



Epidemiologisches Bulletin

31. Januar 2011 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte

Die Herausgabe dieser Reihe durch das Robert Koch-Institut (RKI) erfolgt auf der Grundlage des § 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Praktisch bedeutsame Angaben zu wichtigen Infektionskrankheiten sollen aktuell und konzentriert der Orientierung dienen. Die Beiträge werden in Zusammenarbeit mit den Nationalen Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien und weiteren Experten erarbeitet. Die Erstpublikation erfolgt im *Epidemiologischen Bulletin* und im Internet (<http://www.rki.de>). Eine Aktualisierung erfolgt nach den Erfordernissen, in der Regel im Internet, aktualisierte Fassungen ersetzen die älteren.

Influenza (Saisonale Influenza, Influenza A(H1N1) 2009, Aviäre Influenza)

Aktualisierte Fassung v. Januar 2011; Erstveröffentlichung im *Epid. Bull.* 7/1999

Der Ratgeber ist so gegliedert, dass zunächst die Grundlagen abgehandelt werden, die zum Verständnis aller Formen der Influenza notwendig sind. Im nächsten Kapitel werden die saisonale Influenza und die Influenza A(H1N1) 2009 gemeinsam erläutert. Erkrankungen durch saisonal zirkulierende Viren des Subtyps A(H1N1), A(H3N2) und des Typs B werden in diesem Ratgeber als „saisonale“ Influenza zusammengefasst. Das die Pandemie 2009 auslösende Virus des Subtyps A(H1N1) wird als (pandemisches) Influenzavirus A(H1N1) 2009 bezeichnet, durch diesen Subtyp ausgelöste Erkrankungen werden gesondert behandelt. Hier wird der Entwicklung Rechnung getragen, dass die Influenza A(H1N1) 2009 sich seit der WHO-Erklärung vom 10.8.2010 in der postpandemischen Phase befindet, darüber hinaus gibt es mehr Gemeinsamkeiten mit der saisonalen Influenza als Unterschiede. Wo diese bestehen, wird explizit darauf hingewiesen. Zuletzt wird noch auf die zoonotische, aviäre Influenza eingegangen, bei der ein direkter oder indirekter Mensch-Tier-Kontakt eine entscheidende Rolle spielt.

Zu aktuellen Informationen, Situationseinschätzungen und Empfehlungen zu Influenza siehe www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Influenza.

► Grundlagen

Erreger

Erreger der Influenza sind Orthomyxoviren, die in die Typen A, B und C unterteilt werden. Für den Menschen sind nur Influenza-A- und -B-Viren relevant. Influenza-A- und -B-Viren sind charakterisiert durch spikeartige Oberflächenstrukturen, die durch die Glykoproteine **Hämagglutinin** (HA) und **Neuraminidase** (NA) gebildet werden. Es sind 16 verschiedene HA und 9 NA bekannt. Influenza-A-Viren werden nach Typ und Subtyp benannt, z. B. A(H3N2). Bei der Influenza B gibt es keine Subtypen, aber seit Jahren zirkulieren weltweit zwei genetisch unterschiedliche Linien (Yamagata-Linie und Victoria-Linie). Diese Unterscheidung bezieht sich, wie bei den Influenza-A-Subtypen, auf die Oberflächenproteine. Das HA ist die Hauptkomponente, die eine Immunantwort auslöst. Das zweite Hüllantigen, die virale NA, spielt eine wichtige Rolle bei der Freisetzung neu gebildeter Viren aus der Zelle. Die NA ist der Angriffspunkt einer Gruppe antiviraler Arzneimittel, der sogenannten Neuraminidasehemmer. Als drittes Hüllprotein fungiert das **Matrixprotein** (M2-Protein), das Angriffspunkt des Arzneimittels Amantadin ist. Im Inneren des Virus befindet sich das Genom, das aus 8 einzelnen und voneinander unabhängigen RNA-Segmenten besteht. Bis April 2009 zirkulierten in der menschlichen Bevölkerung die Subtypen A(H1N1), A(H3N2) sowie Influenza B, ab April 2009 verbreitete sich zusätzlich das pandemische Influenzavirus A(H1N1) 2009, das sich in seiner Zusammensetzung vom bis dahin zirkulierenden Erreger des Subtyps A(H1N1) wesentlich unterscheidet und dieses vermutlich auch ersetzen wird.

Diese Woche

4/2011

RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte

Influenza (Stand: Januar 2011)

In eigener Sache

Leserumfrage zum
Epidemiologischen Bulletin
geplant

Veranstaltungshinweis

Fortbildungsveranstaltung
„Aktuelle Krankenhaushygiene“
in Essen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

1. Woche 2011

(Datenstand: 26. Januar 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 3. Woche 2011



Reservoir

Influenza-A-Viren kommen beim Menschen und daneben auch bei Säugern (u. a. Schweine, Pferde) vor. Das eigentliche Reservoir von Influenza-A-Viren sind jedoch Vögel, insbesondere Wasservögel, bei denen alle bisher bekannten HA- und NA-Subtypen nachgewiesen wurden. Die bei Vögeln vorkommenden Influenzaviren werden aviäre Influenzaviren genannt. „Humane“ (d. h. in der menschlichen Bevölkerung zirkulierende) und „aviäre“ Influenzaviren unterscheiden sich dadurch, dass sie sehr spezifisch an unterschiedliche zelluläre Rezeptoren im oberen Atemtrakt von Menschen und Vögeln binden, während im Atemtrakt des Schweins Rezeptoren sowohl für menschliche als auch für aviäre Influenzaviren vorkommen. Influenza-B-Viren treten quasi nur beim Menschen auf.

Mutation und Reassortment, Antigen drift und Antigen shift

Die große genetische Variabilität der Influenzaviren beruht einerseits darauf, dass die 8 Gensegmente, die das Influenzavirus definieren, frei kombinierbar sind, und zum zweiten auf der hohen Mutationsfrequenz. Erstere Tatsache ist die Voraussetzung des sogenannten Reassortment (Genaustausch; s. u.), während die Anhäufung von Punktmutationen die kontinuierliche Veränderung prinzipiell aller Gensegmente ermöglicht. Für die Immunantwort am wichtigsten sind die Oberflächenantigene HA und NA.

Punktmutationen führen zu einer **Antigen drift** und betreffen sowohl Influenza-A- als auch Influenza-B-Viren. Da nur gegen Viren mit sehr hoher genetischer Verwandtschaft eine lang anhaltende Immunität besteht, können die kontinuierlich entstehenden Driftvarianten jährliche Grippewellen hervorrufen. Daher muss auch jedes Jahr für alle Impfantigene geprüft werden, ob sie einer aktuellen, von den bisherigen Viren abweichenden Driftvariante angepasst werden müssen.

Bei einer **Antigen shift** kommt es zum Auftreten von humanpathogenen und von Mensch zu Mensch übertragbaren Influenzaviren, deren Subtyp **nicht** mit denjenigen übereinstimmt, die bis dato in der menschlichen Bevölkerung zirkulierten oder deren genetische Zusammensetzung erheblich von den Varianten eines Subtyps abweichen, die bis dahin in der menschlichen Bevölkerung zirkulierten. Solche Antigen shifts sind die Voraussetzung für Influenzapandemien, d. h. die Welt umspannende Epidemien.

Nachdem ein pandemisches Virus in der menschlichen Bevölkerung zirkuliert, entwickelt es sich durch Antigen drift weiter. Ein Beispiel für eine Antigen shift durch einen neuen Subtyp stellt das Auftreten des Subtyps A(H₂N₂) im Jahr 1957 dar, das den bis dahin zirkulierenden Subtyp A(H₁N₁) ablöste und zu einer Pandemie führte. Der Subtyp des pandemischen Influenzavirus A(H₁N₁) 2009 war zwar nicht „neu“, weil bis dahin auch schon A(H₁N₁)-Viren zirkulierten, jedoch bestand ein so großer antigenetischer Unterschied zu den bisher aufgetretenen (saisonalen) A(H₁N₁)-Viren, dass dieses auch als Pseudoshift bezeichnet wurde. Eine Antigen shift kann prinzipiell aufgrund eines Reassortments oder durch solche Mutationen zustande kommen, die die antigenen Eigenschaften erheblich verändern.

Die Entstehung eines neuen Subtyps durch Reassortment setzt die Doppelinfektion einer Zelle mit zwei verschiedenen Subtypen voraus. Dabei kann eine Vielzahl verschiedener Mischviren entstehen, von denen eines die Fähigkeit erlangen kann, sich effizient im Menschen zu vermehren. Man nahm bisher an, dass das Schwein den für ein solches Reassortment prädestinierten Zwischenwirt darstellt, weil es Rezeptoren für aviäre und menschliche Influenzaviren besitzt. Inzwischen geht man davon aus, dass auch Mutationen zu einem Überspringen der Speziesbarriere führen können, z. B. wenn sich aviäre Influenzaviren, die normalerweise kaum bis gar nicht von Mensch zu Mensch übertragbar sind, durch Mutationen im Vogel an den Menschen anpassen. Es wird vermutet, dass das für die Pandemie im Jahr 1918 verantwortliche A(H₁N₁)-Virus durch direkte Anpassung eines vom Vogel abstammenden Virus auf den Menschen entstand. Das pandemische Influenzavirus A(H₁N₁) 2009 entstand über einen langen, mehrere Jahre hindurch andauernden Zeitraum durch mehrere Reassortments und beinhaltet Gensegmente aus aviären, eurasischen Schweine-, nordamerikanischen Schweine- und menschlichen Influenzaviren.

Vorkommen

Influenzavirus-Infektionen sind **weltweit** verbreitet. In gemäßigten Zonen der nördlichen und südlichen Hemisphäre treten regelmäßig in den jeweiligen Wintern Grippewellen auf. Durch die um sechs Monate versetzten Jahreszeiten tritt die winterliche Grippewelle auf der Südhalbkugel dann auf, wenn auf der nördlichen Hemisphäre Sommer ist. Trotz dieser ausgeprägten Saisonalität können in den entsprechenden Ländern Influenza-Erkrankungen auch außerhalb der Grippewellen auftreten und mitunter sogar zu lokalisierten Ausbrüchen führen. In tropischen Ländern tritt die Influenza ganzjährig auf, auch wenn es dort zu wellenförmigen Verläufen im Jahresverlauf kommen kann. Während der jährlichen Grippewellen werden schätzungsweise 5 % bis 20 % der Bevölkerung infiziert. In ihrem Schweregrad können sich die Grippewellen charakteristischerweise deutlich voneinander unterscheiden. Pandemien werden hervorgerufen durch das Auftreten oder Wiederauftreten eines neuen Influenza-A-Subtyps, der davor (mehrere Jahrzehnte) nicht in der menschlichen Bevölkerung zirkulierte, oder – wie die Erfahrung aus 2009 gezeigt hat – durch eine antigenetisch stark unterschiedliche Variante eines bekannten Subtyps, in diesem Fall A(H₁N₁). Weil die Mehrheit der menschlichen Bevölkerung nicht immun gegen dieses Virus ist, kann sich das Virus in einer weltumfassenden Epidemie über den Globus verbreiten. Die ersten Wellen einer Pandemie können in Kalendermonaten auftreten, die für die saisonale Influenza untypisch sind, z. B. für Deutschland in den Sommermonaten. Die drei Pandemien des letzten Jahrhunderts (1918, 1957 und 1968) verursachten ca. 40 Millionen bzw. 1–2 und 0,75–1 Millionen Tote. Am 11.6.2009 hat die WHO wegen des Auftretens des Influenzavirus A(H₁N₁) 2009 das erste Mal seit dem Jahr 1968 wieder den Beginn einer Pandemie bekannt gegeben.

Infektionsweg

Die Übertragung von Influenzaviren erfolgt vermutlich überwiegend durch Tröpfchen, die eine Partikelgröße von mehr als 5 µm haben, insbesondere beim Husten oder Niesen entstehen und über eine geringe Distanz auf die Schleimhäute der Atemwege von Kontaktpersonen gelangen können. Einzelne Publikationen legen auch die Möglichkeit einer aerogenen Übertragung durch sogenannte Tröpfchenkerne nahe, die kleiner sind (< 5 µm), auch beim normalen Atmen oder Sprechen entstehen und länger in der Luft schweben können.

Darüber hinaus ist eine Übertragung auch durch direkten Kontakt der Hände zu mit virushaltigen Sekreten kontaminierten Oberflächen und anschließendem Hand-Mund-/Hand-Nasen-Kontakt möglich (z. B. durch Händeschütteln). Bei der aviären Influenza wird neben dem vermutlichen Hauptübertragungsweg durch Einatmen infektiöser Partikel bei engem Kontakt bzw. Handhabung von Geflügel auch die Übertragung durch verschlucktes (kontaminiertes) Wasser oder die Selbstinokulation durch Hände diskutiert, die z. B. durch Vogelexkremente kontaminiert sein könnten.

Die Überlebensfähigkeit des Virus in der Umwelt ist von den Umgebungsbedingungen, insbesondere Feuchtigkeit und Temperatur abhängig. Bei niedrigen Temperaturen nahe dem Gefrierpunkt kann das Virus im Wasser bis zu mehreren Wochen infektiös bleiben.

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit der saisonalen Influenzaviren und des Influenzavirus A(H1N1) 2009 ist vergleichbar und beträgt 1–2 Tage. Die Inkubationszeit der aviären Influenza könnte etwas länger sein, sie betrug bei Haushaltsclustern im Allgemeinen 2–5 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Auch die **Dauer der Infektiosität** – gemessen als Ausscheidung vermehrungsfähiger Viren – ist bei saisonalen Influenzaviren und dem pandemischen Influenzavirus A(H1N1) 2009 ähnlich. Sie beträgt im Mittel etwa 4–5 Tage ab Auftreten der ersten Symptome, eine längere Dauer ist aber möglich, vor allem bei Kindern. Eine Studie zu saisonalen Influenzaviren gab eine mittlere Ausscheidungsdauer bei hospitalisierten Patienten, die häufig chronische Vorerkrankungen und einen schwereren Verlauf haben, von 7 Tagen an. Dies legt unter pragmatischen Gesichtspunkten eine Isolierung von Patienten, die sich wegen einer Influenza im Krankenhaus befinden, über einen Zeitraum von 7 Tagen nahe. Eine Ausscheidung vor Symptombeginn ist möglich.

Die Dauer der Ansteckungsfähigkeit bei aviären Influenzaviren ist unzureichend charakterisiert. Während des Ausbruchs im Jahr 1997 in Hongkong konnte das Virus im Median 6,5 Tage aus nasopharyngealen Patientenproben isoliert werden. Von den seit 2004 bekannt gewordenen Fällen aviärer Influenza wurde aber auch von einer deutlich längeren Ausscheidungsdauer berichtet.

► Klinik, Diagnostik, Therapie, Epidemiologie und Prävention von saisonaler Influenza und Influenza A(H1N1) 2009

Klinische Symptomatik

Die Influenza-typische Symptomatik (*influenza-like illness*, kurz ILI)

ist gekennzeichnet durch:

- ▶ plötzlichen Erkrankungsbeginn mit Fieber ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)
- ▶ trockenen Reizhusten
- ▶ Halsschmerzen
- ▶ Muskel- und/oder Kopfschmerzen

Weitere Symptome können allgemeine Schwäche, Schweißausbrüche, Rhinorrhö, aber auch Übelkeit/Erbrechen und Durchfall sein. Zu beachten ist jedoch, dass bei Weitem nicht alle Influenza-Infizierten mit typischer Symptomatik erkranken. Als Faustregel kann gelten, dass es bei etwa einem Drittel der Infektionen zu einem fieberhaften, einem weiteren Drittel zu einem leichteren und dem letzten Drittel zu einem asymptomatischen Verlauf kommt. Die Krankheitsdauer liegt in der Regel bei 5–7 Tagen, die in Abhängigkeit von Komplikationen und Risikofaktoren jedoch auch deutlich länger sein kann.

Selten kommt es zu schweren Verläufen, wobei pulmonale Komplikationen im Vordergrund stehen. Diese fallen in die Kategorien (i) primäre Influenzapneumonie durch das Virus selbst, (ii) bakterielle Pneumonie nach Superinfektion (Pneumokokken, *Haemophilus influenzae*, Staphylokokken) und (iii) Exazerbationen chronischer Lungenerkrankungen. Die Beteiligung weiterer Organe kann zu Myositis und Rhabdomyolyse, Enzephalitis oder Myokarditis führen. Komplikationen des Zentralnervensystems wurden vorwiegend bei Kindern beobachtet.

Zeichen einer (oft sehr schnell) fortschreitenden Influenza-Erkrankung können sein:

- ▶ kontinuierlich über mindestens drei Tage anhaltendes hohes Fieber
- ▶ Luftnot, Kurzatmigkeit, erhöhte Atemfrequenz oder Schwierigkeiten beim Atmen; Lippenzyanose
- ▶ blutiges oder koloriertes Sputum, Brustschmerz oder niedrigerer systolischer Blutdruck
- ▶ Schläfrigkeit, Verwirrtheit, Lethargie oder ausgeprägte allgemeine Schwäche
- ▶ Dehydratation mit konzentriertem Urin oder verminderter Urinausscheidung

Bei Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf tritt eine Verschlechterung oft ca. 3–5 Tage nach Symptombeginn auf. Betroffen sind v. a. ältere Personen und Personen mit Grundkrankheiten. Zu diesen zählen z. B. chronische Herzerkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus), Immundefekte, neurologische bzw. neuromuskuläre Erkrankungen und (bei Influenza A(H1N1) 2009) schwere Fettleibigkeit (Adipositas). Außerdem erhöht eine Schwangerschaft, v. a. im fortgeschrittenen Stadium, das Risiko für einen schweren Verlauf. Charakteristisch für die pandemische Influenza A(H1N1) 2009 war, dass krankenhauspflichtige Influenza-Erkrankungen, v. a. mit sehr schweren Verläufen, bei sehr viel jüngeren Patienten auftraten als bei Patienten mit Erkrankungen aufgrund saisonaler Influenza. Patienten mit Lungenversagen und akutem Atemnotsyndrom mussten z. T. über Wo-

chen beatmet oder mit speziellen lebenserhaltenden Geräten, die den Gasaustausch unterstützen (sog. ECMO, *extra-corporeal membrane oxygenation*), behandelt werden.

Auch bei Kindern treten schwere Erkrankungen mit Beatmungspflicht und Komplikationen wie z. B. Myokarditis oder Enzephalopathie häufiger auf. Eine leichte, aber häufige Komplikation der Influenza bei Kindern ist die Mittelohrentzündung. Zu beachten ist bei Kindern außerdem, dass die Gabe von Salizylaten kontraindiziert ist, da sie zum Reye-Syndrom führen können. Das Reye-Syndrom ist gekennzeichnet durch eine akute Enzephalopathie in Kombination mit einer fettigen Degeneration der Leber.

Diagnostik

Bei sporadischen, außerhalb von Influenzawellen auftretenden Erkrankungen kann eine Diagnose einer Influenza basierend auf der klinischen Symptomatik nicht sicher gestellt werden, da andere Erreger, wie z. B. RS-Viren, hMPV oder Mykoplasmen, sehr ähnliche klinische Bilder hervorrufen können. Während der Hochphase einer Influenzawelle und bei Epidemien hat die ILI-Symptomatik jedoch einen so guten Vorhersagewert, dass die Erkrankung bei den meisten Patienten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit anhand der klinischen Präsentation diagnostiziert werden kann.

Bei Risikogruppen oder wenn sich ein schwerer Verlauf andeutet, kann für den behandelnden Arzt eine schnelle Diagnostik hilfreich sein. Hierfür steht prinzipiell der direkte Nachweis viraler Antigene mittels Schnelltesten (*near-patient tests*) zur Verfügung. Dessen Sensitivität ist bei saisonalen Influenzaviren gut, bei pandemischen Influenzaviren A(H1N1) 2009 aber mäßig. Bei gleichzeitig relativ hoher Spezifität hat ein positiver Test dann, wenn eine Influenza-Infektion a priori in Betracht gezogen werden muss (z. B. zu Beginn einer Influenzawelle), eine hohe Aussagekraft, jedoch schließen negative Tests eine Influenza nicht sicher aus. Unter Umständen muss daher trotz negativem Schnelltest oder bei Anforderung sensitiverer Testverfahren (PCR), deren Ergebnis aber erst nach ein oder zwei Tagen zur Verfügung steht, ein Therapiebeginn erwogen werden. Weitere Methoden zum Nachweis viraler Antigene sind der Immunfluoreszenz- und ELISA-Test, die in ihrer Sensitivität mit dem Schnelltest vergleichbar sind. Der labordiagnostische Goldstandard, die PCR, kann auch im klinischen Alltag zur Sicherung der Diagnose oder differenzialdiagnostischen Abklärung von Bedeutung sein. Zu beachten ist, dass die Wahrscheinlichkeit eines positiven Labortests nach den ersten zwei Erkrankungstagen abnimmt und selbstverständlich auch von der Qualität des Probenmaterials abhängt. Zum Beispiel haben Abstriche aus der Nase eine höhere Sensitivität als Proben aus dem Rachenraum. Die Virusisolierung mittels Kultur ist in der Regel spezialisierten Laboratorien vorbehalten. Dies betrifft auch die weitere Subtypisierung von Influenza-A-Viren sowie die Identifizierung zirkulierender Varianten von Influenza-A- und -B-Viren.

Ein serologischer Antikörpernachweis mittels Hämagglutinationshemmtest oder Mikroneutralisationstest ist für die klinische Diagnostik vor allem im Rahmen epidemiolo-

gischer Studien von Bedeutung (www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Influenza).

Therapie

Bei Verdacht auf einen schweren Verlauf einer Influenza-Erkrankung oder wenn ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf besteht, z. B. wenn eine oder insbesondere mehrere der oben genannten Vorerkrankungen oder eine Schwangerschaft vorliegen, sollte eine antivirale Therapie erwogen werden. Eine labordiagnostische Sicherung der Diagnose ist bei schwerer Symptomatik sinnvoll, sollte aber den Beginn der Therapie nicht verzögern. Eventuell kann die Fortführung der Therapie nach Vorliegen des labordiagnostischen Testergebnisses neu überdacht werden.

Die Behandlung der Influenza bei Personen, die nicht zu den Risikogruppen gehören, und bei unkompliziertem Verlauf erfolgt überwiegend symptomatisch. Bei Zeichen einer bakteriellen Superinfektion sind Antibiotika indiziert. Für Kinder mit einer Dauermedikation von Salizylaten (Gefahr der Ausbildung eines Reye-Syndroms, s. o.) ist deshalb eine Impfung besonders wichtig.

Eine spezifische Therapie mit antiviralen Arzneimitteln sollte so früh wie möglich, d. h. innerhalb von 48 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome, begonnen werden, kann aber bei schweren Verläufen auch danach noch, u. U. auch in höherer Dosierung sowie über einen längeren Zeitraum, versucht werden und kann die Prognose positiv beeinflussen.

Heutzutage kommen therapeutisch fast ausschließlich Neuraminidasehemmer zur Anwendung. Die Neuraminidasehemmer Oseltamivir und Zanamivir blockieren die Aktivität der viralen Neuraminidase und damit die Freisetzung neugebildeter Viren. Sie wirken sowohl gegen Influenza-A- als auch Influenza-B-Viren. Resistenzbildungen gegen Neuraminidasehemmer treten bisher selten auf, sind abhängig vom viralen (Sub)typ und treten dann im Allgemeinen nur im Rahmen einer unterdosierten oder länger verabreichten Therapie (z. B. im Rahmen einer schweren Erkrankung) auf. Eine Ausnahme stellen die saisonalen A(H1N1)-Viren dar, die in den zwei Jahren vor der Pandemie 2009 zirkulierten. Ab der Saison 2007/08 setzten sich Oseltamivir-resistente A(H1N1)-Viren durch, die ihre Resistenz aufgrund der Mutation H275Y im Neuraminidase-Gen erworben hatten. Die resistenten Viren waren pathogen, gut von Mensch zu Mensch übertragbar und konnten sich so gegenüber der sensitiven Variante vollständig durchsetzen. Das Virus blieb jedoch gegen Zanamivir suszeptibel. Das pandemische Virus A(H1N1) 2009, die saisonalen A(H3N2)- und die B-Viren sind dagegen weiterhin (mit Ausnahme von Einzelfällen) sowohl gegen Oseltamivir wie auch gegen Zanamivir suszeptibel (Stand: Dezember 2010).

Relevante Nebenwirkungen des oral einzunehmenden Oseltamivir sind Übelkeit/Erbrechen und bei dem inhalativ einzunehmenden Zanamivir können bei Asthmatikern Anfälle induziert werden. Neuraminidasehemmer vermindern den Schweregrad und die Dauer der Erkrankung, überdies gibt es Hinweise, dass sie, v. a. bei rechtzeitiger Einnahme, auch vor Hospitalisierung und tödlichem Ver-

lauf zu schützen vermögen. Für die pädiatrische Anwendung sind Oseltamivir bei Kindern ab 1 Jahr und Zanamivir und Amantadin bei Kindern ab 5 Jahren zugelassen.

Das früher gebräuchliche Arzneimittel Amantadin aus der Klasse der M2-Membranproteinhemmer wird in der Praxis quasi nicht mehr für diese Indikation verwendet. Es hemmt das virale Membranprotein und damit das Eindringen des Virus in den Zellkern. Amantadin hat die Nachteile, dass es nur gegen Influenza-A-Viren wirksam ist, bei therapeutischer Anwendung sehr rasch zur Bildung resistenter Viren führt und außerdem relativ häufig neurologische Nebenwirkungen (z. B. Schlaflosigkeit, Nervosität) hervorruft. Zudem besteht bei saisonalen Influenza-A(H₃N₂)-Viren wie auch bei pandemischen A(H₁N₁)-2009-Viren eine nahezu vollständige Resistenz gegen Amantadin.

Für weitergehende Informationen über antivirale Arzneimittel bei Influenza sowie Dosierungsangaben siehe die aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften sowie die Fachinformationen der Hersteller.

Surveillance und Krankheitslast (Saisonale Influenza)

Für das virologische und epidemiologische Monitoring sowie die Abschätzung des Ausmaßes saisonaler Grippewellen ist eine gut funktionierende Surveillance entscheidend. In Deutschland wird diese Funktion auf nationaler Ebene durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) des RKI wahrgenommen. Die AGI ist ein Sentinelsurveillance-System aus repräsentativ in Deutschland verteilten Arztpraxen der Primärversorgung, die etwa 1% der Bevölkerung versorgen. Teilnehmende Ärzte melden akute respiratorische Erkrankungen an das RKI, aus diesen kann über statistische Methoden der Anteil, der der Influenza zugeschrieben wird, basierend auf den virologischen Daten ermittelt werden. Etwa 20% der Sentinelpraxen beteiligen sich an der virologischen Surveillance der AGI, die eingesandten Proben werden im NRZ für Influenza am RKI untersucht. Laboratorien der Bundesländer tragen durch Erkennung und Isolierung von Viren ebenfalls zur Identifizierung und Charakterisierung der zirkulierenden Influenzaviren bei.

Darüber hinaus gibt es noch ein drittes Standbein der Überwachung, das auf dem Meldesystem basiert. Influenzavirusnachweise müssen gemäß den Vorgaben des IfSG an die zuständigen Gesundheitsämter gemeldet werden, deren Daten über die Landesbehörden an das RKI übermittelt werden. Wöchentlich aktualisierte Informationen zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland sowie täglich aktualisierte Informationen zu Virusnachweisen des NRZ und den übermittelten Daten gemäß IfSG sind auf der Webseite der AGI (www.influenza.rki.de/agi) abrufbar.

Auf europäischer Ebene koordiniert das *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC, <http://ecdc.europa.eu>) das Netzwerk *European Influenza Surveillance Network* (EISN). Die internationale Surveillance wird von der WHO (www.who.int) gesichert.

Saisonale Influenzawellen verursachen in Deutschland jährlich zwischen 1 und 5 Millionen zusätzliche Arztkonsultatio-

nen und etwa 5.000 bis 20.000 zusätzliche Hospitalisierungen. Je nach Saison werden zwischen 0,1% und 1% der Patienten, die sich wegen einer Influenza-Erkrankung ärztlich vorstellen, in ein Krankenhaus eingewiesen. Auch die Zahl der zusätzlichen Todesfälle während der jährlichen Influenzawellen schwankt stark. Sie müssen ebenfalls mittels statistischer Methoden geschätzt werden. Bei außergewöhnlich starker Influenza-Aktivität wie z. B. in der Saison 1995/96 kann die Zahl der sogenannten Exzess-Todesfälle 30.000 erreichen, andererseits gibt es auch Influenzasaisons ohne eine statistisch erkennbare Exzess-Mortalität.

Bezüglich der Auswirkungen der Pandemie 2009 gab die AGI an, dass etwa 2,9 Millionen Patienten mit A(H₁N₁)-Infektionen einen Arzt konsultierten und ca. 5.000 Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Von den Gesundheitsämtern wurden bis zur 15. Kalenderwoche 2010 253 Todesfälle mit labordiagnostisch gesicherten Erkrankungen an A(H₁N₁) 2009 an das RKI übermittelt.

Die vorwiegend betroffenen Altersgruppen unterscheiden sich bei Influenza in der Schwere des Krankheitsverlaufs. Die Inzidenz von Erkrankungsfällen, die einen Arzt aufsuchen, umfasst das gesamte Altersspektrum mit einer Abnahme zu den älteren Altersgruppen hin, die Inzidenz Influenza-assoziiierter Krankenhauseinweisungen ist bei Kleinkindern und in der älteren Bevölkerung am höchsten, Todesfälle beschränken sich fast ausschließlich auf die höheren Altersgruppen. Nur ein Bruchteil der auftretenden saisonalen Influenzafälle bzw. der ärztlich behandelten Erkrankungen wird durch einen Virusdirektnachweis bestätigt und über die in Deutschland bestehende Meldepflicht nach IfSG dem ÖGD zugeleitet. Zum Beispiel wurden 2007 dem RKI 19.511 Fälle und 2008 15.292 Fälle von saisonaler Influenza übermittelt, entsprechend einem Anteil von höchstens 1% der Grippekranken, die nach den Schätzungen der AGI einen Arzt konsultierten.

Während der Pandemie 2009 entsprach die altersspezifische Inzidenz an Grippekranken, die einen Arzt konsultierten, durchaus dem aus der saisonalen Influenza bekannten Profil, d. h. mit einer höheren Inzidenz bei den Kindern und einer niedrigeren Inzidenz bei der älteren Bevölkerung. Im Vergleich zu einem saisonalen Geschehen waren besonders viele Kinder unter 15 Jahren von einem schweren Verlauf mit intensivmedizinischer Behandlung betroffen. Auffällig ist auch die Altersverteilung bei den sehr schwer und tödlich verlaufenen Influenza-Erkrankungen, wo das Altersebene wesentlich niedriger war als bei der saisonalen Influenza. Zum Beispiel war das durchschnittliche Alter der verstorbenen Pandemiepatienten 44 Jahre und 80% waren jünger als 60 Jahre, während bei der saisonalen Influenza mehr als 90% der Grippetoten älter als 65 Jahre sind.

Eine weitere Erkenntnis aus der Pandemie 2009 ist, dass die Risikogruppen recht gut charakterisiert werden konnten. Es bestätigte sich in mehreren Studien, dass die aus der saisonalen Influenza bekannten Patientengruppen mit bestimmten Vorerkrankungen auch in der Pandemie ein höheres Risiko für schwere bzw. tödliche Erkrankungen hatten. Darüber hinaus wurde aber auch bei Schwangeren und Patienten mit neurologischen Vorerkrankungen

ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf gut dokumentiert. Etwa 85% der gemeldeten Todesfälle aufgrund einer A(H1N1)-2009-Infektion gehörten einer dieser Risikogruppen an.

Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen

1. Impfung

Die wichtigste kosteneffektive Präventionsmaßnahme stellt die Schutzimpfung dar, die jährlich, vorzugsweise in den Monaten Oktober und November, durchgeführt werden sollte. Wird dieser Zeitpunkt verpasst oder beginnt eine Grippe- welle zu einem unvorhergesehenen Zeitpunkt – wie z. B. im Falle einer pandemischen Welle –, sollte eine Impfung so bald wie möglich erfolgen. Bei der Aufklärung über die Impfung sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die volle Ausbildung eines Impfschutzes etwa 2 Wochen benötigt und eine Infektion schon vorher erfolgen kann. Sonst gesunde Menschen unter 60 Jahren sind durch die Impfung – bei guter Übereinstimmung der Impfstämme mit den zirkulierenden Stämmen – bis zu 90% vor Erkrankung durch Influenza geschützt. In der älteren Bevölkerung ist die Schutzrate vor Erkrankung aber deutlich geringer. Dennoch ist die Impfung gerade in dieser Altersgruppe besonders wichtig, da die Impfung vor allem bei Älteren wesentlich dazu beitragen kann, Komplikationen, Hospitalisierungen und Todesfälle durch Influenza zu reduzieren. Dies trifft insbesondere für die bisher saisonal zirkulierenden Influenza-A/H3- und -B-Viren zu.

Zielgruppen der Impfung (laut Empfehlungen der STIKO):

- ▶ Personen, die mindestens 60 Jahre alt sind
- ▶ Schwangere ab dem 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab dem 1. Trimenon
- ▶ Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens – wie z. B. chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inkl. Asthma und COPD), chronische Herz-, Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes mellitus u. a. Stoffwechselerkrankungen, chronische neurologische Krankheiten, z. B. multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben, Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, HIV-Infektion – sowie Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen
- ▶ Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute ungeimpfte Risikopersonen fungieren können
- ▶ Eine weitere Indikationsgruppe stellen Personen mit erhöhter Gefährdung durch direkten Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln dar, wobei eine Impfung mit dem aktuellen saisonalen humanen Influenza-Impfstoff zwar keinen direkten Schutz vor Infektionen durch den Erreger der aviären Influenza bietet, jedoch Doppelinfektionen mit den aktuell zirkulierenden Influenzaviren verhindern kann.

2. Antivirale Arzneimittel

Auch die zur Verfügung stehenden antiviralen Arzneimittel (Oseteltamivir, Zanamivir, Amantadin) sind für die Prävention von Influenza-Erkrankungen geeignet. Man unterscheidet den prä- und den postexpositionellen Einsatz. Eine **präexpositionelle Anwendung** kann erwogen werden, wenn entsprechende Personengruppen, wie z. B. medizinisches Personal, unbedingt vor einer Infektion geschützt werden sollen, aber keine wirksame Impfung zur Verfügung steht.

Dies kann dann der Fall sein, wenn ein neues pandemisches Virus auftritt und beginnt, sich in der menschlichen Bevölkerung zu verbreiten. Eine andere denkbare Situation wäre dann gegeben, wenn Personen mit bestimmten Vorerkrankungen entweder nicht geimpft werden können oder nur von einem eingeschränkten Impfschutz auszugehen ist, wie z. B. bei Personen mit erheblicher Immunschwäche.

Eine **postexpositionelle Anwendung** wird z. B. dann empfohlen, wenn es in einem Krankenhaus oder Alten-/Pflegeheim zu einer Ausbruchssituation kommt. Unabhängig von einer bestehenden Impfung sollten sowohl medizinisches Personal als auch Patienten bzw. die Heimbewohner postexpositionell gegen Influenza geschützt werden. Eine postexpositionelle Prävention kann – ähnlich wie bei der präexpositionellen Prävention beschrieben – auch zur Anwendung kommen, wenn z. B. in einem Haushalt eine Person an Grippe erkrankt und dadurch eine andere, immungeschwächte Person exponiert, die durch die Einnahme antiviraler Arzneimittel (für 10 Tage) prophylaktisch geschützt werden kann.

Die **Dosierung** der postexpositionellen Prophylaxe sollte unbedingt entsprechend der aktuellen Fachinformation erfolgen.

3. Allgemeine präventive Maßnahmen bei Influenzapatienten, Kontaktpersonen und in der Allgemeinbevölkerung

Influenzapatienten

Die Verbreitung der Erreger soll

- ▶ durch die Bedeckung von Mund und Nase beim Husten/Niesen, vorzugsweise mit der Ellenbeuge, nicht mit der Hand,
- ▶ Beachtung einer sorgfältigen Händehygiene und
- ▶ regelmäßiges Lüften

vermindert werden (<http://www.bzga.de/schweinegrippe>). Grundsätzlich sollen respiratorische Sekrete in Einwegtüchern aufgenommen und anschließend hygienisch entsorgt werden. Grippepatienten sollten sich zu Hause auskurieren und bei Bedarf rechtzeitig einen Arzt aufsuchen.

Kontaktpersonen von Influenzapatienten

Im Haushalt sollte darauf geachtet werden, dass, soweit möglich, eine räumliche Trennung des Erkrankten von anderen Familienangehörigen erfolgt, insbesondere während des Essens und nachts. Eine intensivierte Händehygiene kann möglicherweise das Infektionsrisiko reduzieren. Ungeimpfte und individuell besonders gefährdete Personen (z. B. Säuglinge, alte Menschen, Patienten mit geschwächter Infektabwehr, chronisch Kranke) sollten von erkrankten Personen ferngehalten werden.

Allgemeinbevölkerung

Bei gehäufterem Auftreten von Influenza sollten im öffentlichen Leben grundlegende hygienische Regeln streng beachtet werden, z. B. das Vermeiden von Händereichen, Anhusen und Anniesen (weitere Ratschläge s. u. <http://www.bzga.de/schweinegrippe>). Bei einer größeren Epidemie können gezielte Maßnahmen (z. B. Schließen von Kindergärten,

Absagen von Großveranstaltungen) die Verbreitung der Influenza evtl. verlangsamen und damit die Belastungen für die Gesellschaft und die Gesundheitsversorgung mildern.

4. Ambulante und stationäre Versorgung

Zur Verhinderung einer Ansteckung von medizinischem Personal wird generell die Impfung empfohlen (s. o.). Darüber hinaus sollten die entsprechenden Arbeitsschutzmaßnahmen gemäß der Technischen Regel für biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 beachtet werden.

Im stationären Bereich gilt, dass aufgrund der Übertragbarkeit der Influenza durch Tröpfchen aus dem Respirationstrakt (ggf. Tröpfchenkerne) bei Patienten mit begründetem klinischen Verdacht bzw. nachgewiesener Infektion die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten sind, die für die Vorbeugung einer Infektion anderer Patienten und des medizinischen Personals notwendig sind. Dazu gehören die Unterbringung des Grippekranken im Einzelzimmer bzw. die Verwendung persönlicher Schutzausrüstung durch das medizinische Personal.

Hinsichtlich einer detaillierten Darstellung der Maßnahmen wird verwiesen auf die entsprechenden Informationen unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Informationen zu ausgewählten Erregern/Influenza sowie weiterführende Literatur.

Bei Ausbrüchen in Krankenhäusern oder Seniorenheimen (Meldepflicht gemäß § 6 IfSG) sind

- ▶ die rasche Erkennung der Krankheit auf der Basis einer Falldefinition inklusive einer labordiagnostischen Sicherung sowie
- ▶ die konsequente Isolierung Erkrankter bzw. Krankheitsverdächtiger besonders wichtig.

Gegebenenfalls sollte, in Absprache mit einem Arbeitsmediziner und dem Gesundheitsamt, eine Chemoprophylaxe mit geeigneten Virostatika (vorzugsweise Neuraminidasehemmern) für alle Kontaktpersonen eingeleitet werden, unabhängig von einer erfolgten Impfung.

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 24 IfSG **nur der direkte Nachweis** von Influenzaviren namentlich gemeldet. Dazu gehören auch in ärztlichen Praxen durchgeführte Schnelltests. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt gemäß § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Bemerkung: Die Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird, vom 30.4.2009, geändert am 14.11.2009, ist am 1.5.2010 außer Kraft getreten.

▶ Aviäre Influenza bei Menschen

Zu beachten ist, dass der Begriff „aviäre Influenza“ sowohl für Infektionen mit aviären Influenzaviren bei Hausgeflügel und Wildvögeln als auch für Erkrankungen beim Menschen verwendet wird. Daher sollte beim Gebrauch des Begriffs „aviäre Influenza“ im Zweifelsfall erwähnt werden, ob es sich um eine Erkrankung beim Menschen oder bei Vögeln handelt.

Influenzavirus-Infektionen bei **Vögeln** können asymptomatisch verlaufen oder aber auch mit einer milden Symptomatik verbunden sein. Bei Zuchtgeflügel ist damit in der Regel eine verringerte Legeleistung verbunden. Bei den Subtypen H5 und H7 können aus niedrigpathogenen Varianten (*low pathogenic avian influenza*, LPAI) durch Mutation hochpathogene Viren (*highly pathogenic avian influenza*, HPAI) entstehen. Ausbrüche durch HPAI-Viren müssen der Welttiergesundheitsorganisation (OIE) gemeldet werden, die dann einzuleitenden Maßnahmen umfassen die Definition eines 10-km-Beobachtungsbezirks, Quarantäne, Surveillance und die konsequente Keulung der Geflügelbestände. Seit Ende 2003 wurden Ausbrüche von HPAI des Subtyps A(H5N1) bei Geflügel zunächst nur aus südsostasiatischen Ländern (u. a. Vietnam, Thailand und Indonesien), dann auch aus europäischen Ländern und Afrika berichtet. Die Eindämmung der aviären Influenza wird als sehr problematisch eingeschätzt.

Infektionen des **Menschen** mit aviären Subtypen wie A(H5N1), A(H7N7) und A(H7N3) waren bisher insgesamt noch seltene Ereignisse und Todesfälle fast ausschließlich mit dem Subtyp A(H5N1) assoziiert. Von Ende 2003 bis August 2010 sind menschliche Fälle aviärer Influenza A(H5N1) in 15 Ländern aufgetreten, v. a. in Südostasien und Ägypten (www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html). Von 505 von der WHO bestätigten Fällen verstarben 300, also fast zwei Drittel der Erkrankten. Dabei hatten die Länder mit den meisten Ausbrüchen aviärer Influenza bei Vögeln (Indonesien und Vietnam) auch die meisten menschlichen Fälle. Bei inzwischen Hunderten Millionen Stück wegen der A(H5N1)-Infektion verendeten oder gekeulten Geflügels ist das Risiko menschlicher Erkrankungen insgesamt als extrem niedrig anzusehen. Bisher durchgeführte serologische Studien sprechen nicht dafür, dass die tatsächliche Anzahl menschlicher Infektionen die offiziell bestätigte Anzahl wesentlich übersteigt. Der Hauptübertragungsweg ist vom Tier auf den Menschen, möglicherweise von der Umgebung auf den Menschen, darüber hinaus gibt es einzelne Hinweise auf eine begrenzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung, wobei längere Infektionsketten bisher nicht auftraten.

Klinisch tritt nach einer Inkubationszeit von etwa 2–5 Tagen (d. h. etwas länger als bei der saisonalen Influenza) als erstes Symptom meist Fieber auf, begleitet oder gefolgt von respiratorischen Symptomen wie Husten und Atemnot. Auch gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und insbesondere Durchfall sind relativ häufig und gehen den respiratorischen Symptomen nicht selten voraus. Typische Symptome der humanen Influenza-Infektion wie Hals-, Kopf- und Muskelschmerzen können vorkommen, sind aber nicht regelmäßig ausgeprägt. Im Blutbild findet sich häufig eine Leuko-, Lympho- und Thrombozytopenie.

Das Auftreten menschlicher Fälle aviärer Influenza durch A(H5N1)-Viren in Deutschland ist prinzipiell möglich. Infektionsquellen könnten Kontakt mit infiziertem Geflügel in einem zoonotisch betroffenen Gebiet im Ausland oder auch in Deutschland sein.

Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen (Aviäre Influenza)

1. Impfung

Impfstoffe gegen aviäre Influenzaviren A(H5N1) sind auf europäischer Ebene zugelassen und prinzipiell auch in Deutschland erhältlich.

2. Weitere Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko durch (hochpathogene) aviäre Influenza A/H5

Hier sind entsprechend unterschiedlich gefährdete Personengruppen zu unterscheiden.

a) Personen mit Kontakt zu Wildvögeln, Geflügel oder anderen Tieren mit möglicher HPAI

Die Empfehlungen richten sich nach der Art des Kontaktes: Für die Allgemeinbevölkerung ist nach gegenwärtigem Stand kein erhöhtes Risiko anzunehmen. Dies gilt auch für die Bevölkerung, die in einem Beobachtungsgebiet lebt, wo HPAI bei Wildvögeln oder Geflügel festgestellt wurde. Am anderen Ende des Spektrums steht Personal, z. B. der Feuerwehr oder der Polizei, das in Geflügelhaltungen eingesetzt wird, wo Untersuchungen nach § 8 Geflügelpestverordnung eingeleitet oder HPAI bestätigt wurde. Das Repertoire möglicher einzuleitender Maßnahmen umfasst die Minimierung der Zahl exponierter Personen, das Tragen von Schutzkleidung und die Anwendung einer prä- bzw. postexpositionellen antiviralen Prophylaxe.

b) Personen mit direktem Kontakt zu Menschen mit möglicher A/H5-Infektion, i. e. Familienangehörige und medizinisches Personal

Hier sind ebenfalls (arbeits-)hygienische Maßnahmen von Bedeutung (für medizinisches Personal: siehe Beschluss Nr. 608 des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe, www.baua.de), zudem sollte der Einsatz antiviraler Arzneimittel erwogen werden.

c) Personal in Laboren

Das jeweilige Vorgehen (a–c) wird nach einer erfolgten Risikobewertung vom örtlichen amtsärztlichen bzw. arbeitsmedizinischen Dienst in enger Zusammenarbeit mit den Veterinärbehörden eingeleitet. Nähere Informationen finden sich unter „Empfehlungen des RKI zur Prävention bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko durch (hochpathogene) aviäre Influenza A/H5“ (www.rki.de).

Meldepflicht (Aviäre Influenza)

Durch § 1 der Verordnung über die Meldepflicht bei Aviärer Influenza beim Menschen (Aviäre-Influenza-Meldepflichtverordnung – AIMPV) vom 11.5.2007 (Bundesgesetzblatt S. 732) wurde die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des IfSG ausgedehnt auf

1. den Krankheitsverdacht,
2. die Erkrankung sowie
3. den Tod eines Menschen an aviärer Influenza.

Die Meldung eines Krankheitsverdachts nach Nummer 1 an das Gesundheitsamt hat dabei nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl

durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist. Die dazu vom RKI auf der Grundlage von § 4 Nr. 1 IfSG veröffentlichte Empfehlung ist zu berücksichtigen.

Diese Arzt-Meldepflicht ergänzt die bereits bestehende Labor-Meldepflicht für den direkten Nachweis von Influenzaviren (§ 7 Abs. 1 Nr. 24 IfSG).

Um klinisch tätigen Ärzten die

- ▶ Erkennung,
- ▶ Diagnostik,
- ▶ das Management,
- ▶ die Meldung an das Gesundheitsamt, aber auch
- ▶ den Ausschluss menschlicher Fälle

zu erleichtern, hat das RKI auf der Basis der Angaben der WHO eine Falldefinition, Empfehlungen zum Management sowie Empfehlungen zur Umsetzung der AIMPV (inkl. des Meldeformulars) entwickelt (s. a. Falldefinition, Management und Meldungen von humanen Fällen bzw. Diagnostik und Umgang mit Probenmaterial).

Falldefinition für Gesundheitsämter

Die vom RKI für „Saisonale Influenza“ und die „Aviäre Influenza“ verfassten Falldefinitionen für Gesundheitsämter können im Internet unter www.rki.de eingesehen werden.

Beratung und Spezialdiagnostik

Nationales Referenzzentrum für Influenza

Robert Koch-Institut

Abteilung für Infektionskrankheiten/FG 17

Leitung: Dr. Brunhilde Schweiger

Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: +49 (0)30.8754–2456, –2205; Fax: +49 (0)30.8754–2605

Fachgebiet Respiratorisch übertragbare Erkrankungen

Robert Koch-Institut

Leitung: PD Dr. Walter Haas

DGZ-Ring 1, 13086 Berlin

Tel.: +49 (0)30.8754–3431; Fax: +49 (0)30.8754–3341

Ausgewählte Informationsquellen

1. Aiello AE, Murray GF, Perez V, et al.: Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial. *J Infect Dis* 2010; 201(4): 491–498
2. Aledort JE, Lurie N, Wasserman J, Bozzette SA: Non-pharmaceutical public health interventions for pandemic influenza: an evaluation of the evidence base. *BMC Public Health* 2007; 7: 208
3. Höffken G, Lorenz J, Kern W, et al.: AWMF online – S3-Leitlinie der Paul Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie und vom Kompetenznetzwerk CAPNETZ. Tiefe Atemwegsinfektionen/Pneumonie. Verfügbar unter: www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/082-001.htm
4. Australian Government, Department of Health and Ageing. Australian influenza surveillance summary report. Veröffentlicht: 7. Nov 2009
5. Babcock HM, Merz LR, Fraser VJ: Is influenza an influenza-like illness? Clinical presentation of influenza in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27(3): 266–270
6. Bean B, Moore BM, Sterner B: Survival of influenza viruses on environmental surfaces. *Infect Dis* 1982; 146(1): 47–51
7. Beschluss des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe 609: Arbeitsschutz beim Auftreten von nicht impfpräventabler Influenza unter besonderer Berücksichtigung des Atemschutzes (Beschluss 609), GMBI. Nr. 19 vom 04. April 2007, S. 408–416
8. Brankston G, Gitterman L et al.: Transmission of influenza A in human beings. *Lancet Infect Dis* 2007; 7(4): 257–265
9. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB: Transmission of influenza: implications for control in health care settings. *Clin Infect Dis* 2003; 37(8): 1094–1101

10. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ausschuss für biologische Arbeitssicherheit. Empfehlung spezieller Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen durch hochpathogene aviäre Influenzaviren (Klassische Geflügelpest, Vogelgrippe) (Beschluss 608). Ausgabe Februar 2007. http://www.baua.de/cln_135/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/Beschluss-608.html
11. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. TRBA 250. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Ausgabe November 2003. http://www.baua.de/cln_135/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html
12. Carrat F, Vergu E, Ferguson NM, et al.: Time Lines of Infection and Disease in Human Influenza: A Review of Volunteer Challenge Studies. *Am J Epidemiol* 2008; 167(7): 775–785
13. Cauchemez S, Donnelly CA, Reed C, et al.: Household transmission of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus in the United States. *N Engl J Med* 2009; 361(27): 2619–2627
14. CDC: Hospitalized Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection – California, April–May, 2009. *MMWR* 2009; 58 (No.19): 536–541
15. CDC: Serum Cross-Reactive Antibody Response to a Novel Influenza A (H1N1) Virus After Vaccination with Seasonal Influenza Vaccine. *MMWR* 2009; 58 (No. 19): 521–524
16. Cowling BJ, Chan KH, Fang VJ, et al.: Comparative epidemiology of pandemic and seasonal influenza A in households. *NEJM* 2010; 362(23): 2175–2184
17. Cowling BJ, Chan KH, Fang VJ, et al.: Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151(7): 437–446
18. Dreier S, Jatzwauk L, Nassauer A: Zur Frage des geeigneten Atemschutzes vor luftübertragenen Infektionserregern. *Gefährstoffe – Reinhaltung der Luft* 2006; 66: 14–24
19. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene
20. Fabian P, McDevitt JJ, DeHaan WH: Influenza virus in human exhaled breath: an observational study. *PLoS One*. 2008; 3(7): e2691
21. Grayson ML, Melvani S, Druce J: Efficacy of soap and water and alcohol-based hand-rub preparations against live H1N1 influenza virus on the hands of human volunteers. *Clin Infect Dis* 2009; 48 (3): 285–291
22. Haas W, Harder T, Lehnert R, et al.: Neue Influenza A/H1N1 und die „Schweinegrippe“-Pandemie 2009. In: *Influenza – Prävention, Diagnostik, Therapie und öffentliche Gesundheit*. Walter Haas (Hrsg.). Elsevier, Urban & Fischer, München 2010
23. Heymann DL (ed): *Control of Communicable Diseases Manual*. American Public Health Association, 2008, pp. 315–331
24. Jamieson D, Honein AM, Rasmussen SA, et al.: H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet* 2009; 374: 451–458
25. Leekha S, Zitterkopf NL, Espy MJ, et al.: Duration of influenza A virus shedding in hospitalized patients and implications for infection control. *ICHE* 2007; 28: 1071–1076
26. Maltezou HC: Nosocomial influenza: new concepts and practice. *Curr Opin Infect Dis* 2008; 21(4): 337–343
27. Miller M, Viboud C, Balinska M, Simonsen L: The Signature Features of Influenza Pandemics – Implications for Policy. *N Engl J Med* 2009; 360(25): 2595–2598
28. Moscona A: Neuraminidase inhibitors for influenza. *N Engl J Med* 2005; 353 (13): 1363–1373
29. Musher DM: How contagious are common respiratory tract infections? *N Engl J Med* 2003; 348(13): 1256–1266
30. Nicoll A, McKee M: Moderate pandemic, not many dead-learning the right lessons in Europe from the 2009 pandemic. *Eur J Public Health* 2010; 20(5): 486–488
31. RKI: Ergänzende Hinweise des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts zur Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1). *Epid Bull* 2009; 50: 519–520
32. RKI: Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2010. *Epid Bull* 2010; 30: 279–298
33. RKI: Mitteilung der STIKO am RKI: Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Influenza. *Epid Bull* 2010; 31: 299–309
34. RKI: Mitteilung der STIKO am RKI: Neuerungen in den aktuellen Empfehlungen der STIKO am RKI vom Juli 2010. Zur Impfung gegen die pandemische und die saisonale Influenza. *Epid Bull* 2010; 33: 332
35. RKI: *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2009*. Berlin, 2010
36. RKI: Influenza-assoziierte Mortalität in Deutschland 1985–2006. *Epid Bull* 2007; 35: 325–327
37. RKI: Klinische Wirksamkeit der Impfung gegen pandemische Influenza (H1N1) 2009 in Deutschland. *Epid Bull* 2010; 21: 198–202
38. RKI: Modifikationsmöglichkeiten der Strategie zur Bekämpfung/Eindämmung der Neuen Influenza A/H1N1 in Deutschland in Abhängigkeit von der Entwicklung der Ausbreitung und der Schwere der Erkrankungen. *Epid Bull* 2009; 27: 259–262
39. RKI: Möglicher Verlauf einer Epidemie durch das Neue Influenzavirus A/H1N1 in Deutschland und Auswirkungen präventiver Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Epid Bull* 2009; 22: 219–223
40. RKI: Neue Influenza A/H1N1 in Deutschland. *Epid Bull* 2009; 25: 243–245
41. RKI: Rückblick: Epidemiologie und Infektionsschutz im zeitlichen Verlauf der Influenzapandemie (H1N1) 2009. *Epid Bull* 2010; 21: 191–197
42. RKI: Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland. Saison 2009/10. <http://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx>
43. Rothberg MB, Haessler SD, Brown RB: Complications of viral influenza. *Am J Med* 2008; 121(4): 258–264
44. Schaberg T, Bauer T, Dalhoff K, et al.: Update: Management of a new influenza A/H1N1 virus pandemic within the hospital. Statement of the German Society of Pneumology. *Pneumologie* 2010; 64(2): 124–129
45. Seale H, Dwyer DE, Cowling BJ, et al.: A review of medical masks and respirators for use during an influenza pandemic. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2009; 3: 205–206
46. Suess T, Buchholz U, Dupke S, et al.: Shedding and transmission of novel influenza virus A/H1N1 infection in households, Germany, 2009. *Am J Epidemiol* 2010; 171(11): 1157–1164
47. Tellier R: Review of aerosol transmission of influenza A virus. *Emerg Infect Dis* 2006; 12(11): 1657–1662
48. Trifonov V, Khiabani H, Rabadan R: Geographic dependence, surveillance and origins of the 2009 Influenza A(H1N1) Virus. *N Engl J Med* 2009; 361(2): 115–119
49. Voirin N, Barret B, Metzger MH: Hospital-acquired influenza: a synthesis using the Outbreak Reports and Intervention Studies of Nosocomial Infection (ORION) statement. *J Hosp Infect* 2009; 71(1): 1–14
50. Weber TP, Stilianakis NI: Inactivation of influenza A viruses in the environment and modes of transmission: a critical review. *J Infect* 2008; 57(5): 361–373
51. WHO: Nonpharmaceutical Interventions for Pandemic Influenza, International Measures. *Emerg Inf Dis* 2006; 12, No. 1. www.cdc.gov/eid
52. Writing Committee of the second World Health Organization Consultation on Clinical Aspects of Human Infection with Avian Influenza A (H5N1) Virus: Update on Avian Influenza A (H5N1) Virus Infection in Humans. *N Engl J Med* 2008; 358 (3): 261–273

Hinweise zur Reihe „Ratgeber Infektionskrankheiten“ bitten wir an das RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Tel.: + 49 (0)30.18754–3312, Fax: + 49 (0)30.18754–3533) oder an die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* zu richten.

In eigener Sache: Umfrage zum *Epidemiologischen Bulletin*

Um die Qualität des *Epidemiologischen Bulletins* aufrechtzuerhalten, aber auch um Verbesserungsbedarf aufzudecken, plant die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* eine Leserumfrage. Die Umfrage erfolgt sowohl online (ab 14.2.2011) als auch in Printform als Beilage in der Ausgabe 6/2011. Es wäre schön, wenn sich möglichst viele Leser an der Umfrage beteiligen würden. – Red.

Veranstaltungshinweis Fortbildungsveranstaltung „Allgemeine Krankenhaushygiene“

Termin: 23. Februar 2011, 10–16 Uhr; **Ort:** Universitätsklinikum Essen, Hörsaal OZII, Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Veranstalter: Krankenhaushygiene Universitätsklinikum Essen (Prof. Dr. Walter Popp); Feuerwehr Essen

Themen: Tuberkulose und MRSA im Gesundheitswesen; GMP-Standard im Krankenhaus; multiresistente Erreger in der Veterinärmedizin am Beispiel MRSA; multiresistente Erreger, insbesondere ESBL; aktuelle Entwicklungen in der Krankenhaushygiene

Anmeldung: www.uk-essen.de/krankenhaushygiene
Tel.: 02 01. 723–38 22, Fax: 02 01. 723–56 64
E-Mail: krankenhaushygiene@uk-essen.de

Hinweise: Bei der Ärztekammer Nordrhein sind Fortbildungspunkte beantragt. Die Veranstaltung ist geeignet als Fortbildung für Hygienebeauftragte entsprechend den RKI-Empfehlungen; sie ist kostenfrei.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2011 (Datenstand: 26.1.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	74	74	112	1	1	2	2	2	3	23	23	40	1	1	1
Bayern	70	70	84	2	2	1	6	6	2	35	35	35	0	0	0
Berlin	35	35	56	0	0	0	3	3	1	8	8	10	1	1	0
Brandenburg	18	18	36	0	0	0	2	2	6	7	7	16	0	0	0
Bremen	6	6	7	1	1	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0
Hamburg	23	23	23	0	0	0	0	0	0	2	2	8	1	1	0
Hessen	52	52	78	0	0	0	1	1	0	7	7	12	2	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	25	25	30	0	0	0	1	1	3	48	48	13	0	0	0
Niedersachsen	66	66	89	1	1	0	7	7	8	18	18	35	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	234	234	296	2	2	4	14	14	25	38	38	72	1	1	1
Rheinland-Pfalz	44	44	69	0	0	1	2	2	5	8	8	21	0	0	1
Saarland	17	17	20	0	0	0	1	1	0	3	3	8	0	0	0
Sachsen	97	97	81	1	1	1	7	7	8	18	18	28	0	0	0
Sachsen-Anhalt	11	11	17	0	0	0	3	3	7	6	6	9	0	0	0
Schleswig-Holstein	26	26	55	0	0	1	1	1	1	7	7	22	0	0	0
Thüringen	18	18	21	1	1	0	6	6	8	7	7	14	1	1	0
Deutschland	816	816	1.074	9	9	10	56	56	77	235	235	349	8	8	4

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	2	2	1	146	146	478	41	41	42	4	4	4	3	3	0
Bayern	2	2	1	252	252	709	77	77	59	6	6	7	1	1	1
Berlin	2	2	1	149	149	219	17	17	26	6	6	4	1	1	0
Brandenburg	1	1	1	119	119	482	29	29	59	0	0	3	0	0	0
Bremen	0	0	0	23	23	21	3	3	6	1	1	1	0	0	0
Hamburg	0	0	0	43	43	105	12	12	11	0	0	0	0	0	0
Hessen	3	3	2	120	120	568	28	28	32	3	3	3	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	2	3	177	177	419	34	34	36	1	1	4	0	0	0
Niedersachsen	5	5	4	214	214	409	57	57	54	6	6	3	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	9	9	7	769	769	932	159	159	71	8	8	13	2	2	2
Rheinland-Pfalz	0	0	1	180	180	260	28	28	19	2	2	1	2	2	0
Saarland	0	0	1	37	37	32	6	6	3	0	0	0	0	0	0
Sachsen	11	11	12	272	272	715	96	96	49	2	2	7	1	1	2
Sachsen-Anhalt	0	0	3	187	187	892	37	37	36	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	2	110	110	193	25	25	28	1	1	2	0	0	0
Thüringen	3	3	1	191	191	629	26	26	22	0	0	2	0	0	1
Deutschland	40	40	40	2.989	2.989	7.063	675	675	553	40	40	54	10	10	6

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-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, 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**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2011 (Datenstand: 26.1.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	1	1	0	0	0	0	4	4	7
Bayern	1	1	1	1	1	1	4	4	11
Berlin	0	0	0	0	0	0	5	5	4
Brandenburg	0	0	1	0	0	1	1	1	2
Bremen	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Hessen	2	2	0	0	0	0	3	3	7
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Niedersachsen	0	0	2	2	2	2	5	5	3
Nordrhein-Westfalen	3	3	7	1	1	2	8	8	7
Rheinland-Pfalz	0	0	1	0	0	3	3	3	8
Saarland	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	1	1	0	3	3	4
Sachsen-Anhalt	2	2	1	0	0	0	0	0	2
Schleswig-Holstein	0	0	1	1	1	1	4	4	4
Thüringen	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Deutschland	11	11	16	7	7	10	42	42	61

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	2	2	1	0	0	0	4	4	5
Bayern	3	3	1	3	3	1	3	3	6
Berlin	3	3	0	0	0	0	3	3	2
Brandenburg	1	1	0	0	0	0	1	1	3
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hamburg	0	0	0	0	0	2	1	1	3
Hessen	1	1	1	1	1	0	4	4	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	1	1	0	1	1	1
Niedersachsen	1	1	1	0	0	0	6	6	13
Nordrhein-Westfalen	1	1	4	0	0	0	15	15	22
Rheinland-Pfalz	1	1	1	0	0	0	0	0	5
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Sachsen	0	0	1	0	0	0	2	2	7
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	1	1	0	2	2	0	1	1	3
Thüringen	1	1	0	0	0	0	0	0	4
Deutschland	15	15	10	7	7	3	41	41	78

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

⁺ 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). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2011 (Datenstand: 26.1.2011)

Krankheit	2011 1. Woche	2011 1.–1. Woche	2010 1.–1. Woche	2010 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	7	7	5	487
Brucellose	0	0	0	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	2	113
Dengue-Fieber	7	7	0	591
FSME	0	0	0	261
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	0	64
Hantavirus-Erkrankung	2	2	12	2.004
Hepatitis D	0	0	0	10
Hepatitis E	4	4	0	220
Influenza	529	529	923	3.444
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	7	7	7	179
Legionellose	10	10	50	683
Leptospirose	0	0	0	69
Listeriose	3	3	8	386
Ornithose	0	0	0	20
Paratyphus	1	1	0	57
Q-Fieber	1	1	1	359
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	0	0	31
Typhus abdominalis	1	1	0	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Lepra: Nordrhein-Westfalen, 37 Jahre, männlich (Infektionsland Brasilien)
(1. Lepra-Fall 2011)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 3. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 3. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Der Praxisindex liegt in allen AGI-Großregionen im geringfügig erhöhten Bereich. Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 2. KW 2011 übermittelten 27 Länder epidemiologische Daten. Luxemburg berichtete über sehr hohe Influenza-Aktivität. Irland und Norwegen berichteten über hohe Aktivität. 18 Länder, darunter Deutschland, berichteten über mittlere Aktivität. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 3. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. 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)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273