



Epidemiologisches Bulletin

21. Februar 2019 / Nr. 8

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ergänzung zu den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ der KRINKO zu Fragen bezüglich des Transports von mit MRSA besiedelten Personen

Die [Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention \(KRINKO\)](#) erreichen derzeit wieder vermehrt Anfragen zum sachgerechten Transport von Personen, die mit MRSA besiedelt bzw. infiziert sind. Die konkrete Problematik besteht dabei in dem vermeintlichen Widerspruch zwischen dem von der KRINKO empfohlenen Vorgehen innerhalb und außerhalb von medizinischen Einrichtungen, bzw. im Rettungsdienst (qualifizierter Krankentransport) und bei Krankenfahrten („nichtqualifizierter“ Krankentransport). Im folgenden Beitrag wird daher der Hintergrund für diese Empfehlung dargelegt.

Die KRINKO hat in der „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ unter Punkt 2.8 festgestellt, dass MRSA-Patienten außerhalb der hier genannten (medizinischen) Einrichtungen keinen Einschränkungen unterliegen; sie können die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen, dazu zählt auch der „nichtqualifizierte“ Krankentransport. Eine MRSA-Besiedlung alleine stellt keinen Grund für die Nutzung des qualifizierten Krankentransports dar.

Diese Empfehlung beruht darauf, dass die **medizinisch-pflegerischen Kontakte**, die bestimmungsgemäß nur bei qualifizierten Krankentransporten vorkommen, in der Patientenversorgung entscheidend für das Übertragungsrisiko von MRSA sind, während **soziale Kontakte** nicht mit einem erhöhten MRSA-Übertragungsrisiko einhergehen. Anders ausgedrückt, die Gefahr einer Übertragung auf das Personal des Transportwagens respektive die nachfolgend transportierten Patienten bzw. Fahrgäste und ein damit ggf. verbundenes Kolonisations- bzw. Infektionsrisiko besteht ganz überwiegend im direkten Zusammenhang mit medizinisch-pflegerischen Kontakten und Maßnahmen, von denen beim „nichtqualifizierten“ Krankentransport (Krankenfahrt) wie auch bei der Nutzung sonstiger öffentlicher Verkehrsmittel nicht auszugehen ist.

Auch kehren mit MRSA besiedelte Patienten nach dem Verlassen der medizinischen Einrichtung in der Regel wieder in ihr normales soziales Lebensumfeld zurück. Dieses ist charakterisiert durch soziale Kontakte und erfordert somit keine über die allgemeinen Hygieneregeln des täglichen Lebens hinausgehenden Maßnahmen. Zudem stehen Informationen über personenbezogene medizinische Details im sozialen Umfeld üblicherweise nicht zur Verfügung.

Grundsätzlich kommen alle Menschen auch außerhalb von Gesundheitseinrichtungen mit obligat pathogenen (z. B. Influenza) oder fakultativ pathogenen Mikroorganismen (z. B. *Staphylococcus aureus* in der Nase oder *Escherichia coli* im Darm) in Kontakt. Es handelt sich dabei um ein mit dem Leben im Allgemeinen verbundenes Risiko. Primäres Schutzziel ist daher die Prävention von

Diese Woche 8/2019

Ergänzung zu den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ der KRINKO zu Fragen bezüglich des Transports von mit MRSA besiedelten Personen

Erstes Treffen des DEMIS-Planungsrates

Gelbfieber in Brasilien

Hinweis auf Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
5. Woche 2019

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 7. KW 2019



davon ausgehenden Infektionen, z. B. durch Impfung (wie bei Masern oder Influenza), allgemeine Maßnahmen der Hygiene sowie durch Pflege und Schutz der intakten Haut. Im Krankenhaus ist das Infektionsrisiko aufgrund der Durchführung medizinischer Maßnahmen erhöht, bei denen es z. B. zur Störung der Haut- bzw. Schleimhautbarriere kommt. Zudem ist die Dichte von Menschen mit gesundheitlichen Vorschädigungen im Krankenhaus höher.

Aus Sicht der KRINKO besteht derzeit kein Grund zur Änderung der obigen Empfehlung, da sich an der dargestellten Sachlage nichts geändert hat. Aus oben genannten Gründen werden unter Ziffer 2.8 bezüglich der „Empfehlungen für den Rettungsdienst und Krankentransport“ nur für den qualifizierten Krankentransport MRSA-spezifische Hygienemaßnahmen, in Anlehnung an das Vorgehen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, empfohlen. Zur

Konkretisierung wird hiermit darauf hingewiesen, dass im gesamten zweiten Absatz unter Ziffer 4.4 „Übertragung von MRSA in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens“ bei den aufgeführten Maßnahmen immer vom qualifizierten Krankentransport ausgegangen wird.

Die oben genannten Aussagen, dass soziale Kontakte im Unterschied zu medizinisch-pflegerischen Kontakten keine besonderen, über die allgemeinen Hygieneregeln hinausgehenden Maßnahmen erfordern, gelten grundsätzlich auch für multiresistente gramnegative Erreger (MRGN) und Vancomycin-resistente-Enterokokken (VRE).

■ **Vorgeschlagene Zitierweise:**

KRINKO: Ergänzung zu den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ der KRINKO zu Fragen bezüglich des Transports von mit MRSA besiedelten Personen. Epid Bull 2019;8:75–76 | DOI 10.25646/5899

Erstes Treffen des DEMIS-Planungsrates

Das Robert Koch-Institut (RKI) entwickelt gegenwärtig das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS), das das zurzeit bestehende Surveillancesystem für Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) modernisieren wird.

DEMIS soll u. a. die Zusammenarbeit zwischen Meldenden und dem Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), aber auch zwischen den drei Ebenen des ÖGD, also lokalen Behörden, Landesbehörden und nationalen Behörden in Deutschland erleichtern. Die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der Umsetzung von DEMIS wird gemäß § 14 Abs. 1 IfSG durch einen gemeinsamen Planungsrat koordiniert. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem RKI besteht der Planungsrat überwiegend aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder. Diese wurden über die für den Infektionsschutz zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Landesministerien benannt. Außerdem wurden weitere Akteure des Meldesystems gemäß IfSG, darunter eine Vertreterin des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und ein Vertreter der Bundeswehr, vom BMG als Mitglieder des Planungsrates benannt.

Die Aufgaben des Planungsrates sind u. a.:

aus dem Bereich der Einrichtung und der weiteren Entwicklung des Systems:

- ▶ Information und Beratung zum Stand der fachlichen und technischen Entwicklung und über die Anforderungen des Systems sowie dessen Evaluation
- ▶ Abstimmung zu möglichen Bedarfen und Konfigurationen innerhalb des gesetzlichen Rahmens (z. B. Definition von rollenspezifischen Zugriffsrechten für Mitarbeitende des ÖGDs, Standardverfahrensweisen zur Fallbearbeitung im Gesundheitsamt)

- ▶ frühzeitige Einbeziehung bei der Vorbereitung einer Verordnung nach § 14 Abs. 8 IfSG, die insbesondere Maßgaben zur verpflichtenden Teilnahme am System, zur Datenübermittlung an zuständige Stellen und zu Löschfristen enthalten soll

aus dem Bereich der damit in Zusammenhang stehenden Fragen der epidemiologischen Surveillance:

- ▶ Abstimmung zur Auslegung und Anpassung der Vorschriften zur epidemiologischen Surveillance insbesondere in besonderen Ausbruchssituationen oder beim Auftreten neuer Erreger
- ▶ frühzeitige Einbeziehung bei der Vorbereitung von Verordnungen nach § 13 Abs. 3 IfSG (molekulare Surveillance) und § 15 Abs. 1 und 2 IfSG (Meldepflichtanpassung)

Das erste Treffen des Planungsrates fand am 18. Januar 2019 am BMG in Berlin statt. Bei dem Treffen wurden zunächst die organisatorischen und rechtlichen Aspekte sowie der aktuelle Stand des DEMIS-Projekts vorgestellt. Im Anschluss wurde näher auf verschiedene Funktionen, die in DEMIS geplant sind, eingegangen und das DEMIS-Meldeportal demonstriert.

Das DEMIS-Meldeportal ist eine Webseite, auf der zukünftig alle gemäß IfSG zur Meldung verpflichteten Personen Meldungen absetzen können, insbesondere wenn sie nicht über eine in ihre Software integrierte Schnittstelle verfügen, z. B. Leiterinnen und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen. Das Meldeportal unterstützt die Meldenden dabei, das richtige Meldeformular zu finden. Die Meldeformulare werden an den jeweiligen Meldetatbestand angepasst. Bei vorheriger Registrierung werden die Formulare vorausgefüllt, z. B. mit den Adressdaten des Meldenden.

Eine einfache Menüführung und Plausibilitätskontrollen sollen die Datenvollständigkeit und -validität der Meldungen erhöhen. Zudem erhält der Meldende Feedback über eine Eingangsbestätigung und Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen, z. B. mit einem Link zum [RKI-Ratgeber](#).

In der anschließenden Diskussion zum Meldeportal haben die Mitglieder des Planungsrates wertvolles Feedback gegeben. Bei den nächsten Treffen des Planungsrates werden weitere DEMIS-Konzepte diskutiert und abgestimmt werden. Die Treffen des DEMIS-Planungsrates werden ein- bis zweimal im Jahr stattfinden.

- Michaela Diercke
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie |
FG 32 Surveillance
Korrespondenz: demis@rki.de
- Vorgeschlagene Zitierweise:
Diercke M: Erstes Treffen des DEMIS-Planungsrates.
Epid Bull 2019;8:76–77 | DOI 10.25646/5900

Gelbfieber in Brasilien

In der aktuellen Gelbfiebersaison in Brasilien gibt es derzeit wöchentlich steigende Fallzahlen. Zwischen Dezember 2018 bis Januar 2019 wurden 361 bestätigte Fälle gemeldet (www.promedmail.org; Stand: 11.2.2019). Die Gelbfiebersaison, in der auch viele Deutsche nach Brasilien reisen, dauert etwa von Dezember bis Mai. Die Lokalisierung von Fällen im Süden des Bundesstaates São Paulo (bisher 14 Fälle) deutet im Vergleich zu den Vorjahren eine weitere Ausbreitung des Übertragungsgeschehens nach Süden an. Auch touristisch attraktive Gebiete wie die Küste bei Porto Alegre und die Region rund um die Iguaçu-Fälle könnten in dieser Saison stärker betroffen sein.

Gelbfieber wird durch *Aedes* Mücken (auch tagaktiv) übertragen. Der klinische Verlauf einer Gelbfieber-Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein. Bei der Mehrzahl der Infizierten kommt es zu asymptomatischen Verläufen oder auch zu Erkrankungen mit einer relativ milden Symptomatik. Bei etwa 15% der Erkrankten entwickelt sich, zum Teil nach einer kurzen Besserung, innerhalb kurzer Zeit eine sogenannte toxische Phase mit schwerem Krankheitsbild.

In der Saison 2016/2017 wurden 778 Fälle und 2017/2018 insgesamt 1.376 Fälle bei Menschen registriert (www.who.int/csr/don/11-february-2019-yellow-fever-brazil/en/). Anfang 2018 wurden auch drei Fälle bei ungeimpften deutschen Reisenden bekannt, von denen ein Patient verstarb (s. *Epid. Bull.* 15/2018).

In Brasilien wird seit Anfang 2019 die Gelbfieber-Impfung allen Einwohnern im Land empfohlen. Reisenden nach Brasilien wird ebenfalls eine Gelbfieber-Impfung für fast alle Regionen (Ausnahme ist eine Region im Nordosten) empfohlen (s. z. B. www.who.int/ith/ith-country-list.pdf). Die Empfehlung gilt auch für Aufenthalte in Großstädten oder in Badeorten in den betroffenen Gebieten. Bereits gegen Gelbfieber-Virus geimpfte Personen sind in der Regel lebenslang geschützt (Auffrischimpfungen sind nicht erforderlich).

Gelbfieber sollte in der Differenzialdiagnose ungeimpfter febriler Patienten beachtet werden, wenn ihre Reiseanamnese Gelbfieber-Endemiegebiete Brasiliens einschließlich der Großstädte beinhaltet (typische Inkubationszeit: 3–6 Tage).

Das Robert Koch-Institut führt keine reisemedizinische Beratung durch.

Hinweis auf Veranstaltungen

9. Würzburger Meningokokken- und *Haemophilus-influenzae*-Workshop

Datum: 25. Juni 2019
Ort: Burkardushaus
Am Bruderhof 1
97070 Würzburg
Organisation: NRZ für Meningokokken und *Haemophilus influenzae* (NRZMHi, Würzburg) und NRZ für Mykobakterien (Borstel)
Programm: www.meningococcus.uni-wuerzburg.de/fileadmin/EXT0017/5/2019/9NRZMHiWorkshop2019.pdf

Thema: *Meningo meets TB* – Epidemiologie, Typisierungsverfahren, Impfungen, Antibiotikaresistenz und Postexpositionsprophylaxe werden vergleichend beleuchtet.

Inhalt: Meningokokken | *Haemophilus influenzae* | Tuberkulose | Epidemiologie | Typisierungsverfahren | Antibiotikaresistenz | Arbeitsmedizinische Aspekte | Impfungen

Anmeldung: Bitte melden Sie sich bis zum 14. Juni 2019 über unsere website an: www.nrzmhi.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

5. Woche 2019 (Datenstand: 20. Februar 2019)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	68	440	603	3	12	20	17	80	99	2	9	7
Bayern	87	558	690	2	18	14	19	105	119	1	7	4
Berlin	40	207	211	1	9	14	9	32	20	2	14	6
Brandenburg	24	151	152	0	3	9	7	25	27	0	0	0
Bremen	2	28	33	0	0	4	2	6	4	0	0	0
Hamburg	18	151	145	1	3	7	3	25	29	5	8	4
Hessen	51	293	416	0	5	6	10	60	73	2	4	7
Mecklenburg-Vorpommern	24	110	114	0	2	2	11	37	26	0	1	1
Niedersachsen	74	384	445	3	17	14	17	106	118	2	3	0
Nordrhein-Westfalen	189	1.247	1.602	4	29	29	29	158	245	0	5	2
Rheinland-Pfalz	42	305	321	2	9	5	10	57	58	2	3	1
Saarland	9	72	113	0	3	3	0	3	8	0	0	0
Sachsen	101	406	391	1	11	17	16	68	77	2	7	2
Sachsen-Anhalt	18	129	129	3	10	13	4	28	49	0	1	0
Schleswig-Holstein	31	186	142	0	0	7	3	24	19	0	0	0
Thüringen	29	137	182	1	5	5	12	57	55	0	0	1
Deutschland	807	4.806	5.690	21	136	169	169	871	1.026	18	62	35

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	1	5	13	266	1.096	748	16	56	73	11	44	23	0	3	1
Bayern	5	29	29	334	1.528	1.896	69	371	150	11	61	48	3	7	2
Berlin	1	5	7	166	671	825	100	307	147	18	84	44	3	8	12
Brandenburg	1	10	12	108	534	779	61	223	145	4	18	8	1	3	1
Bremen	0	0	0	4	40	123	3	5	14	0	0	4	0	1	0
Hamburg	4	6	4	36	173	386	44	100	75	6	19	17	0	3	3
Hessen	4	16	16	203	733	626	22	130	66	5	38	17	3	10	7
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	8	104	480	859	19	105	84	1	14	8	2	10	10
Niedersachsen	4	18	19	309	1.332	1.192	54	175	79	2	15	10	0	8	9
Nordrhein-Westfalen	5	39	34	674	3.193	2.793	63	284	274	10	44	36	5	26	17
Rheinland-Pfalz	3	10	7	221	993	679	12	69	51	5	10	18	0	3	0
Saarland	0	0	5	47	144	228	5	10	7	7	10	2	0	0	2
Sachsen	9	34	62	296	1.136	1.639	95	331	383	5	25	32	2	9	4
Sachsen-Anhalt	3	16	14	151	664	909	16	51	202	2	7	8	0	1	9
Schleswig-Holstein	1	6	8	59	320	523	55	139	67	0	7	3	0	0	1
Thüringen	6	23	34	149	604	761	45	132	213	4	9	5	1	2	2
Deutschland	48	219	272	3.127	13.643	14.968	679	2.488	2.030	91	405	283	20	94	80

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 sind und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. www.rki.de/falldefinitionen), **2. Kumulativwerte im laufenden Meldejahr**, **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

5. Woche 2019 (Datenstand: 20. Februar 2019)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	3	9	10	21	76	56	24	109	81	1	5	7	6	30	71
Bayern	1	11	14	39	121	137	21	105	116	0	9	8	6	52	74
Berlin	2	9	9	6	17	14	9	28	32	1	2	2	5	37	42
Brandenburg	0	2	2	1	6	10	1	2	8	1	1	1	3	9	15
Bremen	0	1	0	0	4	0	1	3	3	0	0	0	0	6	8
Hamburg	4	5	1	3	8	5	2	16	18	0	0	3	5	24	12
Hessen	2	5	9	9	55	49	15	54	50	0	1	4	9	40	56
Mecklenburg-Vorpommern	1	4	1	0	2	4	0	3	3	0	0	2	0	4	6
Niedersachsen	1	4	5	5	21	14	14	49	43	0	2	1	7	34	34
Nordrhein-Westfalen	4	20	32	15	64	57	24	130	125	1	8	6	21	104	115
Rheinland-Pfalz	0	3	4	6	33	26	8	25	18	0	2	3	5	11	18
Saarland	0	0	3	3	7	1	1	5	1	0	0	0	0	2	8
Sachsen	0	0	1	2	9	16	2	21	16	0	2	2	4	11	13
Sachsen-Anhalt	0	0	2	0	8	9	0	15	11	0	1	0	7	21	8
Schleswig-Holstein	0	2	1	3	12	16	3	21	16	0	1	1	2	10	12
Thüringen	0	1	0	1	3	3	1	7	9	1	1	1	0	9	8
Deutschland	18	76	94	114	446	417	126	593	550	5	35	41	80	404	500

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	2	5	3	1	3	9	0	0	0	22	97	105	112	479	548
Bayern	3	10	12	2	12	20	0	0	0	55	254	410	121	747	549
Berlin	1	3	4	2	4	4	0	0	0	9	29	86	40	197	148
Brandenburg	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	52	79	11	57	53
Bremen	0	0	0	0	2	1	0	0	0	2	6	7	4	24	36
Hamburg	1	2	1	0	1	1	0	0	0	8	49	52	9	35	59
Hessen	3	10	4	2	9	6	0	0	0	9	59	113	23	130	119
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	2	3	0	0	0	0	3	25	50	4	47	29
Niedersachsen	1	5	3	1	4	2	0	0	0	12	41	118	24	143	194
Nordrhein-Westfalen	2	52	3	0	7	11	0	0	2	28	135	246	99	496	448
Rheinland-Pfalz	0	2	0	1	3	3	0	0	0	10	50	84	18	82	63
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	29	2	5	16
Sachsen	3	7	0	0	0	1	0	0	0	29	91	122	29	184	336
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	1	0	0	0	0	16	43	158	8	32	52
Schleswig-Holstein	0	0	1	0	1	5	0	0	0	5	28	72	9	77	88
Thüringen	0	2	0	0	0	1	0	0	0	7	47	118	2	46	71
Deutschland	16	98	33	11	51	64	0	0	2	221	1.008	1.850	515	2.782	2.809

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

Allgemeiner Hinweis: LK Teltow-Fläming und das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwenden veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Faldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

5. Woche 2019 (Datenstand: 20. Februar 2019)

Krankheit	2019	2019	2018	2018
	5. Woche	1.–5. Woche	1.–5. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	25	101	100	676
Brucellose	0	0	3	37
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	2	26
<i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	44	235	307	2.821
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	4	52
Denguefieber	12	86	35	607
FSME	2	7	1	583
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	4	1	68
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	5	104	136	848
Hantavirus-Erkrankung	7	31	33	234
Hepatitis D	1	3	7	56
Hepatitis E	74	330	331	3.392
Influenza	7.541	14.669	30.768	274.001
Legionellose	16	106	103	1.442
Leptospirose	0	5	14	117
Listeriose	15	73	61	699
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	45	179	264	2.412
Ornithose	0	0	0	9
Paratyphus	2	4	3	29
Q-Fieber	3	4	6	93
Trichinellose	0	0	0	0
Tularämie	0	0	2	52
Typhus abdominalis	0	4	6	58

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 7. Kalenderwoche (KW) 2019**Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage**

Die Aktivität der ARE ist in der 7. KW 2019 insgesamt stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex lagen im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. In der 7. MW 2019 wurden nach IfSG bislang 22.813 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt (Datenstand: 20.2.2019).

Weitere Informationen des RKI zu Influenza: www.rki.de/influenza

z. B. eine Checkliste für das Management von respiratorischen Ausbrüchen in Pflegeheimen: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf

Informationen für die Bevölkerung zu Influenza:

Erregersteckbriefe der BZgA, verfügbar in verschiedenen Sprachen: www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza/

Für die Prophylaxe und Therapie der Influenza sind in Deutschland verschiedene antivirale Arzneimittel verfügbar. Ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt von 2016 gibt eine Übersicht über deren Wirksamkeit und Verträglichkeit: www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=183909

Internationale Situation*Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance*

Von 49 Ländern und Regionen, die für die 6. KW 2019 Daten an TESSy sandten, berichteten Österreich und Kasachstan, dass die Influenza-Aktivität unterhalb der nationalen Schwellenwerte lag. 12 Länder berichteten über eine niedrige Influenza-Aktivität. In 26 Ländern wurde eine mittlere und in 9 Ländern (darunter Deutschland) eine hohe Influenza-Aktivität verzeichnet (www.flunewseurope.org).

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 335 vom 18.2.2019)

Die Ergebnisse im Update der WHO beruhen auf Daten bis zum 3.2.2019. In Europa zirkulierten beide Influenza-A-Subtypen und die Influenza-Aktivität stieg weiter an. Ausführliche Informationen sind abrufbar unter: www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

Quelle: Wochenbericht der AGI des RKI für die 7. KW 2019; <https://influenza.rki.de/>

Impressum**Herausgeber**

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

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324

E-Mail: Seedatj@rki.de

Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Das Epidemiologische Bulletin

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

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

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

Nachdruck

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

ISSN (Online) 2569-5266