



Epidemiologisches Bulletin

13. Januar 2014 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Masern, Tuberkulose und Meningokokken-Erkrankung: Entscheidungshilfen zu Kontaktpersonen-Nachverfolgungen nach Kontakt mit infektiösen Personen in öffentlichen Land- verkehrsmitteln

Durch gezielte Kontaktpersonen-Nachverfolgungen kann die Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten möglicherweise effektiv eingeschränkt werden. Entscheidungskriterien, in welchen Situationen Kontaktpersonen-Nachverfolgungen durchgeführt werden sollen, sind selten vorhanden.

In vorliegendem Artikel stellen wir Entscheidungshilfen vor, welche den Entscheidungsprozess bezüglich Kontaktpersonen-Nachverfolgungen bei infektiös reisenden Masern-, Tuberkulose- und Meningokokken-Erkrankten in öffentlichen Landverkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn) unterstützen sollen. Damit bieten wir eine Hilfestellung für schnelle und transparente Entscheidungsprozesse in Bereichen an, in denen bisher wenig wissenschaftliche Evidenz vorliegt.

Hintergrund

Eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung beinhaltet nicht nur die Identifizierung von Personen, welche gegenüber einer infektiösen Person exponiert waren, sondern auch die anschließende Information der exponierten Personen über das Ereignis. Gegebenenfalls können Maßnahmen zum Infektionsschutz getroffen werden. Meist muss die Entscheidung, ob eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung durchgeführt werden soll, rasch gefällt werden und oft liegen zum Zeitpunkt der Risikobewertung nur vorläufige oder begrenzte Informationen vor. Es erscheinen daher Entscheidungshilfen notwendig, die einerseits ein strukturiertes Vorgehen ermöglichen, andererseits aber auch eine gewisse Flexibilität zulassen.

Im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten Projektes REACT „Response to Emerging infectious disease: Assessment and development of Core capacities and Tools“ entwickelte das Robert Koch-Institut Entscheidungshilfen bzgl. Kontaktpersonen-Nachverfolgungen im öffentlichen Landverkehr (z. B. Bus und Bahn), um Gesundheitsbehörden bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Einerseits bilden die Entscheidungshilfen die verfügbare Evidenz ab, andererseits stellen sie auch den Grad der Unsicherheit heraus, der manchen epidemiologischen Entscheidungskriterien durch mangelnde Evidenz anhaftet. Die angewandte Methodik zur Erstellung der Entscheidungshilfen kann in einer englischsprachigen Publikation nachgelesen werden.¹

Ausgewählte Infektionskrankheiten

Exemplarisch werden nachfolgend die Entscheidungshilfen bzgl. einer Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei **Masern, Tuberkulose und Meningokokken-Erkrankung** dargestellt.

Die Entscheidungshilfen sind auf der REACT-Website sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache öffentlich zugänglich und beinhalten zusätzlich krankheitsspezifische Hintergrundinformationen.²

Um einen praktischen Einstieg in die Anwendung der Entscheidungshilfen zu ermöglichen, stellen wir die Anwendung der Entscheidungshilfen anhand des folgenden Fallbeispiels dar.

Diese Woche 2/2014

Infektionsschutz

Kontaktpersonen-Nachverfolgungen in öffentlichen Landverkehrsmitteln

Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen

Fortbildung des RKI:
Epikurs@RKI

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
51. Woche 2013

ECDC

Ausschreibung zur Teilnahme an den Ausbildungsprogrammen EPIET und EUPHEM

ARE/Influenza

Zur Situation in der
51. KW 2013 - 1. KW 2014



Fallbeispiel

Eine 24-jährige Austauschstudentin aus Brüssel, Belgien, reist mit dem Bus nach Berlin, Deutschland. Neun Tage später wird bei ihr die Krankheit X festgestellt. Ihre medizinische Vorgeschichte ist ohne Besonderheiten: Innerhalb der letzten drei Jahre war die Studentin gesund.

Sie erzählt, kurze Zeit vor der Busreise Husten bekommen zu haben. Während der Busreise saß sie alleine ganz hinten im Bus und hörte Musik. Schätzungsweise reisten noch 12 andere Personen mit dem Bus. Im Bus wird eine Klimaanlage mit teilweise Luftaustausch benutzt, weshalb die Fenster immer geschlossen waren. Es existieren keine weiteren Informationen.

Anleitung für Nutzer

Alle drei Entscheidungshilfen beginnen mit einer Ja-Nein-Frage. Nur im Falle einer „Ja“ Antwort sollte der Nutzer die weiteren epidemiologischen Kriterien bewerten: Die beiden Endpunkte der bipolaren Skalen stellen entweder eine

hohe (rechts) oder eine niedrige (links) Indikation für eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung (*contact tracing*) dar.

Die zutreffenden Werte müssen angekreuzt werden und häufen sich entweder rechts der Mittellinie, links der Mittellinie oder direkt auf der Mittellinie, entsprechend der jeweiligen Situation. Durch das Ziehen einer Verbindungslinie zwischen den jeweiligen Werten wird das Ergebnis der Risikobewertung bildhaft dargestellt (siehe Abb. 1, 2 und 3).

Wenn sich die meisten Werte auf der rechten Seite der Skala häufen, kann dieses Ergebnis als Indikation für den Beginn einer Kontaktpersonen-Nachverfolgung interpretiert werden. Befinden sich dagegen die markierten Werte überwiegend linksseitig der neutralen Mittellinie, so spricht dies eher gegen eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung. Wenn die Werte vornehmlich um die Mittellinie positioniert sind, ist weder eine Empfehlung für noch gegen eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung ableitbar. Diese neutrale Position sollte auch dann ausgewählt werden, wenn aufgrund mangelnder Informationen kein Wert ausgewählt werden kann. Die Reihenfolge der Auflistung der epidemiologischen Kriterien hat keine Bedeutung.

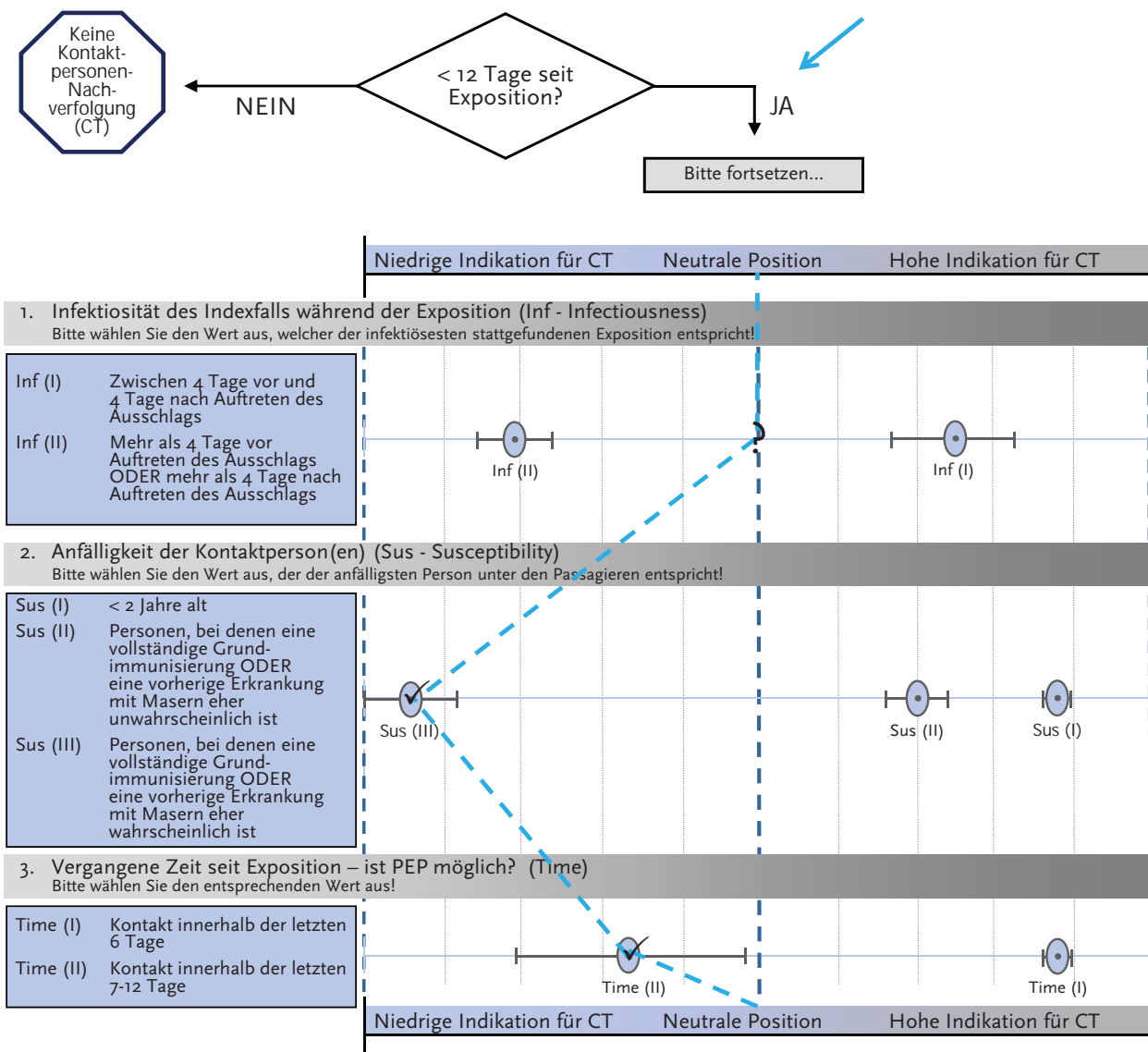


Abb. 1: Entscheidungshilfe: Masern; CT: Contact Tracing, PEP: Postexpositionsprophylaxe

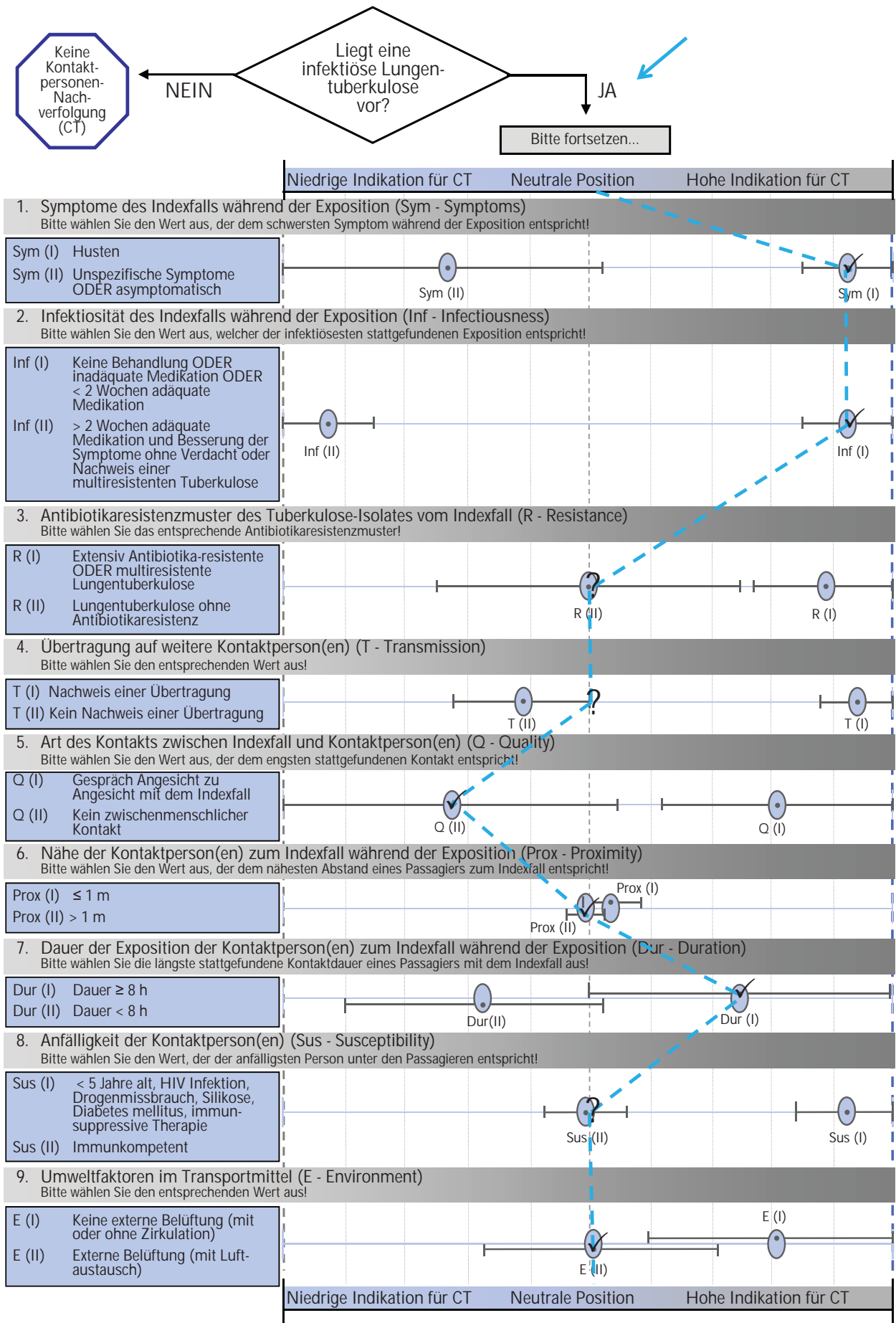


Abb. 2: Entscheidungshilfe: Tuberkulose; CT: Contact Tracing

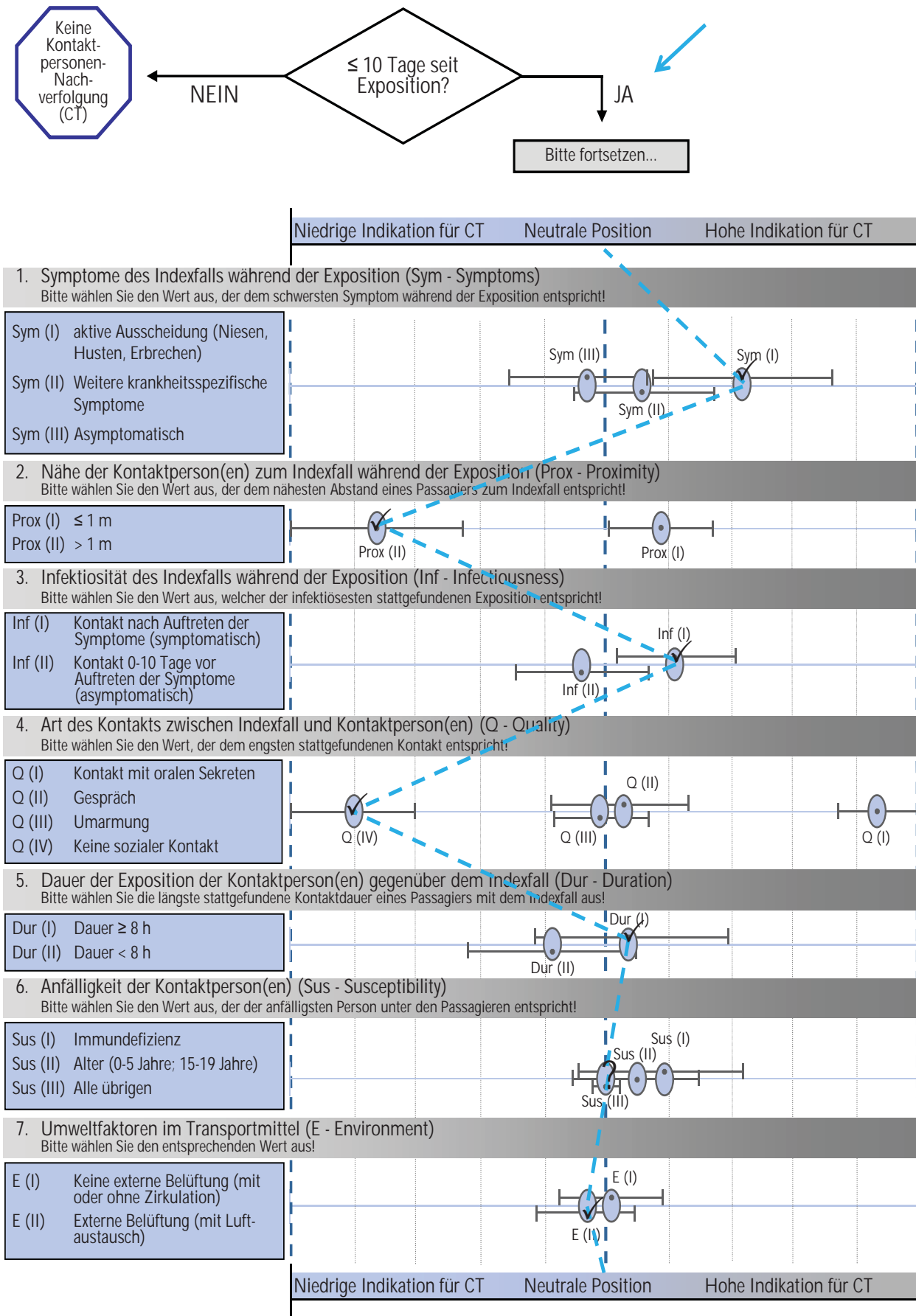


Abb. 3: Entscheidungshilfe: Meningokokken; CT: Contact Tracing

Lösung Fallbeispiel

Wenn bei dem oben beschriebenen Fallbeispiel die REACT-Entscheidungshilfen angewendet werden, kommt es krankheitsabhängig zu unterschiedlichen Ergebnissen: Bei Anwendung der Entscheidungshilfe für Masern ergibt sich eine Verbindungslinie, welche anzeigt, dass eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung eher nicht indiziert ist (s. Abb. 1). Handelt es sich um eine offene Lungentuberkulose, zeigt die Entscheidungshilfe ein Bild, nach dem eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung durchgeführt werden sollte (s. Abb. 2). Bei Anwendung der REACT-Entscheidungshilfe für die Meningokokken-Erkrankung ergibt sich eine Verbindungslinie, die darauf hinweist, dass eine Kontaktpersonen-Nachverfolgung eher nicht sinnvoll ist (s. Abb. 3).

Diskussion

Wir stellen Entscheidungshilfen vor, welche den Entscheidungsprozess bzgl. Kontaktpersonen-Nachverfolgungen bei infektiös reisenden Masern-, Tuberkulose- und Meningokokken-Erkrankten in öffentlichen Landverkehrsmitteln unterstützen sollen. Damit bieten wir eine Hilfestellung für schnelle und transparente Entscheidungsprozesse in Bereichen an, in denen wenig wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Durch die Visualisierung der ausgewählten Werte spezifischer epidemiologischer Kriterien in Form einer Verbindungslinie wird einerseits eine rasche Entscheidungsfindung unterstützt, andererseits genug Raum für weitere wichtige Aspekte gelassen. Zusätzlich können die epidemiologischen Kriterien der Entscheidungshilfen in Kombination mit den krankheitsspezifischen Hintergrundinformationen auch als Checklisten dienen.

In den Entscheidungshilfen wird der Grad der Unsicherheit in Abhängigkeit von der Evidenzlage dargestellt.

Bei all jenen epidemiologischen Kriterien, bei welchen die zugehörigen Werte nahe oder auf der Mittellinie liegen, könnte argumentiert werden, dass diese von der Entscheidungshilfe gestrichen werden sollten, da sie die Entscheidung nicht wesentlich beeinflussen. Diese Kriterien werden dennoch dargestellt, da so ihre Rolle in der Entscheidungshilfe verdeutlicht wird. Kontaktpersonen-Nachverfolgungen nach einer möglichen Übertragung einer Infektionskrankheit in öffentlichen Landverkehrsmitteln werden oft erschwert durch logistische Hürden und durch das Fehlen von Passagierdaten (z. B. Name, Telefonnummer, E-Mail-Adressen) in Bus- und Bahnfahrten. Aber auch bei einem Vorhandensein von Passagierdaten können weitere Probleme auftreten. So kann es sein, dass die Daten unvollständig bzw. nur teilweise oder verspätet zugänglich sind. Auch bei Fernreisen mit Bahn und Bus werden Passagierdaten nicht routinemäßig gesammelt.

Unter Berücksichtigung der logistischen Schwierigkeiten und der hohen finanziellen Ressourcen, die für Kontaktpersonen-Nachverfolgungen möglicherweise aufgewendet werden müssen, sind diese im öffentlichen Landverkehr unserer Einschätzung nach nur dann angemessen, wenn der Krankheitsverlauf schwer ist und die Mitreisenden identifizierbar sind.

Referenzen

- Mohr O, Hermes J, Schink SB et al: Development of a risk assessment tool for contact tracing people after contact with infectious patients while travelling by bus or other public ground transport: a Delphi consensus approach. *BMJ open* 2013, 3(10):e002939
- Robert Koch-Institut. REACT: Entscheidungshilfen Kontaktpersonen-Nachverfolgung Tuberkulose, Meningokokken, Masern. http://www.rki.de/EN/Content/Prevention/React/Work/wp7/WP_7.html?nn=2378522

Dieser Bericht wurde von Dr. Maria an der Heiden (E-Mail: anderheidenma@rki.de), Fachgebiet „Surveillance“ des Robert Koch-Instituts, verfasst.

Fortbildung Epikurs@RKI, Modul 1 (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie)

Termin: 31.03.2014-02.04.2014

Veranstaltungsort: Robert Koch-Institut, Seestraße 10, 13353 Berlin

Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit Bezug zum Thema Infektionsschutz, die sich in diesem Bereich weiterbilden wollen.

Ziele und Inhalt: Der Kurs „Angewandte Infektionsepidemiologie“ des RKI wurde nach über 15 Jahren Laufzeit evaluiert und neu gestaltet. Der neu entwickelte Kurs mit dem Titel „Epikurs@RKI“ führt das Fortbildungsangebot des RKI zur Thematik angewandte Infektionsepidemiologie fort und erweitert das Themenspektrum um Aspekte des *Public-Health-Managements* und spezielle Ausbruchssituationen. Ziele des Kurses sind, das Interesse bei der Betrachtung und Analyse der eigenen Daten aus der Infektionssurveillance, aber auch anderer Daten aus dem Gesundheitsamt zu wecken, epidemiologisches Basiswissen zu vermitteln sowie die Mitarbeiter des ÖGD die Bedeutung und das Management von Ausbrüchen und anderen potenziell reaktionsbedürftigen Situationen zu vermitteln. Die Kompetenz der Teilnehmer zur strukturierten Risikobewertung und Priorisierung der hieraus ableitbaren *Public-Health*-wirksamen Maßnahmen am Gesundheitsamt soll gestärkt werden. Im Zentrum stehen dabei Fragestellungen aus dem Bereich Infektionsschutz.

Modul 1 findet vom 31.03.2014-02.04.2014 statt. Das Modul 2 ist als dreitägige Veranstaltung geplant. Modul 3 und 4 finden als eintägige Veranstaltungen statt.

In Modul 1 wird am ersten Tag thematisiert, wie ein *Public-Health*-relevantes Problem erkannt und quantifiziert werden kann. Außerdem

wird aufgezeigt welche Möglichkeiten es für Änderungen gibt und wie Verbesserungen dokumentiert werden können. Am zweiten und dritten Tag werden die Grundlagen geschaffen, um Ausbruchssituationen auf ihren Handlungsbedarf hin einschätzen zu können. Dabei nimmt die strukturierte Betrachtung und Analyse der eigenen Daten aus der Infektionssurveillance einen wichtigen Platz ein. Als abschließender Punkt wird auf die Kommunikation mit der Presse in bestimmten Situationen eingegangen.

Für **Rückfragen** stehen Ihnen Frau A. Hofmann (030. 18 754–3290) und Frau M. Diercke (030. 18 754–3686) zur Verfügung.

Die Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung ist für Mitarbeiter des ÖGD kostenlos. Es wird ein Unkostenbeitrag für die Kaffeepausen erhoben. Die Anreise und Übernachtung in Berlin muss von den Teilnehmenden selbst organisiert und getragen werden.

Die Zertifizierung für ärztliche Fortbildungspunkte wird bei der Ärztekammer beantragt.

Weitere **Informationen** und das **Anmeldeformular** finden Sie auf der Internetseite des RKI unter: <http://www.rki.de> (Service > Veranstaltungen). Ihre Anmeldung richten Sie bitte bis spätestens 28.2.2014 per E-Mail an: epikurs@rki.de oder postalisch an Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie; Postfach 65 02 61, 13302 Berlin (z. Hd. Alexandra Hofmann) oder per Fax: 030–18754 3533.

Anmeldeschluss ist der 28.02.2014. Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl ist eine frühzeitige Anmeldung empfohlen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

51. Woche 2013 (Datenstand: 8.1.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	64	6.127	6.336	2	142	102	3	264	304	19	1.588	1.734	1	69	55
Bayern	90	7.023	6.898	6	275	249	18	838	811	22	2.357	2.503	1	103	96
Berlin	36	2.871	3.112	2	80	57	7	665	438	36	676	713	2	69	82
Brandenburg	25	2.220	2.119	0	40	23	8	434	255	21	655	788	0	13	6
Bremen	3	419	415	0	9	7	0	10	22	0	92	110	0	1	6
Hamburg	22	1.874	1.758	0	58	72	5	304	93	2	435	427	0	36	38
Hessen	51	3.895	3.751	0	46	54	4	126	136	11	1.144	1.265	0	55	36
Mecklenburg-Vorpommern	27	1.986	1.938	2	40	26	26	857	682	7	502	572	0	2	2
Niedersachsen	63	4.984	4.731	2	193	199	9	633	682	11	1.808	1.940	0	18	20
Nordrhein-Westfalen	243	15.694	15.837	5	287	309	20	1.104	1.249	39	3.785	4.397	1	58	73
Rheinland-Pfalz	51	3.470	3.547	0	98	130	2	254	244	14	933	1.125	1	57	28
Saarland	13	1.115	1.103	0	12	15	0	31	45	1	160	222	0	3	6
Sachsen	72	4.913	5.320	1	142	109	26	882	987	27	1.522	1.798	2	46	32
Sachsen-Anhalt	28	1.750	1.679	4	77	45	9	829	582	11	1.163	1.166	0	16	13
Schleswig-Holstein	27	2.432	2.151	1	61	73	2	103	74	11	583	622	0	12	7
Thüringen	31	1.863	1.893	0	28	55	8	348	431	9	1.228	1.314	0	12	21
Deutschland	846	62.636	62.588	25	1.588	1.525	147	7.682	7.035	241	18.631	20.696	8	570	521

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	0	136	136	254	6.424	8.239	16	2.559	3.688	11	536	546	0	72	64
Bayern	14	332	358	369	8.968	14.420	37	5.077	4.648	13	808	778	2	140	110
Berlin	0	79	75	115	2.990	3.853	36	2.031	1.885	4	406	404	3	125	119
Brandenburg	1	88	109	177	4.364	5.029	19	3.757	1.880	5	101	85	0	74	41
Bremen	0	18	13	5	472	710	1	261	127	1	23	21	0	9	8
Hamburg	2	67	83	74	2.474	3.337	16	1.771	1.276	4	149	128	1	20	26
Hessen	4	160	144	106	5.044	6.022	16	1.719	1.924	6	281	308	0	86	108
Mecklenburg-Vorpommern	1	48	41	161	4.802	4.191	32	1.901	1.528	4	116	116	2	67	89
Niedersachsen	2	210	198	160	6.956	9.821	25	4.365	3.189	3	192	206	0	92	115
Nordrhein-Westfalen	1	417	495	436	16.849	19.458	77	9.721	7.106	18	769	830	2	261	328
Rheinland-Pfalz	4	144	174	106	4.129	5.192	17	1.933	2.247	2	167	181	1	48	49
Saarland	0	12	25	21	1.284	1.658	15	462	578	0	21	26	0	9	6
Sachsen	10	301	323	434	10.009	12.709	53	5.142	3.281	4	278	310	0	181	167
Sachsen-Anhalt	3	168	163	253	5.798	7.431	30	2.246	2.162	3	93	117	3	292	77
Schleswig-Holstein	0	97	90	83	2.252	2.971	12	1.392	1.119	2	60	70	1	28	16
Thüringen	9	262	263	131	4.245	6.552	23	3.512	2.258	2	87	71	0	52	60
Deutschland	51	2.539	2.690	2.885	87.060	111.593	425	47.849	38.896	82	4.087	4.197	15	1.556	1.383

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-labor diagnostisch 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

51. Woche 2013 (Datenstand: 8.1.2014)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	1	90	88	0	57	61	16	873	819
Bayern	1	87	95	2	105	109	29	1.019	997
Berlin	2	45	72	0	62	51	6	512	550
Brandenburg	0	20	17	0	9	13	1	66	72
Bremen	0	25	8	1	13	10	0	26	22
Hamburg	0	26	25	0	34	34	5	131	130
Hessen	1	62	55	0	70	50	9	424	361
Mecklenburg-Vorpommern	1	20	9	0	7	15	0	66	66
Niedersachsen	5	65	153	0	38	41	9	272	287
Nordrhein-Westfalen	0	188	178	1	143	133	15	724	679
Rheinland-Pfalz	0	58	43	0	51	50	4	234	217
Saarland	0	11	10	0	11	22	2	58	78
Sachsen	0	20	17	0	36	30	11	326	298
Sachsen-Anhalt	0	20	19	1	24	25	1	123	106
Schleswig-Holstein	0	16	20	0	12	13	4	141	168
Thüringen	0	18	17	0	10	13	1	81	109
Deutschland	11	771	826	5	682	670	113	5.076	4.959

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	1	39	48	0	64	20	9	544	484
Bayern	0	46	53	3	791	70	15	575	652
Berlin	0	27	21	1	493	18	8	341	312
Brandenburg	0	3	4	1	59	0	1	95	92
Bremen	0	3	3	0	7	2	2	50	51
Hamburg	0	6	10	0	18	6	3	191	148
Hessen	0	23	18	0	15	18	4	421	396
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	5	0	1	0	2	75	86
Niedersachsen	1	26	38	0	26	7	11	327	296
Nordrhein-Westfalen	3	78	68	0	128	18	16	993	1.050
Rheinland-Pfalz	0	23	27	0	15	4	3	157	172
Saarland	0	6	3	0	0	0	0	38	32
Sachsen	0	13	17	0	56	0	2	143	147
Sachsen-Anhalt	0	4	13	0	40	0	1	118	107
Schleswig-Holstein	1	23	10	0	13	2	1	83	82
Thüringen	0	11	8	0	49	0	2	65	75
Deutschland	6	338	346	5	1.775	165	80	4.216	4.182

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

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

51. Woche 2013 (Datenstand: 8.1.2014)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	51. Woche	1.–51. Woche	1.–51. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	20	1.933	2.107	2.146
Brucellose	0	27	28	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	93	121	124
Dengue-Fieber	6	854	608	615
FSME	1	411	194	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	75	69	69
Hantavirus-Erkrankung	3	156	2.823	2.825
Hepatitis D	0	29	18	18
Hepatitis E	4	438	384	388
Influenza	21	70.165	11.361	11.564
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	354	315	323
Legionellose	10	913	645	654
Leptospirose	2	80	84	85
Listeriose	8	448	423	429
Ornithose	0	9	16	16
Paratyphus	1	55	43	43
Q-Fieber	3	113	200	200
Trichinellose	0	14	2	2
Tularämie	0	20	20	21
Typhus abdominalis	1	90	57	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neue Bewerbungsrunde für EPIET und EUPHEM

Das *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) hat die Stellen für den Jahrgang 2014 der zweijährigen Ausbildungsprogramme EPIET (*European Programme for Intervention Epidemiology Training*) und EUPHEM (*European Public Health Microbiology Training Programme*) ausgeschrieben.

Bewerbungsfrist ist der 2. Februar 2014, **Arbeitsbeginn** ist der 15. September 2014.

Die Ausbildung findet in nationalen und regionalen Public Health Instituten der EU-Mitgliedsstaaten statt und beinhaltet unter anderem folgende Schwerpunkte: Untersuchung von Ausbrüchen, Surveillance von Infektionskrankheiten, angewandte Forschung sowie die Kommunikation von wissenschaftlichen Ergebnissen.

Informationen zu **Ausbildungsprogrammen** finden Sie unter: www.epiet.org sowie <http://ecdc.europa.eu> > Activities > Training, zur **Bewerbung** siehe auch unter <http://ecdc.europa.eu> > Media Centre > News.

Ansprechpartner in Deutschland sind Frau Dr. Alpers (AlpersK@rki.de) und Herr Dr. Karagiannis (KaragiannisI@rki.de) für EPIET sowie Herr Dr. Niedrig für EUPHEM (NiedrigM@rki.de).

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 51. KW 2013 bis zur 1. KW 2014

Die Werte des Praxisindex sind bundesweit von der 51. KW 2013 bis zur 1. KW 2014 leicht gestiegen. Die Aktivität der ARE lag insgesamt im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

► Ergebnisse der globalen Influenza-Surveillance (WHO-Update Nr. 201 vom 20.12.2013)

Informationen unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

► Humane Erkrankungen mit aviärer Influenza A-Infektion in China

Die WHO berichtet von Einzelerkrankungen mit **Influenza A(H7N9)** in China. Sie schließt das Auftreten weiterer einzelner Fälle nicht aus, bewertet aber das Risiko einer Ausbreitung in der Bevölkerung als gering. In China wurde im Dezember bei einer 73-jährigen Frau (verstorben am 06.12.2013), eine Infektion mit **Influenza A(H10N8)** diagnostiziert. Keine der identifizierten Kontaktpersonen ist bisher erkrankt. Dies ist die erste bestätigte humane Infektion mit A(H10N8), bei Geflügel und Wildvögeln wurde das Virus schon nachgewiesen. Es gibt keinen Hinweis für eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung mit aviären Influenza A-Viren.

Informationen unter: <http://www.who.int/csr/don/en/index.html> und http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/en/index.html.

Informationen des RKI für Ärzte in Deutschland zu aviärer Influenza: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaerInfluenza/AviaerInfluenza_node.html.

Impressum

Herausgeber

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

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

Redaktion

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

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

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski
Sylvia Fehrmann, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

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

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung 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 Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273