



# Epidemiologisches Bulletin

8. Juni 2017 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Änderungen bei den Definitionen für nosokomiale Infektionen im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

### Hintergrund

Aus dem § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) leitet sich die gesetzliche Verpflichtung ab, eine lokale Surveillance von nosokomialen Infektionen in medizinischen Einrichtungen in Deutschland durchzuführen. Eines der wichtigsten Elemente hierbei ist die Bewertung der Daten, um im Anschluss sachgerechte Schlussfolgerungen in Bezug auf erforderliche Präventionsbestrebungen ziehen zu können.

### Voraussetzungen für die Bewertung von Surveillance-Daten

Die Bewertung von Surveillance-Daten setzt Vergleichsdaten für die Bewertung voraus. Idealerweise stammen solche Vergleichsdaten aus einer großen Anzahl von Einrichtungen. In Deutschland liefert das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) diese Vergleichsdaten für nosokomiale Infektionen. Voraussetzung dafür, dass die Daten verschiedener Einrichtungen miteinander verglichen werden können, ist die Anwendung der gleichen Methode bei der Ermittlung der Daten. Die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen ist jedoch per se nicht maschinell messbar. Auch existieren keine Laborwerte oder andere Parameter, die für sich genommen das Vorhandensein einer nosokomialen Infektion sicher belegen bzw. deren Fehlen eine nosokomiale Infektion ausschließt. Die Diagnose einer nosokomialen Infektion bei einem Patienten erfordert die Bewertung und Interpretation von vorliegenden Befunden und Symptomen durch einen Menschen.

### KISS Definitionen für nosokomiale Infektionen

Um sicherstellen zu können, dass verschiedene Personen in unterschiedlichen Einrichtungen nosokomiale Infektionen in gleicher Art erfassen, bedarf es fester Falldefinitionen. Für die Surveillance im KISS stellt das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen diese Definitionen zur Verfügung. Die im KISS verwendeten Definitionen basieren dabei auf den Definitionen aus dem nationalen Surveillance-System der *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) in den USA. In den letzten Jahren wurden die Surveillance-Definitionen in den USA mehrfach und teils in kurzen Abständen geändert. Hintergrund für die zahlreichen Definitionsanpassungen vom *National Healthcare Safety Network* (NHSN) sind die neuen Erfordernisse einer verpflichtenden Surveillance mit Veröffentlichungspflicht der Ergebnisse und zum Teil auch der Nutzung der Daten zu *Pay-for-Performance*-Zwecken (qualitätsorientierte Vergütung) in den USA. Um bei der KISS-Surveillance auch weiterhin Definitionen zu verwenden, die auf den Festlegungen des NHSN (ehemals als CDC-Definitionen bezeichnet) beruhen und internationale Vergleiche ermöglichen, war es notwendig, die in den USA vom NHSN vollzogenen Änderungen auch für KISS zu prüfen. Wegen der im KISS jedoch weiterhin unverändert bestehenden Zielsetzung der Surveillance (interne Qualitätssicherung) ist es nicht sinnvoll, jede Veränderung des NHSN zu übernehmen (z. B. Einführung einer Definition für Ereignisse bei beatmeten Patienten; *Ventilator-associated Events* –

Diese Woche 23/2017

Änderungen bei den Definitionen für nosokomiale Infektionen im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten  
20. Woche 2017



VAE). Andere Änderungen des NHSN, wie beispielsweise die Reduzierung der maximalen Zeitgrenze zur Klassifikation von Wundinfektionen nach einer Operation (OP), wurden übernommen, da dies auch den Vorgaben des *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) entspricht. Da die in Deutschland vom KISS genutzten Definitionen umbenannt werden mussten (es gibt keine aktuellen CDC-Definitionen mehr) und auch um deutlich zu machen, dass es sich nicht nur um eine reine Übersetzung der NHSN-Definitionen handelt, haben wir uns entschlossen, die Bezeichnung „KISS-Definitionen“ zu verwenden. Die gedruckten und als Heft zur Verfügung gestellten alten „CDC-Definitionen“ wurden daher zum 1. Januar 2017 von den neuen überarbeiteten KISS-Definitionen abgelöst. Mit Inkrafttreten der neuen KISS-Definitionen traten einige wichtige Änderungen in Kraft, über die wir im Folgenden informieren möchten.

### Wichtige allgemeine Neuerungen in den Definitionen für nosokomiale Infektionen

#### Klassifikation einer Infektion als nosokomiale Infektion

Mit den neuen Definitionen wurde für die Unterscheidung zwischen mitgebrachten Infektionen und nosokomialen Infektionen eine feste Zeitgrenze, die sich an Aufenthaltstagen bemisst, eingeführt.

#### Definition für „nosokomial“ (gilt für alle Infektionsarten außer postoperative Wundinfektionen)

Eine Infektion wird als nosokomiale Infektion klassifiziert, wenn das Infektionsdatum (= Tag mit dem ersten Symptom) frühestens Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes ist. Bei Infektionen mit einem Infektionsdatum vor Aufnahme, an Tag 1 (= Aufnahmetag) oder Tag 2 des Krankenhausaufenthaltes handelt es sich demnach um mitgebrachte Infektionen.

Diese Definition findet jetzt auch für Aspirationspneumonien Anwendung.

#### Definition für „nosokomial“ bei postoperativen Wundinfektionen

Eine nosokomiale postoperative Wundinfektion ist eine Infektion, die innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach einer Operation im Operationsgebiet auftritt und die Kriterien für eine oberflächliche (A1), eine tiefe (A2) oder eine Infektion an operierten Organen oder Körperhöhlen (A3) erfüllt, unabhängig davon, ob der Patient zum Infektionsdatum noch im Krankenhaus oder bereits entlassen ist.

#### Zeitliches Limit für postoperative Wundinfektionen auf 30 bzw. 90 Tage nach OP geändert

Die maximale Dauer, innerhalb derer eine tiefe Infektion (KISS-Infektionscode A2) oder eine Organ-/Körperhöhleninfektion (KISS-Infektionscode A3) im Operationsgebiet als postoperative Wundinfektion definiert werden kann, wird von 1 Jahr auf 90 Tage verkürzt.

In den alten CDC-Definitionen war eine tiefe Infektion oder eine Organ-/Körperhöhleninfektion im OP-Gebiet auch

noch bis zu einem Jahr nach dem OP-Datum als postoperative Wundinfektion klassifiziert worden, sofern während der Operation Fremdmaterial eingebracht worden war.

In den neuen Definitionen wurde diese maximale Zuordnungsdauer einer Infektion zur vorangegangenen Operation geändert. Es wird jetzt eine feste Zuordnung von Indikatoroperationsart zu einer bestimmten Zeitgrenze etabliert (z. B. Cholezystektomien = 30 Tage oder Implantation einer Hüftendoprothese = 90 Tage), um eine Infektion als postoperativ zu klassifizieren, unabhängig davon, ob ein Implantat eingebracht wurde oder nicht. Die jeweilige Zeitgrenze für eine Indikatoroperationsart wird in den Anlagen zu den Indikatoroperationen angegeben und im OP-KISS Protokoll aufgeführt (abrufbar unter [www.nrz-hygiene.de](http://www.nrz-hygiene.de)). Die maximale Zuordnungsdauer einer Infektion zur vorangegangenen Operation für oberflächliche Wundinfektionen (KISS-Infektionscode A1) bleibt unverändert bei 30 Tagen.

#### Infektionsdatum

Das Infektionsdatum ist der Tag mit dem ersten (spezifischen oder unspezifischen) Symptom.

Sofern das erste Symptom ein unspezifisches Symptom (z. B. Fieber) ist und gleichzeitig andere mögliche Ursachen für dieses unspezifische Symptom vorliegen, ist das Infektionsdatum der Tag mit dem ersten spezifischen Zeichen/Symptom für die Infektion.

Spezifische Symptome in diesem Sinne sind:

- ▶ Ergebnisse aus einer Laborprobe zur Diagnostik eines Erregers (z. B. Urinkultur, Blutkultur, mikrobiologische Untersuchung von Trachealsekret)
- ▶ Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren (z. B. Röntgen-Thorax, CT, MRT, Ultraschall)
- ▶ Prozedur- oder Untersuchungsergebnisse
- ▶ Diagnose des Arztes
- ▶ Beginn einer Antibiotika-Therapie

#### „Sperfrist“ für neue Infektion der gleichen Art

Beginnend mit dem Infektionsdatum (bei mitgebrachter oder nosokomialer Infektion) kann innerhalb der nächsten 14 Tage keine Infektion der gleichen Art die Kriterien für eine nosokomiale Infektion erfüllen.

#### Fieber gilt als „Joker-Symptom“

In den bisherigen CDC-Definitionen durfte Fieber zur Erfüllung einer spezifischen Infektionsdefinition nur dann als Symptom gewertet werden, wenn keine anderen möglichen Ursachen für das Fieber vorlagen. In den neuen Definitionen darf Fieber nun auch bei Vorliegen anderer möglicher Ursachen als Symptom für eine nosokomiale Infektion gewertet werden. Fieber kann somit auch gleichzeitig als Symptom zur Erfüllung der Definitionen für mehrere Infektionen verwendet werden z. B. für:

- ▶ symptomatische Harnwegsinfektion
- ▶ primäre Sepsis mit Hautkeimen

- ▶ Pneumonie
- ▶ Wundinfektion

### **B3 als neue Sepsisart**

Es wird eine neue zusätzliche Sepsisdefinition, die „Mukosa-Barrierestörung-assoziierte Sepsis“ (KISS-Infektionscode B3) für bestimmte Patienten mit Immundefizienz/-suppression eingeführt.

### **Nicht-kulturelle Verfahren werden für den Erregernachweis akzeptiert**

Erregernachweise können mikrobiologische Befunde aus kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren (z. B. PCR, ELISA), bei denen der Befund zu einer Erregeridentifikation führt, oder mikroskopische Nachweismethoden sein.

### **Erregernachweise aus Screening-Untersuchungen werden nicht akzeptiert**

Laborbefunde müssen aus Material stammen, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde. Ergebnisse aus Untersuchungen, welche im Rahmen eines routinemäßigen Screenings entnommen wurden (z. B. Nasenabstrich auf MRSA, Rektalabstrich auf VRE), können nicht zur Erfüllung einer Definition für nosokomiale Infektionen genutzt werden.

### **Harnwegsinfektionen nur mit bakteriellen Erregern**

Der Nachweis von  $\geq 10^5$  KBE/ml Erregern im Urin ist eine zwingende Voraussetzung für die Diagnose einer nosokomialen Harnwegsinfektion. Zur Erfüllung dieses Kriteriums in den Definitionen werden nur bakterielle Erreger akzeptiert.

### **Erhöhte Anforderungen an die Definition von Infektionen der unteren Atemwege mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS), Enterokokken und Sprosspilzen als nachgewiesene Erreger**

Koagulase negative Staphylokokken (KNS) und Enterokokken (einschließlich VRE) werden als Erreger von Infektionen der unteren Atemwege nur akzeptiert, wenn diese Erreger in Pleuraflüssigkeit oder Lungengewebe nachgewiesen wurden.

Sprosspilze (z. B. *Candida* spp.) werden als Erreger von Infektionen der unteren Atemwege nur akzeptiert, wenn sie entweder in Pleuraflüssigkeit oder Lungengewebe nachgewiesen wurden, oder wenn bei Patienten mit Immundefizienz/-suppression dieser Erreger gleichzeitig (innerhalb von sieben Tagen) in Atemwegsekreten und im Blut nachgewiesen wurde und auch die übrigen Kriterien für die Definition einer Pneumonie mit speziellen Erregern bei Patienten mit Immundefizienz/-suppression (KISS-Infektionscode C1d) zutreffen.

### **Weitere spezifische Änderungen**

Neben diesen zuvor aufgeführten relevanten Änderungen wurden z. T. auch kleinere Änderungen bei den Definitionen für die speziellen Infektionsarten vorgenommen.

### **Zusammenfassung**

Die im nationalen KISS verwendeten Definitionen für die Surveillance von nosokomialen Infektionen basieren auf den Festlegungen der CDC/NHSN in den USA. Umfangreiche Modifikationen der CDC/NHSN-Definitionen machten eine Neuauflage mit partieller Übernahme der Änderungen auch in Deutschland notwendig. Die deutsche Neuauflage der CDC-Definitionen wurde in KISS-Definitionen umbenannt.

Die wichtigsten inhaltlichen Änderungen sind:

- ▶ die Einführung einer festen Zeitgrenze zur Unterscheidung von mitgebrachten zu nosokomialen Infektionen
- ▶ die geänderte zeitliche Zuordnung einer Infektion im Operationsgebiet für die Klassifikation als postoperative Wundinfektion
- ▶ die Einführung einer „Sperrfrist“ für weitere Infektionen der gleichen Infektionsart
- ▶ die Möglichkeit, auch bei Vorliegen anderer Ursachen Fieber als Kriterium zu werten
- ▶ der Ausschluss von nicht-bakteriellen Erregern als Erreger von Harnwegsinfektionen
- ▶ die erhöhten Anforderungen, um KNS, Enterokokken oder Sprosspilze als Erreger von Infektionen der unteren Atemwege akzeptieren zu können
- ▶ die Einführung einer neuen zusätzlichen Sepsisdefinition für bestimmte Patienten mit Immundefizienz/-suppression

Bezugsquellen der KISS-Definitionen:

Online-abrufbar unter:

- ▶ [www.rki.de/kiss-definitionen](http://www.rki.de/kiss-definitionen)
- ▶ [www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/kiss-definitionen/](http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/kiss-definitionen/)

Bezug des Hefts gegen Einsendung eines rückadressierten und mit 1,45 € frankierten Umschlags an:

- ▶ Robert Koch-Institut, Kennwort KISS-Definitionen, Postfach 65 02 61, 13302 Berlin
- ▶ KISS-Teilnehmer erhalten die Hefte kostenfrei. Hierzu bitte eine E-Mail mit dem KISS-Krankenhauskürzel, der Rücksendeadresse und der gewünschten Anzahl an Heften (max. 10 Stück pro Krankenhaus) an [nrz@charite.de](mailto:nrz@charite.de) senden

■ Prof. Christine Geffers  
Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen | Institut für Hygiene und Umweltmedizin | Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Korrespondenz: [Christine.Geffers@charite.de](mailto:Christine.Geffers@charite.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:  
Geffers C: Änderungen bei den Definitionen für nosokomiale Infektionen im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)  
Epid Bull 2017;23:207–209 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-031

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

20. Woche 2017 (Datenstand: 7. Juni 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	106	1.660	1.770	3	56	41	24	262	365	0	7	13
Bayern	143	2.190	2.460	5	97	68	22	497	452	0	24	25
Berlin	28	668	987	1	44	34	5	123	143	0	11	29
Brandenburg	16	416	608	1	15	19	8	111	148	0	3	1
Bremen	10	130	115	0	5	1	2	22	15	0	2	2
Hamburg	24	452	556	2	20	9	8	103	105	3	18	8
Hessen	73	1.164	1.379	1	15	17	8	197	272	0	10	22
Mecklenburg-Vorpommern	42	426	459	1	20	16	9	128	110	0	0	1
Niedersachsen	79	1.308	1.717	1	75	63	25	373	331	0	1	8
Nordrhein-Westfalen	308	5.732	6.963	7	104	104	44	788	891	1	16	21
Rheinland-Pfalz	56	1.084	1.139	2	45	37	18	186	240	0	8	14
Saarland	15	348	356	0	1	3	2	33	32	0	0	2
Sachsen	79	1.306	1.564	2	58	30	20	277	324	0	9	6
Sachsen-Anhalt	27	411	552	2	33	27	8	166	187	1	3	3
Schleswig-Holstein	27	581	611	2	30	18	6	132	114	0	1	1
Thüringen	30	563	643	1	26	9	3	170	240	0	3	2
<b>Deutschland</b>	<b>1.063</b>	<b>18.444</b>	<b>21.884</b>	<b>31</b>	<b>644</b>	<b>496</b>	<b>212</b>	<b>3.568</b>	<b>3.970</b>	<b>5</b>	<b>116</b>	<b>158</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	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	0	37	41	50	3.940	2.005	100	1.708	548	7	136	160	1	13	17
Bayern	9	130	119	50	5.061	3.602	167	3.422	1.500	17	224	235	4	38	30
Berlin	0	29	43	37	1.766	1.545	106	1.343	1.021	13	141	147	2	46	42
Brandenburg	3	35	47	40	1.264	1.840	97	1.618	1.312	8	47	46	2	20	17
Bremen	1	8	4	5	106	206	8	176	102	0	11	12	0	1	0
Hamburg	1	15	18	15	766	750	42	1.042	584	2	50	45	2	19	35
Hessen	2	48	75	18	2.036	1.407	112	1.500	798	4	74	87	3	33	36
Mecklenburg-Vorpommern	0	18	23	33	1.512	1.407	178	1.447	1.325	3	39	33	5	37	56
Niedersachsen	11	82	106	28	2.670	2.860	134	2.070	824	5	73	55	1	30	41
Nordrhein-Westfalen	13	173	239	138	10.430	6.228	336	3.908	1.996	14	208	244	6	61	83
Rheinland-Pfalz	3	35	69	35	3.252	1.554	87	844	465	2	51	41	0	6	12
Saarland	0	2	6	20	972	430	8	295	101	0	8	17	1	2	8
Sachsen	5	128	148	61	3.529	3.588	268	3.352	1.973	8	105	97	4	30	52
Sachsen-Anhalt	5	64	55	70	2.092	1.923	146	1.540	791	5	48	43	5	31	35
Schleswig-Holstein	0	21	22	19	984	853	51	836	501	1	30	27	1	10	27
Thüringen	12	84	89	51	2.008	2.088	215	1.789	945	2	22	35	1	8	11
<b>Deutschland</b>	<b>65</b>	<b>909</b>	<b>1.104</b>	<b>670</b>	<b>42.396</b>	<b>32.291</b>	<b>2.055</b>	<b>26.899</b>	<b>14.786</b>	<b>91</b>	<b>1.267</b>	<b>1.324</b>	<b>38</b>	<b>385</b>	<b>502</b>

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 und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **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.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

20. Woche 2017 (Datenstand: 7. Juni 2017)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	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	2	27	41	11	182	117	19	244	223	1	17	28	9	298	305
Bayern	1	45	51	18	351	346	16	366	347	2	24	21	15	296	435
Berlin	2	91	28	4	51	39	6	82	132	0	4	21	0	1	155
Brandenburg	0	9	11	1	31	20	2	16	19	0	5	5	2	47	74
Bremen	0	2	1	0	1	4	0	0	2	0	2	3	0	21	27
Hamburg	2	17	12	3	21	79	1	39	48	0	0	2	6	84	85
Hessen	2	45	23	7	123	130	7	136	147	0	11	12	13	189	246
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	7	0	15	15	1	14	14	0	2	3	1	40	24
Niedersachsen	0	29	35	2	32	54	7	116	120	0	11	14	8	121	161
Nordrhein-Westfalen	7	89	77	9	134	127	23	323	329	0	17	31	30	461	532
Rheinland-Pfalz	0	13	15	8	59	20	2	79	103	0	12	13	6	113	131
Saarland	1	7	6	1	10	6	1	11	15	0	2	2	0	18	12
Sachsen	1	15	7	7	144	147	2	67	106	0	6	6	8	84	80
Sachsen-Anhalt	0	11	12	2	18	26	2	23	38	1	3	4	5	58	55
Schleswig-Holstein	0	11	17	6	45	18	6	98	75	0	7	4	2	58	57
Thüringen	0	3	8	0	3	3	2	21	22	1	3	3	1	49	39
<b>Deutschland</b>	<b>18</b>	<b>417</b>	<b>351</b>	<b>79</b>	<b>1.221</b>	<b>1.151</b>	<b>97</b>	<b>1.635</b>	<b>1.741</b>	<b>5</b>	<b>126</b>	<b>172</b>	<b>106</b>	<b>1.938</b>	<b>2.423</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	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	1	39	4	0	24	34	0	0	1	30	607	381	60	1.616	1.982
Bayern	3	33	10	1	75	42	0	0	1	61	1.419	1.001	113	2.872	2.822
Berlin	0	40	39	1	16	21	0	0	3	12	296	375	24	726	1.138
Brandenburg	0	1	5	0	6	2	0	0	0	17	325	249	7	284	389
Bremen	0	1	0	0	2	2	0	0	0	2	47	35	5	264	178
Hamburg	0	6	1	0	8	8	0	0	4	10	258	97	10	189	275
Hessen	0	70	2	2	48	20	0	0	0	14	419	318	18	538	673
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	1	6	3	0	0	0	12	269	68	7	86	93
Niedersachsen	0	4	1	0	29	16	0	1	1	15	356	318	30	656	635
Nordrhein-Westfalen	23	409	9	3	73	73	0	3	4	72	1.261	831	110	2.056	2.494
Rheinland-Pfalz	0	12	8	1	15	11	0	1	0	16	326	186	15	316	439
Saarland	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	49	18	3	35	55
Sachsen	1	68	0	2	7	5	0	1	1	25	325	188	44	747	1.025
Sachsen-Anhalt	0	3	0	0	6	9	0	0	0	8	184	137	5	195	215
Schleswig-Holstein	0	5	3	1	11	14	0	0	1	6	169	64	21	372	282
Thüringen	0	5	0	0	3	3	0	5	0	16	345	350	12	211	117
<b>Deutschland</b>	<b>28</b>	<b>698</b>	<b>82</b>	<b>12</b>	<b>331</b>	<b>263</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>317</b>	<b>6.656</b>	<b>4.616</b>	<b>484</b>	<b>11.165</b>	<b>12.813</b>

<sup>+</sup> Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

<sup>++</sup> 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).

**Allgemeiner Hinweis:** Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle aus folgenden Landkreisen (LK) seit der 1. Meldewoche 2017 nicht ausgewiesen: LK Oldenburg, LK Oder-Spree, LK Prignitz und LK Teltow-Fläming sowie übermittelte Fälle aus dem Berliner Bezirk Treptow-Köpenick und dem Zentrum für Tuberkulosekranke- und gefährdete Menschen in Berlin.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

20. Woche 2017 (Datenstand: 7. Juni 201)

Krankheit	2017	2017	2016	2016
	20. Woche	1.–20. Woche	1.–20. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	14	218	221	726
Brucellose	0	13	12	36
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	12	24	74
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	33	37	99
Denguefieber	5	193	491	955
FSME	5	28	30	348
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	34	19	69
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	15	371	279	623
Hantavirus-Erkrankung	90	607	57	282
Hepatitis D	0	0	12	33
Hepatitis E	52	910	617	1.992
Influenza	71	90.927	61.003	65.393
Legionellose	12	273	272	993
Leptospirose	4	29	23	93
Listeriose	11	242	231	707
Ornithose	1	6	4	9
Paratyphus	1	15	9	36
Q-Fieber	5	33	157	274
Trichinellose	0	0	3	4
Tularämie	0	8	13	41
Typhus abdominalis	0	29	23	60

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**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)

► Redaktionsassistentz: 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](http://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 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273