8	0	0	0	0	25	93	7	235	188
Schleswig-Holstein	0	3	39	1	16	19	0	1	0	8	40	58	10	317	183
Thüringen	0	1	164	0	3	6	0	0	1	1	95	262	8	134	281
Deutschland	12	129	2.237	18	311	378	1	18	15	78	1.684	4.119	460	14.406	10.806

⁺ 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

23. Woche 2016 (Datenstand: 29. Juni 2016)

Krankheit	2016	2016	2015	2015
	23. Woche	1.–23. Woche	1.–23. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	12	250	237	567
Brucellose	1	16	13	44
Chikungunya-Fieber	0	27	70	110
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	22	34	73
Dengue-Fieber	16	522	325	722
FSME	6	46	36	221
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	23	17	69
Hantavirus-Erkrankung	3	60	351	823
Hepatitis D	0	0	10	19
Hepatitis E	44	701	468	1.265
Influenza	20	58.794	76.746	77.820
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	8	305	300	549
Legionellose	16	319	304	881
Leptospirose	0	26	32	86
Listeriose	13	261	323	662
Ornithose	0	6	3	10
Paratyphus	1	14	15	36
Q-Fieber	2	113	81	322
Trichinellose	0	3	8	8
Tularämie	1	14	7	34
Typhus abdominalis	0	23	28	68

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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 Seeadt (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030. 18 754-23 24

E-Mail: SeeadtJ@rki.de

► Dr. med. Markus Kirchner (Vertretung)

E-Mail: KirchnerM@rki.de

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski;

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030. 18 754-24 55, Fax: -24 59

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH

European Magazine Distribution

Einsteinufer 63A, 10587 Berlin

Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25

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 Kostenbeitrag 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.

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

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