



Epidemiologisches Bulletin

12. Dezember 2008 / Nr. 50

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Schwer verlaufende *Clostridium-difficile*-assoziierte Durchfallerkrankungen

Todesbescheinigungen ergeben Hinweise auf unzureichendes Meldeverhalten

Im Rahmen der gesetzlichen Aufgabe der Beobachtung und Risikoanalyse (Art. 10 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz Bayern) wurden die am Gesundheitsamt Deggendorf vorgelegten Todesbescheinigungen hinsichtlich der Nennung von *Clostridium-difficile*-Infektionen durchgesehen.

Von 603 im Landkreis Deggendorf vom 01.12.2007 bis 31.07.2008 verstorbenen Landkreisbewohnern wurde zehnmal die Diagnose einer *Clostridium-difficile*-Infektion oder einer pseudomembranösen Enterokolitis genannt. In fünf Fällen wurde sie als unmittelbar zum Tod führende Krankheit angegeben (zweimal als einzig genannte Todesursache), in vier Fällen als andere wesentliche Krankheit, in einem Fall wurde die pseudomembranöse Kolitis in der Obduktion als Todesursache festgestellt.

Für die zehn genannten Fälle wurden Entlassungsberichte zur Einsichtnahme angefordert: In sechs Fällen wäre gemäß den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts eine Meldung erforderlich gewesen.^{1,2} Im gleichen Zeitraum wurden am Gesundheitsamt Deggendorf keine schwer verlaufenden *Clostridium-difficile*-assoziierten Durchfallerkrankungen (CDAD) nach § 6 Abs. 1, Nr. 5a IfSG gemeldet.

Die Fälle wurden inzwischen vom Gesundheitsamt übermittelt.

Das Gesundheitsamt Deggendorf hat in persönlichem Kontakt mit der Hygienekommission des betroffenen Krankenhauses das unzureichende Meldeverhalten erörtert und darüber hinaus alle Krankenhausärzte noch einmal über die Meldepflichten (auch für schwer verlaufende CDAD) schriftlich informiert. Es zeigte sich, dass die Meldepflicht nicht allen Ärzten bekannt war und diese auch im betreffenden Hygieneplan nicht korrekt wiedergegeben war.

Für den Landkreis Deggendorf ist davon auszugehen, dass schwer verlaufende CDAD häufiger als bisher angenommen³ auftreten. Das tatsächliche Auftreten schwer verlaufender CDAD wird von den eingehenden Meldungen offenbar nicht ausreichend repräsentiert. Es erscheint daher sinnvoll, auch andere Erkenntnisquellen (wie etwa die Diagnosen der Todesbescheinigungen) zur retrospektiven Einschätzung der Häufigkeit schwer verlaufender CDAD heranzuziehen. Dies kann natürlich die für das aktuelle prospektive Management erforderliche Meldepflicht nicht ersetzen.

Literatur:

1. Robert Koch-Institut: Schwer verlaufende Infektionen mit *Clostridium difficile*: Zur Meldepflicht. *Epid Bull* 2007; 46: 424
2. Robert Koch-Institut: Flussdiagramm zur Meldung von schwer verlaufenden, *Clostridium difficile*-assoziierten Durchfallerkrankungen (CDAD) gemäß § 6 Abs. 1, Nr. 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG). www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > *Clostridium difficile*. Stand 09.11.2007
3. Robert Koch-Institut: *Clostridium difficile*: Zum Stand der Meldungen schwer verlaufender Infektionen in Deutschland. *Epid Bull* 2008; 15: 117–118

Für diesen Bericht danken wir Dr. Alfons Kasparbauer, Landratsamt Deggendorf – Gesundheitswesen, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: KasparbauerA@lra-deg.de).

Diese Woche

50/2008

Clostridium-difficile-Infektionen:

- ▶ Hinweise auf unzureichendes Meldeverhalten bei schwer verlaufenden CDAD
- ▶ Kurzmitteilung zu den 2008 an das RKI übermittelten Fällen

Krim-Kongo-Fieber:

Zu einem Ausbruch in der Provinz Herat, Afghanistan

Malaria:

Zur aktuellen Zunahme bei Reisenden mit Infektionsland Gambia

Konsiliarlaboratorien:

Neuernennungen/Änderungen

Veranstaltungshinweise:

- ▶ 13. Berliner Workshop der DGHM-Fachgruppe Krankenhaushygiene
- ▶ 13. Einführungskurs zu KISS

In eigener Sache

Anlage:

Sachwortverzeichnis 2008

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

47. Woche 2008 (Datenstand: 10. Dezember 2008)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur Situation in der 49. Kalenderwoche



Übermittlung von *Clostridium-difficile*-Infektionen gem. § 6 Abs. 1, Nr. 5a IfSG bis 30.11.2008

Seit dem 01.01.2008 wurden insgesamt 370 Fälle von *Clostridium-difficile*-Infektionen erfasst, die die Kriterien eines schweren Verlaufs¹ erfüllten (s. Tab. 1). Die Meldungen stammten aus 15 Bundesländern. Das Durchschnittsalter der betroffenen Patienten betrug 77 Jahre, 58 % der Fälle waren Frauen.

Es wurden 82 Stämme typisiert, davon entsprachen 66 dem Typ 027, zehn dem Typ 001, zwei dem Typ 079, zwei dem Typ 042 und je einer den Typen 014 und 053.

	Kriterien für einen schweren Verlauf				
	Rezidiv	Intensivstation	Kolektomie	Ribotyp 027	Tod
Anzahl der Fälle	77	61	10	66	214

Tab. 1: An das RKI übermittelte Fälle schwer verlaufender CDI, aufgeteilt nach den zur Meldung führenden Kriterien, Deutschland, 01.01.2008 bis 30.11.2008 (n=370, Mehrfachangaben möglich)

Es ist vorgesehen, ab dem nächsten Jahr die Daten im *Epidemiologischen Bulletin* regelmäßig zu veröffentlichen.

Literatur:

1. Robert Koch-Institut: Schwer verlaufende Infektionen mit *Clostridium difficile*: Zur Meldepflicht. *Epid Bull* 2007; 46: 424

Mitteilung aus dem Fachgebiet 32 „Surveillance“ der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI von Dr. Tim Eckmanns und Dr. Niels Kleinkauf. Als **Ansprechpartner** steht Dr. Eckmanns zur Verfügung (E-Mail: EckmannsT@rki.de).

Krim-Kongo-Fieber: Zu einem Ausbruch in der Provinz Herat, Afghanistan

Das Krim-Kongo-Fieber (KKF) ist eine virale Zoonose, die in weiten Gebieten Asiens, Afrikas und Südosteuropas vorkommt. Es wurde bereits eine Vielzahl von Ausbrüchen und Einzelfällen beschrieben. Dabei kommt es immer wieder auch zu einzelnen nosokomialen Übertragungen.^{1,2} Der letzte Bericht eines Ausbruchs stammt aus der Türkei.³ Auch aus der Provinz Herat in Afghanistan wurde seitens der WHO bereits im Jahr 2000 von einem Ausbruch mit 25 Infektionen berichtet.⁴

Das Virus wird meist durch Zecken (*Hyalomma*-Spezies) übertragen. Die natürlichen Wirte des Virus (RNA-Virus, Genus: Nairovirus aus der Familie Bunyaviridae) sind Wild-, Nutz- und auch Haustiere wie Schafe, Ziegen und Rinder. Diese Tiere erkranken nicht an Krim-Kongo-Fieber, sondern fungieren lediglich als Zwischenwirt. Für Menschen, die mit diesen Tieren engen häuslichen oder beruflichen Kontakt haben, besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Neben Zeckenstichen kann die Übertragung auch über Blut und Kontakt mit frischem Fleisch/Tierprodukten (z. B. bei der Schlachtung) erfolgen. Oft sind die Verläufe mild mit nur wenigen oder keinen Symptomen. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch bzw. nosokomial ist seltener, dann jedoch häufig mit schwereren Verläufen und einer erhöhten Mortalität assoziiert, was wahrscheinlich durch eine erhöhte Virusaufnahme zu erklären ist.^{1,2,5,6}

Zum Ausbruch

Von Juli bis September 2008 kam es in der Provinz Herat in Afghanistan zu einem Ausbruch von Krim-Kongo-Fieber. Die nachfolgenden Angaben basieren auf Informationen des afghanischen Gesundheitsministeriums sowie der deutschen Nichtregierungsorganisation Cap Anamur, die in der Provinz Herat im Einsatz ist und von den Behörden um Unterstützung gebeten wurde.

Der Ausbruch umfasste 22 bekannte Erkrankungen. Die erste Person mit laborbestätigter Erkrankung wurde im staatlichen Krankenhaus Herat am 11. Juli 2008 stationär aufgenommen. Es handelte sich dabei um eine 33-jährige Hausfrau aus dem Distrikt Zandajan, die in der privaten Tierhaltung mitarbeitete und von einer Zecke gestochen wurde. Die ersten Symptome traten am 3. Juli auf, der positive Nachweis einer Infektion mit dem Krim-Kongo-Virus erfolgte aber erst posthum am 12. Juli.

Die während der Zeit des Ausbruchs erkrankten Personen wurden in dem noch nicht fertiggestellten Kinderkrankenhaus *Shaidayee Hospital*, das als Isolationskrankenhaus genutzt wurde, aufgenommen.

Alle Erkrankungen bis auf eine, die im Rahmen des Ausbruchs auftraten, konnten auch labordiagnostisch (WHO-Definition, IgM-ELISA) bestätigt werden.

Zwei Erkrankungsfälle gehen wahrscheinlich auf eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung zurück. Bei einer Krankenschwester eines Regionalkrankenhauses in Herat, die einen unerkannt an KKF erkrankten Patienten betreute, fand mit hoher Wahrscheinlichkeit eine nosokomiale Übertragung statt. Ein Angehöriger, der intensiven Kontakt zu einem im Krankenhaus behandelten Patienten hatte, wies einen milden Verlauf mit Kopfschmerzen auf, die Ergebnisse der Laboruntersuchungen waren positiv. Eine Therapie mit Ribavirin wurde begonnen. Alle anderen Patienten wurden entweder selbst von einer Zecke gestochen (3 Fälle) oder hatten beim Schlachten (9 Fälle) direkten Kontakt mit Blut und/oder Fleisch von wahrscheinlich infizierten Tieren (nicht labordiagnostisch bestätigt). In acht Fällen ist der Übertragungsweg unbekannt. Die insgesamt 22 erkrankten Personen mussten aufgrund der überwiegend schweren Symptomatik mit Ribavirin therapiert werden.

Nachfolgend starben fünf Patienten, sieben Patienten wurden als geheilt entlassen, drei Patienten wurden auf

eigenen Wunsch entlassen und sieben Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch in stationärer Behandlung. Bei diesen insgesamt zehn Personen ist der Ausgang der Erkrankung unbekannt. Die Abbildung 1 zeigt den zeitlichen Verlauf des Ausbruchs.

Ausbruchsmanagement der örtlichen Behörden

Erschwerend für ein erfolgreiches Ausbruchsmanagement waren nach Angaben des afghanischen Gesundheitsministeriums folgende Faktoren:

- ▶ fehlende Voraussetzungen für die Isolierung Kranker bzw. für *Barriernursing* in allen Krankenhäusern des Landes,
- ▶ Mangel an geschultem und qualifiziertem medizinischem Personal, insbesondere für isolierpflichtige Erkrankungen,
- ▶ Mangel an medizinischen Hilfsmitteln und Einrichtungsgegenständen,
- ▶ Mangel an Medikamenten für die Therapie, ungesicherte Versorgung mit Ribavirin,
- ▶ Mangel an intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten,
- ▶ nicht gesicherte Trinkwasserversorgung und Abfallentsorgung im *Shaidayee Hospital* sowie in der gesamten Provinz und in anderen Krankenhäusern,
- ▶ Mangel an Laborausstattung und -personal für die Durchführung von Vor-Ort-Analysen,
- ▶ unzureichende Vernetzung der lokalen Gesundheitseinrichtungen,
- ▶ eingeschränkte Sicherheitslage für das Personal, Angehörige und Patienten.

Während des Ausbruchs führten die örtlichen Gesundheitsbehörden mit Hilfe von Nichtregierungsorganisationen die folgenden Aktivitäten zur Eindämmung des Ausbruchs durch:

- ▶ Ernennung eines Ausbruchsmanagementteams zur Koordination der Aufgaben und Erstellung eines Aktionsplans,
- ▶ Surveillance, Registrierung und Identifizierung von Kontaktpersonen,
- ▶ Information an das Gesundheitsministerium in Kabul und an die WHO (entsprechend den *International Health Regulations*)⁷,

- ▶ Laboruntersuchungen und Weiterleitung von Proben zur weiteren Diagnostik,
- ▶ Schulung und Einweisung von medizinischem Personal,
- ▶ Schulung und Training von Metzgern und Schlachtern der Region in hygienischem Verhalten und Tragen von Schutzhandschuhen und -kleidung,
- ▶ notfallmäßige Einrichtung und Eröffnung einer Isoliermöglichkeit im *Shaidayee Hospital*, einem noch nicht eröffneten und eingerichteten Kinderkrankenhaus, gebaut von der italienischen Regierung und Armee (*Italian Cooperation*),
- ▶ Verlegung von medizinischem und anderem Personal aus dem Regierungskrankenhaus zur Betreuung der isolierpflichtigen Patienten im *Shaidayee Hospital*,
- ▶ Bereitstellung von Ribavirin durch verschiedene Nichtregierungsorganisationen,
- ▶ Bereitstellung von 332.000 Dosen Zeckenbekämpfungsmitteln (Avermectine) durch die FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*).

Empfehlungen zum Schutz von Reisenden

Für die Reisemedizin und die arbeitsmedizinische Vorsorge bei Auslandseinsätzen sind Kenntnisse über die defizitäre Gesundheitsversorgung vor Ort sehr wichtig, um eine adäquate Beratung und Vorbereitung für Reisende zu ermöglichen. Bisher sind in Deutschland noch keine Erkrankungen an KKF, die durch Reisen in Endemiegebiete erworben wurden, aufgetreten. Das Hauptrisiko liegt bei Einheimischen mit direktem Kontakt zu infizierten Tieren.

Folgende Schutzmaßnahmen sind jedoch bei Reisen in solchen Gebieten individuell abzuwägen:

- ▶ imprägnierte Kleidung, festes Schuhwerk, keine offenen Hautstellen an den Beinen bei Wanderungen in der Umgebung,
- ▶ Einsatz von Repellentien,
- ▶ regelmäßiges Absuchen nach Zecken, korrektes Entfernen (nicht mit ungeschützter Hand, nicht zerquetschen),
- ▶ Einholen von Informationen über die epidemiologische Ausbruchssituation vor Ort und das endemische Vorkommen in der jeweiligen Region (erhöhtes Vorkommen der Zecken im Frühjahr und Herbst),

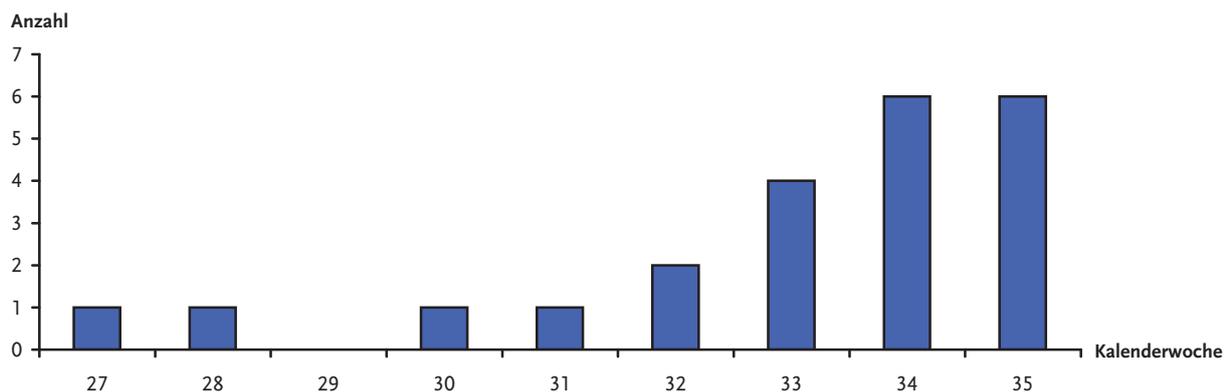


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf des Ausbruchs von Krim-Kongo-Fieber in der Provinz Herat, Afghanistan, Juli–September 2008

- ▶ Vermeidung von direktem Umgang mit Wirtstieren, falls unvermeidlich, nur mit entsprechenden Schutzmaßnahmen,
- ▶ möglichst kein Umgang mit Blut und frischem Fleisch, ggf. mit entsprechenden Schutz- und Desinfektionsmaßnahmen,
- ▶ reisemedizinische Vorsorge entsprechend den örtlichen Infektionsrisiken,
- ▶ Möglichkeiten einer Ausreise als Krankentransport mit Isolierungsmaßnahmen erfragen bzw. als Arbeitgeber sicherstellen.

Diskussion

In der Literatur wird die Letalität des Krim-Kongo-Fiebers zwischen 10 und 50% je nach Gebiet, Infektionsquelle und Inokulum angegeben.² Das KKF stellt grundsätzlich für Reisende, Bundeswehrangehörige im Auslandseinsatz und Entwicklungshelfer ein Risiko dar; über sie könnte eine Einschleppung auch nach Deutschland mit der Gefahr einer nosokomialen Übertragung bei noch unerkanntem Krankheitsbild erfolgen.

Afghanistan hat durch die erschwerte Sicherheitslage und das nach dem jahrelangen Krieg nicht flächendeckend aufgebaute Gesundheitssystem erhebliche Probleme in der Bekämpfung, Erkennung und Verhinderung solcher Ausbrüche. Wie der dargestellte Ausbruch und die Beschreibung der Maßnahmen der örtlichen Behörden zeigen, sind zwar Reaktionsstrukturen vorhanden, jedoch stoßen deren Aktivitäten auf Umsetzungsschwierigkeiten aufgrund der personellen, baulichen und hygienischen Infrastruktur sowie der allgemein schwierigen Versorgungslage mit Materialien, Medikamenten und anderem.

Zur aktuellen Zunahme von Malariafällen mit Infektionsland Gambia

Nachdem in den Jahren 1999 und 2000 jeweils 65 bzw. 63 Malariafälle mit Infektionsland Gambia gemeldet worden waren, verringerte sich diese Zahl in den letzten Jahren deutlich. In den Jahren 2005 bis 2007 wurden sieben, vier bzw. fünf Malariafälle nach Aufenthalt in Gambia durch Meldungen an das Robert Koch-Institut nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfasst.

Im Jahr 2008 sind es mit Stand vom 10.12.2008 insgesamt bereits neun Fälle. Jeweils ein Fall wurde im Januar bzw. im Juli erfasst. Im November wurden hingegen vier Fälle und im Dezember drei Fälle gemeldet. Die betroffenen Personen waren zwischen dem 25.10. und dem 27.11.2008 von Reisen nach Gambia zurückgekehrt.

Die zwischen Juli und Dezember 2008 erfassten Erkrankten hatten keine Chemoprophylaxe durchgeführt. Für den im Januar gemeldeten Fall wurde eine unvollständige Einnahme von Mefloquin angegeben. Als verursachender Erreger wurde für sechs der neun Fälle *Plasmodium falciparum*

Es muss festgestellt werden, dass die hygienischen Grundvoraussetzungen für eine effizientes Management zur Kontrolle derartiger Infektionen mit hoher Letalität nicht annähernd vorhanden sind und die Forderungen der *International Health Regulations* (siehe unter http://www.who.int/csr/ihr/IHR_2005_en.pdf), die 2007 in Kraft getreten sind, gegenwärtig nicht einzuhalten sind.

Literatur:

1. Ergönül O: Crimean-Congo haemorrhagic fever. *Lancet Infect Dis* 2006; 64: 145–160
2. Vorou R, Pierrotsakos IN, Maltezou HC: Crimean-Congo hemorrhagic fever: *Curr Opin Infect Dis* 2007, 20 (5): 495–500
3. Robert Koch-Institut: Krim-Kongo-Fieber in der Türkei. *Epid Bull* 2008; 27: 218
4. WHO: 2000 – Acute haemorrhagic fever syndrome in Afghanistan – Update. http://www.who.int/csr/don/2000_07_11/en/index.html
5. Fischer-Hoch SP: Lessons from nosocomial viral haemorrhagic fever outbreaks. *Br Med Bull* 2005; 73–74: 123–137
6. Van Eeden PJ et al.: A nosocomial outbreak of Crimean-Congo haemorrhagic fever at Tygerberg Hospital. Part I. Clinical features. *S Afr Med J* 1985; 68: 711–717
7. WHO: International Health Regulation. http://www.who.int/csr/ihr/IHR_2005_en.pdf
8. Exner M: Zur Bedrohung durch Infektionskrankheiten – Notwendigkeit einer Reform der Infektionshygiene 2007, mhp Verlag, Wiesbaden

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Edith Fischnaller, Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universität Bonn, und Vorsitzende Cap Anamur, Deutsche Notärzte e. V. Dank gilt ferner PD Dr. Steffen Engelhart und Prof. Dr. Martin Exner vom Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universität Bonn. Als **Ansprechpartnerin** steht Dr. Edith Fischnaller zur Verfügung (E-Mail: edith.fischnaller@ukb.uni-bonn.de).

angegeben, für drei Fälle erfolgte keine Erregerdifferenzierung. Keiner der 2008 nach Aufenthalt in Gambia an Malaria Erkrankten verstarb.

Auch in anderen europäischen Ländern wurde in den letzten Wochen eine Zunahme von aus Gambia importierten Malaria-Erkrankungen beobachtet (Großbritannien, Finnland, Dänemark, Niederlande).

Für Reisen nach Gambia gilt – wie auch für andere westafrikanische Länder – eine generelle Empfehlung für eine konsequente Malariaphylaxe (Chemoprophylaxe und Expositionsprophylaxe, siehe z. B. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, www.dtg.org).

Mitteilung aus dem Fachgebiet 35 „Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen“ der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartner** ist Prof. Dr. Klaus Stark (E-Mail: StarkK@rki.de).

Mitteilung über Änderungen bei drei Konsiliarlaboratorien

Konsiliarlaboratorien bilden wichtige Elemente der infektionsepidemiologischen Surveillance und des Infektionsschutzes in Deutschland.

Ein Konsiliarlaboratorium für Leptospirose wurde neu etabliert. Das Konsiliarlaboratorium für Polyomaviren ist an einer anderen Einrichtung angesiedelt worden. Das Konsiliarlaboratorium für respiratorische Infektionen (viral) entfällt in Zukunft.

Die Änderungen sind zum **01.12.2008** in Kraft getreten.

► Konsiliarlaboratorium für Polyomaviren

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Dr. h. c. Herbert Pfister (Institut für Virologie der Universität Köln)
Tel.: 02 21 . 478–39 03, E-Mail: herbert.pfister@uk-koeln.de

Leistungsübersicht:

- Nachweis von JCV/BKV-DNA in Liquor/Serum/Urin/Biopsie-/Autopsiematerial durch PCR;
- Nachweis von MCPyV-DNA in Biopsie-/Autopsiematerial durch PCR;
- Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und Versandbedingungen.

Einsendung von Material nur nach vorheriger telefonischer Absprache mit dem Labor.

► Konsiliarlaboratorium für respiratorische Infektionen (viral)

Dieses Konsiliarlaboratorium entfällt in Zukunft.

► Konsiliarlaboratorium für Leptospirose

Ansprechpartner:

- Dr. Karsten Nöckler (Diagnostik, Bundesinstitut f. Risikobewertung, BfR)
Tel.: 030 . 84 12–20 53; E-Mail: k.noeckler@bfr.bund.de
- Dr. Andreas Jansen (Klinik u. Epidemiologie, Robert Koch-Institut, RKI)
Tel.: 030 . 18 754–34 59; E-Mail: JansenA@rki.de

Leistungsübersicht:

Diagnostik (BfR)

- Beratung zu Fragen der Diagnostik (Erregernachweis u. Serodiagnostik);
- Beratung zu Fragen der Pathogenität und weiteren Erregereigenschaften eingesandter Stämme;
- Identifizierung des Erregers aus humanen und tierischen Untersuchungsmaterialen mittels Anzucht und PCR;
- Kultivierung von Leptospiren und Stammsammlung;
- Serologie mittels Mikroagglutinationstest (MAT) und ELISA (IgG, IgM);
- Abgabe von Leptospira-Antisera und -Stämmen für die Diagnostik;
- Beratung zu Anforderungen an Untersuchungsmaterial und Versandbedingungen.

Klinik und Epidemiologie (RKI)

- Beratung zu Fragen der Klinik, Epidemiologie und Infektionsprävention;
- Beratung zur Aufklärung möglicher Infektionshäufungen, Unterstützung bei Ausbruchsuntersuchungen.

Ansprechpartnerin für Informationen zu den Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien ist Dr. Gabriele Laude, Abteilung für Infektions-epidemiologie des RKI (E-Mail: LaudeG@rki.de).

Veranstaltungshinweise

13. Berliner Workshop der DGHM-Fachgruppe Krankenhaushygiene

Infektionsprävention: „Synergien erkennen und nutzen“

Termin: 30. und 31. Januar 2009; **Ort:** Institut f. Hygiene u. Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Raum E24, Hindenburgdamm 27 (Eingang Kraherstraße), 12203 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und NRZ für die Surveillance von nosokomialen Infektionen

Ansprechpartnerin: Ursula Gebhardt, Tel.: 030 . 84 45 36 80, Fax: 030 . 84 45 36 82; E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de

Nähere Informationen, Programm und Online-Anmeldung: www.nrz-hygiene.de unter VERANSTALTUNGEN.

Hinweise: Die Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt. Anmeldung von Kurzvorträgen bis 20.12.2008; Teilnahmegebühr 80 €.

13. Einführungskurs in das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

Termin: 9. und 10. Februar 2009

Veranstalter: NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen/Institut f. Hygiene u. Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Gemeinsame Einrichtung FU und HU Berlin (Prof. Dr. Petra Gastmeier)

mit den **Kooperationspartnern** ► Prof. Dr. med. Markus Dettenkofer, Institut f. Umweltmedizin u. Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg und ► Prof. Dr. med. Iris Chaberny, Institut f. Medizinische Mikrobiologie u. Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover

Veranstaltungsort und Ansprechpartner: siehe „13. Berliner Workshop der DGHM-Fachgruppe“ in der linken Spalte dieses Kastens

Hinweise: Die Zertifizierung dieser ärztlichen Fortbildungsveranstaltung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt. Der Kurs ist kostenfrei. Vorherige Anmeldungen (jede Anmeldung wird bestätigt) sind erforderlich.

In eigener Sache

Auch im Jahr 2008 erschienen mit dieser Ausgabe insgesamt 50 Ausgaben und ein Sonderheft zu HIV-Infektionen und AIDS. Zeitgleich mit dem Heft 50 wird das Sachwortverzeichnis für den Jahrgang 2008 veröffentlicht. Im Jahr 2009 wird die erste Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* in der 2. Kalenderwoche veröffentlicht.

Im vergangenen Jahr erschienen Situationsberichte zu einer Reihe meldepflichtiger Infektionskrankheiten in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Infektionsepidemiologie, weiteren internen und externen Partnern, insbesondere den Nationalen Referenzzentren sowie den Konsiliarlaboratorien. Berichte zu Ausbruchsgeschehen, Forschungs- sowie Fallberichte wurden uns aus den Gesundheitsämtern, Universitäten und Laboratorien übermittelt. Die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut veröffentlichte ihre Empfehlungen für das Jahr 2008.

Ab 2009 erfolgt im *Epidemiologischen Bulletin* eine regelmäßige Veröffentlichung von aktuellen Informationen aus der RKI-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS).

Besondere Herausforderungen ergeben sich zunehmend durch den Anstieg der Häufigkeit multiresistenter Erreger. Präventionsstrategien,

Krankenhaushygiene und geeignete sektorübergreifende Strukturen wie z. B. regionale Netzwerke spielen bei der Bekämpfung eine entscheidende Rolle. Die zunehmende Bedeutung spiegelt sich in der Veröffentlichung zahlreicher Berichte zu diesen Themen im *Epidemiologischen Bulletin* wieder.

An dieser Stelle möchte die Redaktion auch dem langjährigen Redakteur Dr. Wolfgang Kiehl für seine engagierte Arbeit für das *Epidemiologische Bulletin* danken, das er auch nach seinem altersbedingten Ausscheiden weiter unterstützte. Die reichhaltigen Kenntnisse und Erfahrungen, Kritik und Lob haben das Blatt stets bereichert. Wolfgang Kiehl vollendete Ende November 2008 sein 70. Lebensjahr. Wir wünschen ihm anlässlich dieses Jubiläums weiterhin alles Gute, Gesundheit und Freude.

Allen Lesern und Autoren gilt Dank für ihre Unterstützung und Mitarbeit im vergangenen Jahr. Die Redaktion freut sich auf eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern außerhalb und innerhalb des RKI. Wir wünschen ein frohes Weihnachtsfest und ein glückliches neues Jahr 2009!

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

47. Woche 2008 (Datenstand: 10.12.2008)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	47.	1.-47.	1.-47.	47.	1.-47.	1.-47.	47.	1.-47.	1.-47.	47.	1.-47.	1.-47.	47.	1.-47.	1.-47.		
	2008			2007			2008			2007			2008			2007	
Baden-Württemberg	141	6.318	6.994	1	67	81	4	311	273	63	3.901	5.800	3	82	114		
Bayern	143	6.893	7.233	0	129	160	20	967	990	117	5.593	6.977	3	94	182		
Berlin	57	2.539	2.423	2	48	16	15	340	192	14	1.144	1.433	0	35	76		
Brandenburg	31	2.176	2.164	1	13	18	14	295	245	23	1.574	1.817	1	12	19		
Bremen	7	437	344	0	2	6	0	27	24	1	272	288	0	7	8		
Hamburg	45	1.803	1.932	0	16	19	4	38	89	11	753	824	1	22	29		
Hessen	65	3.301	3.515	0	12	16	5	104	131	49	2.714	4.275	1	43	74		
Mecklenburg-Vorpommern	30	1.833	2.109	0	9	11	6	234	222	19	1.130	1.355	0	5	0		
Niedersachsen	103	5.058	4.817	3	128	87	17	674	249	80	3.531	4.882	2	44	36		
Nordrhein-Westfalen	289	13.901	15.201	4	148	204	30	1.100	937	182	8.491	10.151	0	65	69		
Rheinland-Pfalz	74	3.111	3.410	0	46	49	5	246	307	46	2.420	3.377	0	27	43		
Saarland	26	1.114	1.256	0	4	3	0	43	45	10	647	1.076	0	2	5		
Sachsen	100	5.169	4.923	5	98	58	22	790	923	28	2.993	3.064	0	36	80		
Sachsen-Anhalt	29	1.480	1.624	0	9	9	8	424	586	27	1.846	2.618	2	11	28		
Schleswig-Holstein	55	2.326	1.979	0	35	38	1	91	79	25	1.047	1.391	0	4	14		
Thüringen	34	1.876	1.727	0	10	11	15	623	521	33	2.011	2.687	0	19	32		
Deutschland	1.229	59.335	61.651	16	774	786	166	6.307	5.813	728	40.067	52.015	13	508	809		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	47.	1.-47.	1.-47.	47.	1.-47.	1.-47.	47.	1.-47.	1.-47.		
	2008			2007			2008			2007	
Baden-Württemberg	2	99	103	1	89	108	24	919	1.080		
Bayern	6	143	130	1	90	98	20	1.112	1.386		
Berlin	1	94	51	0	58	62	10	698	679		
Brandenburg	0	13	15	0	13	16	0	76	69		
Bremen	0	8	7	0	4	4	0	44	46		
Hamburg	2	48	23	1	28	34	6	92	67		
Hessen	2	97	70	2	60	77	7	306	333		
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	10	2	16	11	0	51	52		
Niedersachsen	1	71	89	0	52	51	8	322	462		
Nordrhein-Westfalen	7	212	224	0	150	218	9	883	927		
Rheinland-Pfalz	0	50	33	2	77	93	7	285	329		
Saarland	0	16	12	0	17	16	2	68	70		
Sachsen	0	35	23	0	38	41	5	286	278		
Sachsen-Anhalt	1	23	12	0	18	43	1	148	193		
Schleswig-Holstein	0	20	28	0	19	26	7	190	185		
Thüringen	0	24	24	0	11	25	3	106	142		
Deutschland	22	966	854	9	740	923	109	5.586	6.298		

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,

47. Woche 2008 (Datenstand: 10.12.2008)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
5	198	223	177	16.280	12.701	20	4.744	3.545	10	549	539	0	65	99	Baden-Württemberg
16	454	515	480	18.835	16.027	114	7.800	5.988	19	920	565	3	53	103	Bayern
4	116	139	84	6.280	8.097	37	2.168	2.068	9	368	257	0	84	123	Berlin
6	163	167	261	8.632	8.798	56	4.148	3.800	2	126	68	3	42	65	Brandenburg
1	18	22	10	806	1.095	3	399	300	0	25	16	0	10	13	Bremen
4	81	93	114	3.802	5.411	20	1.947	1.099	3	115	120	0	12	20	Hamburg
8	224	229	102	9.514	9.438	27	2.710	2.389	38	308	238	1	37	51	Hessen
2	79	122	98	8.266	5.266	24	4.391	3.393	6	145	95	1	58	72	Mecklenburg-Vorpommern
5	386	490	162	16.588	10.766	42	6.091	3.659	7	252	148	3	142	120	Niedersachsen
18	574	703	604	35.624	32.101	72	11.764	8.008	15	706	635	5	175	280	Nordrhein-Westfalen
2	219	244	107	9.084	8.774	30	3.484	2.800	9	243	184	3	18	91	Rheinland-Pfalz
0	38	64	15	2.720	858	16	694	578	2	40	33	0	2	7	Saarland
15	574	651	418	18.148	12.008	114	10.826	8.190	8	309	216	4	148	224	Sachsen
6	232	324	224	7.612	7.177	37	4.385	3.290	1	98	84	0	31	30	Sachsen-Anhalt
2	192	172	82	6.426	3.349	14	2.320	1.014	3	79	65	0	6	4	Schleswig-Holstein
17	391	433	312	11.507	6.435	75	5.707	3.540	0	83	63	2	32	36	Thüringen
111	3.939	4.591	3.250	180.124	148.301	701	73.578	53.661	132	4.366	3.326	25	915	1.338	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
1	44	51	0	383	18	12	491	565	Baden-Württemberg	
2	71	49	0	303	167	9	575	609	Bayern	
0	20	19	0	29	8	2	250	250	Berlin	
1	15	15	0	5	1	0	68	96	Brandenburg	
0	3	1	0	6	1	0	32	54	Bremen	
1	5	5	0	2	3	1	155	153	Hamburg	
0	23	25	0	38	13	6	366	420	Hessen	
1	14	11	0	6	1	4	46	104	Mecklenburg-Vorpommern	
0	34	32	0	15	33	6	319	341	Niedersachsen	
2	98	97	0	49	250	15	1.024	1.185	Nordrhein-Westfalen	
1	27	17	0	37	7	3	185	212	Rheinland-Pfalz	
0	3	4	0	10	0	3	44	77	Saarland	
1	19	25	0	3	1	1	156	159	Sachsen	
0	8	17	0	2	2	1	115	150	Sachsen-Anhalt	
1	13	14	0	7	10	2	78	102	Schleswig-Holstein	
0	9	18	0	14	0	1	108	93	Thüringen	
11	406	400	0	909	515	66	4.012	4.570	Deutschland	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ 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

47. Woche 2008 (Datenstand: 10.12.2008)

Krankheit	47. Woche 2008	1.–47. Woche 2008	1.–47. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	159	354	375
Brucellose	0	23	20	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	97	94	99
Dengue-Fieber	6	243	250	264
FSME	3	272	236	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	55	41	44
Hantavirus-Erkrankung	4	229	1.638	1.688
Hepatitis D	0	6	8	9
Hepatitis E	0	95	69	73
Influenza	14	14.125	18.773	18.898
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	2	130	80	93
Legionellose	12	458	502	532
Leptospirose	1	56	151	166
Listeriose	8	270	315	356
Ornithose	0	21	10	12
Paratyphus	3	73	70	72
Q-Fieber	2	328	80	83
Trichinellose	0	1	10	10
Tularämie	0	14	15	20
Typhus abdominalis	1	64	50	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur Situation bei ARE/Influenza in der 49. Kalenderwoche (KW)**

Deutschland: Die Aktivität der ARE befindet sich deutschlandweit auf einem geringfügig erhöhten Niveau. Neben einer geringen Influenza-Aktivität – bisher sporadische Fälle – können andere virale Atemwegsinfektionen, z. B. RSV-Infektionen, zu der Erhöhung beitragen. Eine Influenzaschutzimpfung für Personen über 60 Jahre, Personen mit chronischen Vorerkrankungen jeden Alters sowie für medizinisches Personal ist jetzt, falls noch nicht erfolgt, sinnvoll und zu empfehlen. Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de/agi>.

Europa: Die von der 40. bis zur 48. KW in Europa charakterisierten Influenzaviren sind (mit Ausnahme von drei Influenza-B-Viren) den aktuellen Impfstämmen sehr ähnlich. Kein Land berichtete über eine erhöhte Influenza-Aktivität, 11 Länder (darunter Deutschland) berichteten über sporadische Influenzananzeige. Weitere Informationen <http://www.eiss.org>.

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland: Es liegen keine neuen Meldungen über Infektionen mit aviären Influenzaviren bei Geflügel oder Wildvögeln vor. Weitere Informationen unter <http://www.fli.bund.de>.

International: In Europa wurden keine H5N1-Ausbrüche bei Geflügel oder Wildvögeln gemeldet. Informationen zum außereuropäischen Geschehen unter <http://www.oie.int/eng/info>.

Aviäre Influenza bei Menschen

International: Das indonesische Gesundheitsministerium gab zwei humane Fälle aviärer Influenza bekannt: Ein neunjähriges Mädchen aus der Provinz Riau erkrankte am 7.11. und wurde am 12.11.2008 hospitalisiert. Es konnte nach Behandlung am 27.11. wieder entlassen werden. Ein zweijähriges Mädchen aus Ostjakarta, das am 18.11. erkrankt und am 26.11. ins Krankenhaus eingeliefert worden war, verstarb am 29.11.2008. In beiden Fällen kommt als Infektionsquelle der Kontakt zu infiziertem Geflügel in Frage. Weitere Informationen unter http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 49. Kalenderwoche 2008 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

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 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

► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl
► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann

Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax: 030.18754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3

Das Epidemiologische Bulletin

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

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 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 18.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

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