



Epidemiologisches Bulletin

16. Juni 2014 / Nr. 24

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Häufung von KPC-2 produzierenden Stämmen verschiedener *Enterobacteriaceae*-Spezies in Hessen

Aktuell beobachten wir in Hessen eine rasche Zunahme verschiedener KPC-2 produzierender *Enterobacteriaceae*-Isolate (KPC = *Klebsiella pneumoniae*-Carbapenemase). Während KPC-2 bisher überwiegend in *Klebsiella pneumoniae* beschrieben wurde, findet sich diese Carbapenemase in Hessen in 2014 auch vermehrt in anderen Bakterien-Spezies (z. B. *Citrobacter freundii*, *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter aerogenes*). Diese Zunahme erfordert aus unserer Sicht dringend, dass insbesondere Einrichtungen, die Patienten aus Südhessen behandeln, die Einhaltung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu multiresistenten gramnegativen Stäbchen sicherstellen und ein Patienten-Screening in Betracht ziehen. Beim Nachweis von einem KPC-2 produzierenden *Enterobacteriaceae* (wie auch allen Carbapenemase bildenden *Enterobacteriaceae*) während des Krankenhausaufenthaltes müssen alle Kontaktpatienten des gesamten Aufenthaltes zurückverfolgt und gescreent werden.

Klebsiella pneumoniae-Carbapenemasen wurden erstmals im Jahr 1996 in den USA identifiziert.¹ Nach Kenntnis ihres ersten Auftretens in New York verbreiteten sich diese Carbapenemase bildenden *Klebsiella pneumoniae* schnell in weiteren Krankenhäusern der Stadt und des Umlandes von New York. Es folgten Berichte über Nachweise aus Südamerika, China, Israel, Frankreich und Griechenland und in 2008 erstmalig auch aus Deutschland.² KPC bildende *Klebsiella pneumoniae* sind inzwischen in vielen Ländern der Welt endemisch, u. a. dem Nordosten der USA, Griechenland, Italien, Israel, Kolumbien und Puerto Rico.³

Im Oktober 2012 veröffentlichte die KRINKO Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen.⁴ In einer aktuellen Ergänzung regt die KRINKO an, neben den bisher zu screenenden Patienten (Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten von 4MRGN (MRGN = multiresistente gramnegative Erreger) in den letzten 12 Monaten oder zu Patienten, für die eine Besiedlung mit 4MRGN nachgewiesen wurde) auch Patienten auf eine Besiedlung zu screenen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz haben.⁵

In Hessen gibt es seit November 2011 eine Meldepflicht – nach § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) – für den Nachweis gramnegativer Erreger mit erworbener Carbapenem-Resistenz.⁶ In Zusammenhang mit stationären Aufenthalten ist der Erstnachweis eines 4MRGN-Erregers während des jeweiligen Krankenhausaufenthaltes zu melden, sodass zu einem Patienten Meldungen unterschiedlicher Erreger aus mehreren Krankenhausaufenthalten und aus dem ambulanten Bereich vorliegen können. In Tabelle 1 (s. S. 202) sind die Meldungen gramnegativer Erreger mit Nachweis einer *Klebsiella pneumoniae*-Carbapenemase seit Einführung der Meldepflicht zusammengefasst. Im Jahr 2014 erfolgte der Nachweis von 25 der seit Einführung der Meldepflicht 36 gemeldeten KPC produzierenden

Diese Woche 24/2014

Antibiotikaresistenz

Zunahme KPC-2 produzierender *Enterobacteriaceae* in Hessen

Nationale Referenzzentren/ Konsiliarlaboratorien

Neuberufung der Konsiliarlabore

- ▶ Hepatitis A und E
- ▶ *Tropheryma whippelii*

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

21. Woche 2014

ARE/Influenza

Zur Situation in der
20. bis 23. Woche 2014



Spezies	Nordosthessen			Mittelhessen			Rhein-Main			Süd Hessen		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
<i>Citrobacter freundii</i>												12
<i>Enterobacter aerogenes</i>												2
<i>Escherichia coli</i>											1	3
<i>Klebsiella oxytoca</i>										1		3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3							4	1		1	4
<i>Raoultella ornithinolytica</i>												1

Tab. 1: Meldungen KPC produzierender *Enterobacteriaceae*; n = 36 (n = 26 KPC-2, darunter n = 19 im Jahr 2014 gemeldet), nach Region und Jahr, Hessen, 2012–2014 (Stand: 5.6.2014)

Enterobacteriaceae (Stand 5. Juni 2014). Von den 25 im Jahr 2014 gemeldeten *Enterobacteriaceae* mit nachgewiesener KPC wurden 19 als KPC-2 identifiziert. Der beobachtete Anstieg der KPC-Meldungen betrifft mehrere Spezies, insbesondere *Citrobacter freundii*. Sechs gemeldete Patienten haben Nachweise von zwei bzw. drei KPC produzierenden *Enterobacteriaceae*-Spezies, in unterschiedlichen Spezies-Kombinationen. Siebzehn der 18 Nachweise aus Rektalabstrichen erfolgten im Jahr 2014. Der hohe Anteil von Nachweisen aus Rektalabstrichen in 2014 unterstreicht die Relevanz der Screeninguntersuchungen. In der jetzigen Situation ist die zeitnahe Beachtung der Meldepflicht in Hessen von besonderer Wichtigkeit. Dies beinhaltet auch ein Nachmelden gegebenenfalls später verfügbarer Typisierungsergebnisse.

Für *Citrobacter freundii* und *Klebsiella oxytoca* konnte bereits gezeigt werden, dass die Häufung teilweise klonal bedingt ist. Die ungewöhnlich breite Speziesverteilung könnte darauf hindeuten, dass das Gen für KPC-2 auf einem sehr mobilen Plasmid liegt, welches Speziesgrenzen leicht überschreiten kann. Die Stämme sind anhand ihrer Resistenz gegenüber Carbapenemen (Imipenem, Meropenem) gut zu erkennen, unterscheiden sich aber erwartungsgemäß in ihrem übrigen Antibiogramm. So werden durchaus auch Ciprofloxacin-sensible KPC-2 produzierende *Enterobacteriaceae* beobachtet.

Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Resistenz und/oder Carbapenemasen sind auch dann als 4MRGN zu klassifizieren, wenn sie Ciprofloxacin empfindlich sind; speziesspezifische Ausnahmen sind dabei zu beachten. Detailliertere Ausführungen zur MRGN-Klassifikation finden sich auch in FAQs (*Frequently asked questions*) auf der Seite des Nationalen Referenzentrums (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger (http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/FAQ_zu_MRGN-Klassifikation_20130123.pdf; <http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de> > Nationales Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger > häufig gestellte Fragen (FAQ) zur 3MRGN- bzw. 4MRGN-Klassifikation) und in den entsprechenden KRINKO-Empfehlungen.⁴ Eine kostenfreie Untersuchung auf Carbapenemasen ist bei Beachtung der Einsendekriterien durch das NRZ für gramnegative Krankenhauserreger möglich (<http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz>; <http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de> > Nationales Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger).

Eine erhöhte Wachsamkeit in Bezug auf Carbapenem-resistente *Enterobacteriaceae* ist unbedingt geboten, um eine Ausbreitung innerhalb Deutschlands zu vermeiden. Auch bei Auftreten einer Carbapenem-Resistenz in unterschiedlichen *Enterobacteriaceae*-Spezies in zeitlicher Nähe in derselben Einrichtung sollte ein Zusammenhang in Betracht gezogen werden, erst recht wenn das gleiche Resistenzgen vorliegt.⁷

Die hier beschriebene Häufung verdeutlicht, dass nosokomiale Ausbrüche, beispielsweise durch Mischkontamination von Ausbruchsvehikeln, aber auch durch Gentransfer zwischen Erregern, von verschiedenen Erregerspezies hervorgerufen werden können („Plasmidhospitalismus“).

Der Verdacht auf ein gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist nach § 6 Abs. 3 IfSG meldepflichtig. Sofern lediglich vermehrt Kolonisationen vorliegen, sollten Häufungen von Carbapenemasen nach § 7 Abs. 2 IfSG gemeldet werden, da deren örtliche und zeitliche Häufung auf eine Gefahr für die Allgemeinheit hinweisen kann. Eine frühe enge Zusammenarbeit zwischen betroffenen Einrichtungen und zuständigen Gesundheitsämtern ist anzustreben. Zudem sollten Isolate nach Möglichkeit zur weiteren Typisierung an ein entsprechendes Labor eingesandt werden.

Spezialdiagnostik und Beratung

Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger

Abteilung für Medizinische Mikrobiologie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum

Leitung: Prof. Dr. Sören G. Gatermann
Vertretung: Dr. Martin Kaase

Tel.: 0234.32-27467 (Prof. Gatermann)
0234.32-26938 (Dr. Kaase)

Fax: 0234.32-14197
E-Mail: soeren.gatermann@rub.de
martin.kaase@rub.de

Homepage: <http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/>

Leistungsangebote u.a.:

- ▶ **Beratung** zur Diagnostik und Bedeutung von Resistenzmechanismen bei gramnegativen Bakterien, insbesondere bei *Enterobacteriaceae*, *P. aeruginosa* und *A. baumannii*
- ▶ **Ausschluss von Carbapenemasen** (z. B. KPC, Metallobetalaktamasen, OXA-23/-24/-58) durch phänotypische und molekularbiologische Methoden

Literatur

1. Yigit H, Queenan AM, Anderson GJ, Domenech-Sanchez A, Biddle JW, Steward CD et al.: Novel carbapenem-hydrolyzing beta-lactamase, KPC-1, from a carbapenem-resistant strain of *Klebsiella pneumoniae*. *Antimicrob Agents Chemother* 2001 April;45(4):1151–61
2. RKI: *Klebsiella-pneumoniae*-Carbapenemase in Deutschland nachgewiesen! *Epid Bull* 2008; 22:173–4
3. European Centre for Disease Prevention and Control: Risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer. Stockholm: ECDC; 2011
4. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2012; 55, 1311–1354
5. RKI: KRINKO: Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation. *Epid Bull* 2014; 21:183–184
6. Hauri A M, Kaase M, Hunfeld K-P, Heinmüller P, Imirzalioglu C, Wichelhaus T A, Fitzenberger J, Wirtz A: Results on the mandatory notification of carbapenem-resistant Gram-negative bacteria, Hesse, Germany, January 2012–April 2013. *GMS Infect Dis* 2014;2:Doc04 doi: 10.3205/id000012
7. Dautzenberg MJ, Ossewaarde JM, de Kraker ME, van der Zee A, van Burgh S, de Greeff SC, Bijlmer HA, Grundmann H, Cohen Stuart JW, Fluit AC, Troelstra A, Bonten MJ: Successful control of a hospital-wide outbreak of OXA-48 producing Enterobacteriaceae in the Netherlands, 2009 to 2011. *Euro Surveill*. 2014;19(9):=20723. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20723>

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Martin Kaase (NRZ für gramnegative Krankenhauserreger) und Dr. Anja Hauri (Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen). Dr. Kaase (martin.kaase@rub.de) und Dr. Hauri (anja.hauri@hlpug.hessen.de) stehen als **Ansprechpartner** zur Verfügung.

Neuberufung von Konsiliarlaboren**Neuberufung des Konsiliarlabors für Hepatitis A und E**

Der langjährige Leiter des Konsiliarlabors für Hepatitis A und E, Professor Jilg vom Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Regensburg, ist in den Ruhestand getreten. Wir danken Herrn Professor Jilg für seine hervorragenden Leistungen und wünschen ihm für die Zukunft beste Gesundheit und weiterhin alles Gute.

Nach dem Auswahlverfahren wurde die Entscheidung getroffen, das Konsiliarlabor für Hepatitis A und E ab dem 1. Mai 2014 unter der Leitung von **Dr. Jürgen Wenzel** am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Regensburg weiterzuführen.

Kontaktdaten:

Dr. Jürgen Wenzel
 Universität Regensburg
 Institut für Klinische Mikrobiologie und Hygiene
 Franz-Josef-Strauß-Allee 11
 93053 Regensburg
 Telefon: 0941 944 6411
 Fax: 0941 944 6402
 E-Mail: juergen.wenzel@klinik.uni-regensburg.de
 Homepage: www.uniklinikum-regensburg.de

Neuberufung des Konsiliarlabors für *Tropheryma whipplei*

Der langjährige Leiter des Konsiliarlabors für *Tropheryma whipplei*, Professor Göbel von der Charité-Universitätsmedizin in Berlin, hat die Leitung des Konsiliarlabors aufgrund eines Institutswechsels niedergelegt. Wir danken Professor Göbel für seine hervorragenden Leistungen und wünschen ihm für die Zukunft beste Gesundheit und weiterhin alles Gute.

Nach dem Auswahlverfahren wurde die Entscheidung getroffen, **PD Dr. Annette Moter** zum 1. Mai 2014 als Leiterin des Konsiliarlabors für *Tropheryma whipplei* am Zentrum für Biofilme und Infektionen des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB) zu berufen.

Kontaktdaten:

PD Dr. Annette Moter
 Zentrum für Biofilme und Infektionen
 des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB)
 Postanschrift:
 Charité-Universitätsmedizin Berlin, CBF
 Hindenburgdamm 30
 12203 Berlin
 Telefon: 030 450 524226/ 524015
 Fax: 030 450 524 905
 E-Mail: annette.moter@charite.de

Angaben zum Leistungsangebot finden sich in der Liste aller Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlabore (www.rki.de > Infektionsschutz > Diagnostik: NRZ und Konsiliarlaboratorien; Shortlink: www.rki.de/nrz-kl).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

21. Woche 2014 (Datenstand: 11.6.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	109	1.955	1.579	1	35	41	2	63	65	40	372	371	0	18	16
Bayern	159	2.384	1.891	5	77	108	17	215	191	47	698	709	5	34	38
Berlin	57	870	803	4	35	21	3	153	150	4	247	184	2	34	27
Brandenburg	39	580	510	0	14	12	4	76	116	12	286	236	0	3	7
Bremen	10	140	101	0	0	4	0	2	3	0	19	38	0	3	1
Hamburg	38	643	490	2	13	17	3	87	39	4	90	144	0	16	11
Hessen	93	1.363	1.008	0	15	13	2	35	33	23	280	366	0	11	14
Mecklenburg-Vorpommern	44	482	426	0	40	9	12	237	99	15	174	177	0	2	0
Niedersachsen	122	1.666	1.120	2	51	61	7	173	184	14	452	775	0	3	8
Nordrhein-Westfalen	300	5.949	4.520	4	112	106	9	275	333	50	986	1.416	1	17	19
Rheinland-Pfalz	65	1.119	930	1	36	36	3	77	84	12	248	281	0	7	32
Saarland	26	350	339	0	1	4	1	7	10	0	47	56	0	1	0
Sachsen	79	1.399	1.190	2	74	57	11	282	254	17	499	417	0	7	9
Sachsen-Anhalt	36	517	450	1	24	16	9	230	218	7	395	575	0	4	3
Schleswig-Holstein	35	707	570	0	10	14	4	30	23	5	146	212	0	1	5
Thüringen	38	571	482	3	15	12	9	102	122	6	390	364	0	7	4
Deutschland	1.250	20.696	16.410	25	552	531	96	2.044	1.924	256	5.330	6.322	8	168	194

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	2	46	63	56	4.157	4.089	70	1.490	1.837	9	199	193	0	16	10
Bayern	7	110	106	105	4.421	5.410	109	2.948	3.927	18	298	334	1	39	27
Berlin	1	30	34	17	1.833	1.409	30	1.061	1.667	10	160	171	1	44	25
Brandenburg	1	46	31	24	2.097	1.913	59	1.282	3.153	2	33	41	2	23	23
Bremen	0	2	7	3	426	274	4	125	222	0	8	8	0	3	1
Hamburg	0	17	22	22	1.104	1.524	12	595	1.520	2	44	61	0	13	5
Hessen	6	53	48	51	2.453	3.710	57	1.298	1.189	4	110	103	2	24	12
Mecklenburg-Vorpommern	1	17	15	28	1.842	2.775	63	934	1.213	3	48	46	0	19	21
Niedersachsen	4	86	79	52	3.863	5.035	70	1.447	3.541	2	77	81	1	26	23
Nordrhein-Westfalen	13	159	155	99	7.942	12.158	124	4.037	7.829	32	311	302	7	90	59
Rheinland-Pfalz	2	69	47	37	2.329	2.928	41	861	1.491	0	50	60	0	16	11
Saarland	0	8	3	8	432	966	15	429	269	0	18	9	0	6	3
Sachsen	1	102	134	72	4.522	4.950	84	2.000	3.990	9	94	115	1	45	55
Sachsen-Anhalt	4	72	55	39	2.595	2.640	84	1.492	1.524	2	40	40	2	20	28
Schleswig-Holstein	0	31	37	21	1.543	1.454	16	504	1.082	0	30	24	0	4	4
Thüringen	4	93	90	38	2.280	2.317	67	1.482	2.651	6	64	30	0	13	7
Deutschland	46	941	926	672	43.853	53.556	905	21.991	37.106	99	1.584	1.618	17	401	314

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, Mumps, Windpocken, 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 (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. 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

21. Woche 2014 (Datenstand: 11.6.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	1	23	27	1	23	30	19	363	357	1	18	17	4	183	239
Bayern	1	40	30	4	49	46	23	441	397	2	18	23	16	270	233
Berlin	0	11	17	2	33	25	12	240	203	0	11	17	9	150	150
Brandenburg	0	7	13	0	8	6	1	26	24	0	1	3	3	41	42
Bremen	0	3	16	0	5	6	2	10	10	0	2	2	1	23	15
Hamburg	1	5	9	1	22	13	2	51	60	0	1	4	2	51	76
Hessen	0	17	18	1	31	33	14	245	175	0	6	8	14	189	170
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	16	0	3	7	2	15	16	0	4	2	0	21	29
Niedersachsen	1	23	24	0	15	12	4	85	121	0	10	19	7	149	111
Nordrhein-Westfalen	2	52	54	5	57	61	21	343	285	0	26	36	13	392	413
Rheinland-Pfalz	1	11	26	0	10	22	7	109	90	2	12	11	2	63	56
Saarland	1	5	4	0	5	3	1	43	22	0	1	5	1	28	15
Sachsen	0	6	10	1	10	17	11	154	120	0	3	7	1	50	54
Sachsen-Anhalt	1	12	9	0	7	10	2	36	56	0	2	1	0	42	47
Schleswig-Holstein	0	6	6	0	8	5	3	58	48	0	9	13	2	26	35
Thüringen	1	12	7	0	1	8	2	55	23	0	3	6	5	37	24
Deutschland	11	238	286	15	287	304	126	2.274	2.007	5	127	174	81	1.725	1.710

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014		2013	2014		2014		2014		2014		
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	21.	1.–21.	21.	1.–21.	21.	1.–21.	
Baden-Württemberg	1	4	8	3	29	0	0	20	708	66	1.760	
Bayern	4	74	242	0	68	0	7	50	1.306	92	1.931	
Berlin	1	11	230	0	28	0	0	6	292	25	630	
Brandenburg	0	2	36	0	4	0	1	15	282	29	349	
Bremen	0	4	1	0	1	0	0	0	3	4	256	
Hamburg	0	9	8	0	7	0	1	3	57	5	150	
Hessen	0	14	5	2	28	0	0	14	295	31	603	
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	1	4	0	0	3	78	3	83	
Niedersachsen	0	3	9	3	21	0	1	15	382	45	727	
Nordrhein-Westfalen	1	7	19	2	140	0	1	31	755	100	2.503	
Rheinland-Pfalz	0	1	3	1	20	0	1	7	257	14	352	
Saarland	1	1	0	0	2	0	1	1	41	2	54	
Sachsen	0	1	19	0	14	0	1	19	269	53	1.162	
Sachsen-Anhalt	0	4	2	0	2	0	0	10	193	15	214	
Schleswig-Holstein	2	18	4	0	9	0	0	12	88	10	182	
Thüringen	0	0	0	0	4	0	2	10	308	2	174	
Deutschland	10	153	587	12	381	0	16	216	5.315	496	11.133	

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.

+ 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). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

21. Woche 2014 (Datenstand: 11.6.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	21. Woche	1.–21. Woche	1.–21. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	26	569	1.094	1.985
Brucellose	2	12	6	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	28	46	110
Dengue-Fieber	10	212	383	879
FSME	3	23	29	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	19	18	77
Hantavirus-Erkrankung	7	94	55	161
Hepatitis D	0	7	10	33
Hepatitis E	0	215	160	458
Influenza	29	6.805	69.924	70.218
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	13	216	187	416
Legionellose	12	209	231	923
Leptospirose	1	18	21	81
Listeriose	10	206	143	468
Ornithose	0	7	6	10
Paratyphus	0	9	25	56
Q-Fieber	3	111	47	115
Trichinellose	0	1	1	14
Tularämie	0	3	6	20
Typhus abdominalis	1	20	41	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**Bayern, 50 Jahre, männlich, Infektionsland Haiti
(17. Chikungunya-Fall 2014)**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 20. – 23. Kalenderwoche (KW) 2014**

Die Werte des Praxisindex und der Konsultationsinzidenz sind von der 20. bis zur 23. KW 2014 insgesamt stabil geblieben. Die Aktivität der ARE lag bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance durch das Europäische Influenza-Surveillance-Netzwerk (EISN)Von den 25 Ländern, die für die 20. KW 2014 Daten an EISN sandten, berichteten alle Länder über eine geringe, klinische Influenza-Aktivität. Weitere Informationen unter: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-surveillance-overview-23-may-2014.pdf>.**Humane Erkrankungen mit aviärer Influenza-A-Infektion in China**Von der WHO wurde am 10.06.2014 über 4 weitere humane Fälle von Influenza A(H7N9) in China berichtet, bei 3 Fällen ist kein Kontakt zu Geflügel vor Symptombeginn bekannt. Weitere Informationen unter: http://www.who.int/csr/don/2014_06_10_h7n9/en/.Bis zum 04.06.2014 meldeten die chinesischen Gesundheitsbehörden > 400 Erkrankungen, darunter >150 Todesfälle. Die **WHO-Risikoeinschätzung** bleibt unverändert: Zwar konnte der Import von mit Influenza A(H7N9) infiziertem Geflügel aus der Volksrepublik China nach Hongkong gezeigt werden, es gibt aber keine Hinweise für eine Verbreitung von Influenza A(H7N9) im internationalen Handel. Durch das gehäufte Auftreten von humanen Erkrankungen mit aviären Influenza A(H7N9)-Viren in 2014 wird die deutlich intensivierte Surveillance aviärer Influenza in China und den benachbarten Ländern sowohl im veterinär- als auch im humanmedizinischen Bereich fortgeführt. Es wird deshalb auch mit dem Nachweis weiterer sporadischer humaner Fälle (möglicherweise auch mit anderen aviären Influenzavirus-Subtypen) in den kommenden Monaten gerechnet. Weitere Informationen unter: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/Influenza_Summary_IRA_HA_interface_24March14.pdf?ua=1.Für Bürger in Deutschland (bzw. Europa) besteht zurzeit am ehesten ein Risiko, sich zu infizieren, wenn sie sich in China aufhalten und dort z. B. Geflügelmärkte besuchen. Die Hinweise des Auswärtigen Amtes zu Reisen in Länder mit aviärer Influenza sollten beachtet werden. Das RKI stellt Falldefinitionen, Empfehlungen zum Umgang mit Verdachtsfällen und Hintergrundinformationen auf seinen Internetseiten der Fachöffentlichkeit zur Verfügung: <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Aviareinfluenza/Aviareinfluenza.html>.**Quelle:** Influenza-Monatsbericht der AG Influenza des RKI für die 20. bis 23. Woche 2014**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 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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- 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