



Epidemiologisches Bulletin

10. Juni 2013 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

MRSA-Screening in psychiatrischen Kliniken

Anders als für Akutkrankenhäuser oder Altenheime liegen nur wenige epidemiologische Daten zu MRSA (Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*) aus Psychiatrien vor.

Köck et al.¹ publizierten 2011 eine Übersichtsarbeit zur Epidemiologie von MRSA in Deutschland, die aber keine ausgewiesenen Daten zu psychiatrischen Kliniken enthält. Für Heime und Pflegeeinrichtungen wird in dieser Arbeit beispielsweise eine Aufnahme- und Punktprävalenz von etwa 2 % mit einer erheblichen Variabilität (0–26 %) berichtet. Dieselben Autoren veröffentlichten im Februar dieses Jahres² eine Untersuchung zum Aufwand von MRSA-Screeninguntersuchungen in deutschen Krankenhäusern. Die MRSA-Aufnahmeprävalenz in Akutkrankenhäusern wird hier mit 1,8 % angegeben, Risikofaktoren^{3,4} wiesen ca. 50 % der Patienten auf.

Die Datenbank des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für Staphylokokken und Enterokokken weist für das Jahr 2009 lediglich zwei Einsendungen (von 1.697) und für das Jahr 2010 eine (von 2.101) Einsendung aus Psychiatrien aus,⁵ allerdings handelt es sich hier nicht um Screeninguntersuchungen, sondern um Isolate aus Infektionen.

Eigene Daten aus Punktprävalenzerhebungen⁶ zeigen durchgängig eine Prävalenz zwischen 1,5 und 2 % für Krankenhäuser und etwas mehr als 2 % für Alten- und Pflegeheime. Die regelmäßig in Essen durchgeführte Erhebung der Eintagesprävalenz schließt auch eine psychiatrische Klinik mit ein. Dort lag die MRSA-Prävalenz in den Jahren 2009 bis 2012 zwischen 0 und 0,4 % (nicht publiziert). Diese Raten sind niedrig, allerdings wird in der von uns betreuten Klinik (wahrscheinlich ähnlich wie in anderen Einrichtungen dieser Art) nicht systematisch auf MRSA gescreent. Um die tatsächliche Prävalenz abschätzen zu können, wäre ein generelles Screening erforderlich.

Wir führten dazu in Zusammenarbeit zwischen psychiatrischer Klinik, dem Institut für Medizinische Mikrobiologie und der Dienstleistungseinheit Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Essen ein Pilotprojekt durch: Als Pilotabteilung wurde die Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums Essen ausgewählt, weil dort aufgrund des Altersdurchschnitts häufiger multimorbide Patienten mit einem relevanten MRSA-Risiko vermutet wurden. Im Vorfeld gab es Bedenken von Seiten des Personals (Befürchtungen einer MRSA-Besiedelung) und von Seiten der Klinikleitung (wirtschaftliche Einbußen). Dennoch konnte das Projekt nach zahlreichen Vorgesprächen begonnen werden.

Zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2012 wurden alle Patienten, die auf die gerontopsychiatrische Station aufgenommen wurden (n = 150), auf MRSA gescreent. Von allen Patienten wurde bei der Aufnahme das Einverständnis für die Screeninguntersuchung eingeholt. Dann wurde je ein Nasen- und ein Rachenabstrich entnommen und diese gepoolt mit einem Selektivmedium gezielt auf MRSA untersucht.

Diese Woche

23/2013

MRSA

Screening in psychiatrischen Kliniken

Lyme-Borreliose

Kurzbericht zum 1. Frankfurter Lyme-Borreliose-Workshop

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen März 2013
- ▶ Aktuelle Statistik 20. Woche 2013

Poliomyelitis

Poliowildviren in Umweltproben in Israel nachgewiesen



Gleichzeitig wurden neben den üblichen personenbezogenen Daten (z. B. Alter und Geschlecht) die bekannten Risikofaktoren⁴ für eine MRSA-Besiedelung anhand eines Fragebogens erfasst. Alle Daten wurden anonymisiert weiterverarbeitet.

Auf die Station wurden während der 12-monatigen Untersuchung 150 Patienten (99 Frauen und 51 Männer) aufgenommen, das mittlere Alter lag bei 68,5 Jahren (28–93 Jahre), Median 79 Jahre.

23 Patienten (15 %) litten unter einer schweren somatischen Grunderkrankung, wobei im Fragebogen nicht eingehender nach der Art der Grunderkrankung gefragt wurde, und 33 Patienten (22 %) hatten eine Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten erhalten. 31 Patienten (21 %) kamen aus Wohn- oder Pflegeheimen und 37 (25 %) waren chronisch pflegebedürftig. 89 Patienten (59 %) waren in den letzten 12 Monaten stationär in einem Krankenhaus gewesen, im Fragebogen wurde jedoch nicht nach der Länge des Krankenhausaufenthaltes gefragt. Es wurde nicht zwischen psychiatrischen Kliniken und Akutkrankenhäusern unterschieden.

Im Ergebnis wiesen nur 34 der 150 Patienten (23 %) keine Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedelung auf. 33 bzw. 32 Patienten (22 %) hatten einen bzw. zwei Risikofaktoren (19: n = 3, 8: n = 4, 3: n = 5 und 2: n = 6 Risikofaktoren). Der Anteil der Patienten mit Risikofaktoren lag damit deutlich über den ermittelten Daten für Akutkrankenhäuser (ca. 50 %²). Die beiden häufigsten Risikofaktoren waren der stationäre Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten und die chronische Pflegebedürftigkeit.

Nur ein Patient (0,7 %) war MRSA-positiv (4 Risikofaktoren), dieser hatte als einziger auch eine MRSA-Besiedelung in der Anamnese.

Insgesamt lag die Rate der MRSA-Besiedelung in dieser Pilotstudie damit auf ähnlichem Niveau wie die bei den Eintagesprävalenzen für Psychiatrien erfassten Raten zwischen 0 und 0,4 % (nicht publiziert, s. oben). Damit scheint das MRSA-Risiko zumindest in der Gerontopsychiatrie wesentlich geringer als ursprünglich von uns erwartet. Inwieweit diese Erkenntnis auf die gesamte Psychiatrie übertragen werden kann, bedarf weiterer Abklärung.

Literatur

1. Köck R, Mellmann A, Schaumburg F, Friedrich AW, Kipp F, Becker K: Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* in Deutschland: Epidemiologie. Dtsch Arzteblatt int 2011; 108(45): 761–767
2. Köck R: Zum Aufwand von MRSA-Screeninguntersuchungen in deutschen Krankenhäusern. Epid Bull 2013; 5: 41–44
3. KRINKO: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 1999; 42: 954–958
4. KRINKO: Kommentar zu den Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Epid Bull 2008; 42: 363–364
5. Robert Koch-Institut: Auftreten und Verbreitung von MRSA in Deutschland 2010. Epid Bull 2011; 26: 233–241
6. Popp et al.: Sektorenübergreifende MRSA-Eintagesprävalenzen – Erfahrungen aus Essen. Epid Bull 2012; 27: 249–251

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Birgit Ross, Prof. Walter Popp und Tim Lieske (Universitätsklinikum Essen, Krankenhaushygiene); Michael Schieder, Prof. Jens Wiltfang (LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie); Prof. Johannes Hebebrand (LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters); Dr. Evelyn Heintschel von Heinegg, Prof. Jan Buer (Universitätsklinikum Essen, Institut für Medizinische Mikrobiologie) sowie Christiane Scheytt, Andreas Sanewski und Dr. Rainer Kundt (Gesundheitsamt der Stadt Essen). Dr. Ross steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung.

Kurzbericht zum 1. Frankfurter wissenschaftlichen Lyme-Borreliose-Workshop

Die Lyme-Borreliose wird durch das Bakterium *Borrelia burgdorferi* verursacht und von Zecken (Gemeiner Holzbock) als Vektoren auf den Menschen übertragen. Sie ist die häufigste von Vektoren übertragene Infektionskrankheit in Deutschland und im gesamten Bundesgebiet endemisch. Die Krankheitslast in der Bevölkerung ist schwierig zu quantifizieren, kann aber als bedeutend eingeschätzt werden.

Am 7. März 2013 wurde am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut und INSTAND e.V., Düsseldorf, unter der Leitung von Prof. Dr. K.-P. Hunfeld ein wissenschaftlicher Workshop organisiert. Ziel dieses Workshops war es, wissenschaftliche Erfahrungen und Erkenntnisse zur Epidemiologie und Verbreitung der Lyme-Borreliose auszutauschen und diesbezüglich Fragestellungen zu identifizieren, die einer weiteren Erforschung bedürfen. Auf dem Workshop waren 10 Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen der Medizin vertreten.

Inhaltliche Themen waren die bundesweiten repräsentativen **Untersuchungen zur Seroprävalenz**, die wichtige Informationen zur Verteilung des Risikos für eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi* liefern konnten und die Datenlage zur Bewertung der Infektionslast in der Bevölkerung verbessern. Aktuelle **Analysen von Krankenkassendaten** gaben auf dem Workshop interessante Einblicke für eine gesundheitsökonomische Bewertung der Lyme-Borreliose. Dies betrifft die antibiotische Behandlung von Patienten und das Testverhalten der behandelnden Ärzte. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass es zu einem erheblichen Anteil an Wiederholungs- bzw. Mehrfachuntersuchungen kommt. Des Weiteren wurde ein Projekt zur Evaluation verschiedener **molekularer Nachweisverfahren** unter Studienbedingungen in Speziallaboratorien vorgestellt. Wichtiges Ziel dieses Projekts ist eine Standardisierung von Testverfahren **zum direkten Erregernachweis**. Interessante Ergebnisse gab es aus Projekten zur Charakterisierung der **Ökologie und vektoriiellen Übertragung von Borrelien** in verschiedenen Habitaten. Diese Untersuchungen konnten eindrücklich

zeigen, dass Veränderungen der Landschaft einen starken Einfluss auf die Präsenz von Zecken im Habitat und damit für das Risiko einer möglichen Übertragung von *Borrelia burgdorferi* auf den Menschen haben können und insbesondere im Hinblick auf die Prävention der Lyme-Borreliose bedeutend sein können.

Als wesentliche Schlüsselthemen im Feld der Lyme-Borreliose-Forschung wurden für die nächsten Jahre folgende Punkte identifiziert: Stetige Verbesserung der wissenschaftlichen Evidenz zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose. Dasselbe gilt für die Versorgungsforschung (Nutzen spezifischer diagnostischer Methoden und Anwendung von Arzneimitteln). Diesbezüglich kann auch die Sekundärdatenanalyse weiter vorangetrieben werden. Klinisch arbeitende Kollegen müssen intensiver in die Entwicklungen eingeschlossen werden. Die Standardisierung der Diagnostik und die fortdauernden Probleme mit derzeit etablierten diagnostischen Tests sollten weiter untersucht und verbessert werden. Hierfür sollte die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Arbeitsgruppen forciert werden. Die Wichtigkeit der Weiterführung der Entwicklung einer evidenz- und konsensbasierten (S3) interdisziplinären Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose wurde von allen Teilnehmern betont.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Angemeldetes Leitlinienvorhaben, Registernummer 013 – 080, Lyme Borreliose, Diagnostik und Therapie. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/013-080.html>

2. Dehnert M, Fingerle V, Klier C, Talaska T, Schlaud M, Krause G, Wilking H, Poggensee G: Seropositivity of Lyme Borreliosis and Associated Risk Factors: A Population-Based Study in Children and Adolescents in Germany (KiGGS). PLoS ONE 2012; 7(8): e41321

3. Müller I, Freitag MH, Poggensee G, Scharnetzky E, Straube E, Schoerner C, Hlobil H, Hagedorn HJ, Stanek G, Schubert-Unkmeir A, Norris DE, Gensichen J, Hunfeld KP: Evaluating frequency, diagnostic quality, and cost of lyme borreliosis testing in Germany: a retrospective model analysis. Clin Dev Immunol 2012; 2012: 595427

4. Richter D, Matuschka FR: Differential risk for Lyme disease along hiking trail, Germany. Emerg Infect Dis 2011; 17(9): 1704–1706

Ansprechpartner sind Prof. Dr. K.-P. Hunfeld (E-Mail: K.hunfeld@em.uni-frankfurt.de), Krankenhaus Nordwest, Frankfurt am Main, und Dr. Hendrik Wilking (E-Mail: WilkingH@rki.de), Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 35 (Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen).

Beratung und Spezialdiagnostik
Nationales Referenzzentrum für Borrelien
 NRZ für Borrelien am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
 Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim
Tel.: 09131.6808-5870 oder -5814
Fax: 09131.6808-5865
E-Mail: volker.fingerle@lgl.bayern.de
andreas.sing@lgl.bayern.de
Homepage: http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/nrz_borrelien
Leitung: Dr. Volker Fingerle
Vertretung: PD Dr. Andreas Sing
Leistungsangebot
 Beratung für diagnostische Laboratorien und klinisch tätige Ärzte; Fortbildungen; Primärisolierung; Differenzierung, Subtypisierung und taxonomische Einordnung; diagnostische Untersuchungen in speziellen Fällen (Antikörpernachweis, Erregernachweis)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten													Berichtsmonat: März 2013 (Datenstand: 1.6.2013)		
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.			
	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2013	2012		
	März	Jan.–März	Jan.–März	März	Jan.–März	Jan.–März	März	Jan.–März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März
Baden-Württemberg	23	100	70	6	63	97	7	17	9	0	2	9	0	1	0
Bayern	52	143	129	14	76	126	3	11	14	2	8	3	0	0	0
Berlin	50	177	172	20	98	114	0	10	5	1	2	1	0	0	1
Brandenburg	7	17	16	4	18	13	0	1	3	0	0	0	0	1	2
Bremen	6	15	14	1	9	4	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Hamburg	23	71	50	2	37	54	1	6	10	0	0	0	0	0	0
Hessen	34	101	69	9	43	58	4	13	7	0	3	3	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	1	8	16	0	10	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	25	69	53	9	37	44	2	7	12	0	1	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	87	282	282	25	121	166	10	24	15	1	4	2	0	0	3
Rheinland-Pfalz	19	50	26	2	19	11	0	4	3	0	1	1	0	0	0
Saarland	6	17	9	1	8	5	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	24	63	47	4	19	30	0	1	2	1	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	5	23	19	2	14	9	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	17	24	1	19	24	0	3	2	1	2	1	0	0	0
Thüringen	3	10	15	2	9	8	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Deutschland	370	1.163	1.011	103	603	769	30	105	85	6	25	22	0	3	7

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

20. Woche 2013 (Datenstand: 5.6.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	77	1.496	1.807	3	41	33	1	62	98	21	350	408	1	15	15
Bayern	110	1.750	1.901	2	102	73	7	176	203	46	665	567	0	35	32
Berlin	33	751	823	1	18	18	10	143	103	9	172	197	0	26	42
Brandenburg	26	480	522	3	12	11	9	111	82	13	213	228	0	7	2
Bremen	7	95	96	0	4	2	0	3	7	1	36	34	0	1	1
Hamburg	26	463	494	0	16	24	4	35	26	7	133	129	0	10	12
Hessen	42	944	1.069	0	13	22	3	31	52	13	349	355	2	13	7
Mecklenburg-Vorpommern	21	376	422	0	8	11	4	89	165	6	168	175	0	0	0
Niedersachsen	59	1.046	1.223	6	55	55	7	179	171	43	741	614	0	8	7
Nordrhein-Westfalen	199	4.241	4.513	8	98	108	13	313	361	54	1.316	1.352	0	19	25
Rheinland-Pfalz	57	853	1.014	2	34	39	5	75	63	15	247	358	10	27	8
Saarland	16	315	299	1	4	3	1	10	16	3	54	58	0	0	1
Sachsen	60	1.140	1.311	3	51	40	8	243	294	23	390	527	0	9	9
Sachsen-Anhalt	17	430	428	1	13	16	8	212	156	29	557	338	0	3	3
Schleswig-Holstein	33	537	557	1	12	25	0	23	33	9	198	182	1	5	4
Thüringen	21	458	518	2	12	20	6	121	138	15	348	401	0	4	2
Deutschland	804	15.375	16.997	33	493	500	86	1.826	1.968	307	5.937	5.923	14	182	170

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	3	60	61	154	3.982	5.342	82	1.767	2.774	15	186	236	0	10	12
Bayern	4	101	139	155	5.266	10.196	211	3.756	3.252	14	310	315	1	24	22
Berlin	1	29	24	26	1.358	2.323	58	1.612	1.518	13	161	171	2	25	31
Brandenburg	1	29	35	35	1.873	3.024	105	2.990	1.324	1	40	32	0	23	13
Bremen	0	6	4	6	264	511	9	215	68	1	8	9	0	1	0
Hamburg	4	21	35	27	1.499	2.062	31	1.462	1.002	2	59	67	0	5	11
Hessen	2	45	66	77	3.617	4.205	65	1.106	1.453	7	96	103	0	11	22
Mecklenburg-Vorpommern	0	14	20	56	2.735	2.339	58	1.169	899	2	43	48	1	21	21
Niedersachsen	1	75	65	99	4.965	7.171	199	3.431	2.003	1	75	81	1	20	32
Nordrhein-Westfalen	8	143	217	268	11.827	13.288	396	7.467	4.586	12	281	303	8	53	53
Rheinland-Pfalz	1	45	67	85	2.772	3.474	82	1.365	1.832	5	57	65	2	10	7
Saarland	0	1	11	33	944	1.262	13	252	430	0	9	9	0	3	0
Sachsen	6	131	106	110	4.862	7.058	165	3.869	1.896	3	110	107	0	53	20
Sachsen-Anhalt	4	52	71	46	2.603	4.026	67	1.479	1.485	0	40	32	1	27	11
Schleswig-Holstein	2	36	21	20	1.433	1.887	74	1.006	832	0	24	31	0	2	4
Thüringen	4	83	98	66	2.277	3.976	92	2.532	1.451	2	28	26	0	6	16
Deutschland	41	871	1.040	1.263	52.277	72.144	1.707	35.478	26.805	78	1.527	1.635	16	294	275

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

20. Woche 2013 (Datenstand: 5.6.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	1	26	24	2	30	20	19	329	330
Bayern	1	29	33	3	47	39	18	360	407
Berlin	0	16	13	2	23	22	11	193	215
Brandenburg	0	13	7	0	6	3	2	22	33
Bremen	0	16	1	0	6	3	0	10	11
Hamburg	0	8	4	1	13	17	7	56	59
Hessen	2	16	13	2	30	18	11	161	138
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	4	0	7	8	0	17	24
Niedersachsen	0	24	25	1	12	10	9	113	110
Nordrhein-Westfalen	2	54	58	0	59	52	9	262	251
Rheinland-Pfalz	0	26	14	2	19	23	7	84	84
Saarland	0	4	1	0	2	8	2	20	35
Sachsen	0	9	5	1	15	14	5	113	115
Sachsen-Anhalt	0	9	6	0	10	9	4	54	49
Schleswig-Holstein	0	5	1	0	5	4	1	48	64
Thüringen	0	7	5	0	8	6	0	22	46
Deutschland	6	278	214	14	292	256	105	1.864	1.971

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	1	17	17	2	5	10	17	222	191
Bayern	2	23	26	80	153	38	8	212	284
Berlin	3	16	10	36	186	10	11	147	119
Brandenburg	0	3	3	11	30	0	1	37	36
Bremen	0	2	3	1	1	0	0	13	15
Hamburg	0	4	4	0	5	1	4	70	51
Hessen	0	8	13	0	4	10	9	147	165
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	2	0	1	0	3	22	37
Niedersachsen	0	17	17	2	9	2	5	107	119
Nordrhein-Westfalen	2	36	32	1	19	9	14	360	435
Rheinland-Pfalz	0	10	9	0	2	1	4	48	63
Saarland	0	4	3	0	1	0	0	11	12
Sachsen	0	7	4	3	14	0	0	48	62
Sachsen-Anhalt	0	1	6	1	1	0	3	42	43
Schleswig-Holstein	0	11	4	0	4	2	0	26	44
Thüringen	0	6	5	0	0	0	1	20	32
Deutschland	8	167	158	137	435	83	80	1.532	1.708

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

20. Woche 2013 (Datenstand: 5.6.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	20. Woche	1.–20. Woche	1.–20. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	43	1.020	574	2.147
Brucellose	1	6	10	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	30	47	124
Dengue-Fieber	8	338	151	615
FSME	7	18	12	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	17	15	69
Hantavirus-Erkrankung	0	51	1.124	2.824
Hepatitis D	0	9	4	18
Hepatitis E	7	136	123	388
Influenza	36	69.716	10.477	11.516
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	112	134	323
Legionellose	10	229	176	654
Leptospirose	2	17	8	85
Listeriose	4	120	130	427
Ornithose	0	5	6	16
Paratyphus	1	19	19	43
Q-Fieber	2	45	84	200
Trichinellose	0	2	1	2
Tularämie	0	6	4	21
Typhus abdominalis	2	38	22	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Poliowildviren in Umweltproben in Israel

Im Süden Israels sind bei monatlichen Routineuntersuchungen von Umweltproben Poliovildviren (WPV) im Abwasser nachgewiesen worden. Nachdem das Virus zunächst aus einer Probe aus Rahat, einer vorrangig von Beduinen bewohnten Kleinstadt, isoliert wurde, erwiesen sich nachfolgend auch Proben aus der nächstgelegenen Großstadt Beer Sheba als WPV1-positiv.

Israel gehört zur WHO-Region Europa, die 2002 als poliofrei zertifiziert wurde. Dies ist der erste Nachweis von Polioviren in Abwasserproben in Israel seit 2002. Bisher wurden jedoch keine Fälle von Poliomyelitis in Israel, Gaza oder dem Westjordanland gemeldet.

Wie vorläufige Sequenzanalysen zeigten, handelt es sich um denselben Polio Stamm, der Anfang des Jahres in Abwasserproben in Ägypten nachgewiesen wurde und eng mit zirkulierenden Stämmen in Pakistan und Afghanistan verwandt ist (s. *Epid. Bull.* 5/2013). Damit steht dieses Poliovirusisolat nicht im Zusammenhang mit dem derzeit in Somalia und Kenia zirkulierenden Stamm, der ursprünglich aus Nigeria eingeschleppt wurde und 2013 bereits zu 6 AFP (*acute flaccid paralysis*)-Fällen in diesen beiden Ländern am Horn von Afrika geführt hat.

Israel ist seit 1988 poliofrei. Zwischen 1991 und 2002 wurden wiederholt WPV in Umweltproben aus dieser Region nachgewiesen, ohne dass Poliofälle in diesem Gebiet aufgetreten wären. Die israelischen Gesundheitsbehörden führen weitere Untersuchungen und eine aktive Surveillance für mögliche AFP-Fälle sowie nicht immunisierte Personen durch. Ähnliche Aktivitäten werden von den Gesundheitsbehörden im benachbarten Gaza und dem Westjordanland umgesetzt. Dort waren ebenfalls seit 2002 alle Proben der Umwelt-Surveillance negativ für WPV.

Die Impfquote für die Polioimpfung lag in Israel 2011 bei 94%. Aufgrund der hohen Populationsimmunität und den bereits umgesetzten Maßnahmen schätzt die WHO das Risiko einer weiteren Ausbreitung des Poliovirus als niedrig bis moderat ein.

Bericht des NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch-Institut. **Ansprechpartnerinnen** sind Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: NeubauerK@rki.de) und Dr. Sabine Diedrich (DriedrichS@rki.de).

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

► 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 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