



Epidemiologisches Bulletin

22. Juni 2017 / Nr. 25

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Fallbericht

Ein möglicher Fallstrick in der akuten Differenzialdiagnose einer bakteriellen Meningitis

Aktuelle Kommentare in Leitlinien zeigen, dass es bei akuten bakteriellen Meningitis-Erkrankungen nicht in jedem Fall gelingt aus einer Liquorprobe einen mikroskopischen oder kulturellen Erregernachweis zu erzielen.^{1,2} Dies gilt insbesondere, aber nicht ausschließlich,² für Fälle mit antibiotischer Vorbehandlung.³ Im vorgestellten Fall erwies sich nicht der mangelnde Erregernachweis als das grundsätzliche Problem, sondern unterschiedliche labordiagnostische Befunde. Aufgrund einer durch das Gesundheitsamt gezielt veranlassten Reevaluation des mikroskopischen Präparates, konnte der korrekte Befund ermittelt werden, welcher sich später auch kulturell bestätigen ließ. Zudem wird die Arbeit des Gesundheitsamtes aufgezeigt, die notwendig war, um beiden differentialdiagnostisch im Raum stehenden invasiven bakteriellen Erkrankungen gerecht zu werden.

Fallbeschreibung

Ein 47-jähriger Mann wurde mit Brechdurchfall, schlechtem Allgemeinzustand, Fieber bis 40°C und zunehmender Somnolenz vom Hausarzt in eine Klinik der Grundversorgung am 8. Februar 2017 eingewiesen. Bei septischem Erscheinungsbild mit erhöhten Infektionsparametern: CRP 33 mg/l (Normalbereich (NB) < 0,5 mg/l), Leukozytose 31.000/µl (NB 3.600–10.500/µl) und IL6 2.200 pg/ml (NB < 15 pg/ml) sowie angedeutetem Meningismus wurde eine sofortige Liquorpunktion durchgeführt und Liquorproben an zwei unterschiedliche Untersuchungsstellen, zur Mikroskopie zur umgehenden Schnelldiagnose im Klinikareal, und für die kulturelle Anzucht an ein Zentral(fremd)labor, versendet. Der Patient wurde bei klinischer Verdachtsdiagnose einer bakteriellen Meningitis und einem entsprechenden Liquorbefund (Eiweiß 500 mg/dl (NB 15–45 mg/dl), Blutzucker < 10 mg/dl (NB 50–90 mg/dl), Laktat 21 mmol/l (NB 1,1–2,4 mmol/l) und 73 % neutrophile Granulozyten (NB bis 5%) stationär aufgenommen und in einem Einzelzimmer untergebracht. Eine kalkulierte Antibiotikatherapie wurde mit Ceftriaxon und Ampicillin begonnen.

Durch folgende voneinander abweichende Laborbefunde wurden die differenzialdiagnostischen Überlegungen intensiviert:

Das mikroskopisch tätige niedergelassene Labor im Klinikareal stellte im Liquor in der Gram-Färbung „**Gram-negative Diplokokken**, teils intrazellulär, V. a. Meningokokken-Meningitis“ fest, das mikrobiologische Zentrallabor (Liquor nativ und Blutkulturen) hielt „massenhaft **Gram-positive Kettenkokken**, morphologisch Pneumokokken, V. a. Pneumokokken-Sepsis“ fest.

Das Gesundheitsamt wurde am 9. Februar 2017 von der Klinik im Rahmen der Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) über den Verdacht einer invasiven Meningokokken-Erkrankung mit meningealen Zeichen, Fieber, Hirndruckzeichen und septischem Krankheitsbild informiert.

Diese Woche 25/2017

Fallbericht: Ein möglicher Fallstrick in der akuten Differenzialdiagnose einer bakteriellen Meningitis

Hinweis auf Publikationen des Robert Koch-Instituts

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
22. Woche 2017

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen in der
21.–24. Kalenderwoche 2017



Vorher hatten enge, noch in der Klinik anwesende Angehörige des Patienten und das unmittelbar betroffene medizinische Personal unter der Verdachtsdiagnose einer Meningokokken-Meningitis die Aufforderung zur Chemoprophylaxe durch die behandelnden klinischen Ärzte erhalten.

Als erweiterte Anamnese wurden dem Gesundheitsamt auf Nachfrage neben den divergierenden Laborbefunden mitgeteilt, dass der Patient bedingt durch einen früheren Verkehrsunfall eine Splenektomie aufwies und dass keinerlei Impfungen gegen Pneumokokken oder Meningokokken bekannt seien. Der Patient wies keine petechialen oder ekchymosenhaften Hauterscheinungen auf. Ein mittlerweile durchgeführter Latex-Agglutinations-Test aus der Liquorprobe war negativ für Meningokokken-Antigene.

Im Fall einer Meningokokken-Meningitis ist eine umgehende gesundheitsamtliche Ermittlung der weiteren engen Kontaktpersonen im ansteckungsmöglichen Intervall, d. h. sieben Tage vor Symptombeginn beim Indexpatienten bis 24 Stunden nach dem Beginn der antibiotischen Therapie angezeigt. Eine schnellstmögliche Postexpositionsprophylaxe ist maximal bis zehn Tage nach dem letztmöglichen Kontakt mit dem Indexpatienten sinnvoll. Im Fall einer Pneumokokken-Meningitis wären von Seiten des Gesundheitsamts keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Daher waren folgende differenzialdiagnostische Überlegungen angebracht.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

Für den oben geschilderten Fall war von Seiten des Gesundheitsamts eine kalkulierte Entscheidungsfindung für die weiter zu vollziehenden Schritte in der vermuteten Verursachung des Krankheitsgeschehens notwendig. Etwa drei Viertel der bakteriellen Meningitiden im Erwachsenenalter werden durch Meningokokken oder Pneumokokken verursacht, etwas häufiger sind dabei Pneumokokken die Auslöser.^{3,4} Da der Patient nach einem früheren Verkehrsunfall splenektomiert ist, besitzt er eine erhöhte Empfänglichkeit sowohl gegenüber invasiven Pneumokokken-Erkrankungen wie auch invasiven Meningokokken-Erkrankungen.⁶ Unter Betrachtung der Befunde des mikrobiologischen Labors machten die fehlenden typischen Hautsymptome einer Meningokokken-Erkrankung und das Alter des Patienten eher eine Pneumokokken-Meningitis wahrscheinlich. Sehr unwahrscheinlich wäre eine denkbare invasive Erkrankung mit beiden bakteriellen Erregern.⁵ Ein im weiteren Verlauf durchgeführter Latex-Agglutinations-Test war negativ auf Meningokokken-Antigene. Ein negatives Testergebnis schließt eine Infektion mit dem jeweiligen Erreger allerdings nicht aus.⁶ Die Sensitivität des Latex-Agglutinations-Tests entspricht mit ungefähr 50–90% der Gram-Färbung.¹ Mit einem Latex-Agglutinationsschnelltest ist jedoch der Antigennachweis auch noch nach antibiotischer Anbehandlung durchführbar, auch wenn der Erreger nicht mehr kulturell anzüchtbar ist. Somit bleibt der Latex-Agglutinationstest in der Schnelldiagnostik weiterhin wertvoll.⁴

Für eine Meningokokken-Meningitis durch *Neisseria meningitidis* sprach allein der vom Labor mit Nachdruck vertretene mikroskopische Befund mit „Gram-negativen, teils intrazellulären Diplokokken, V.a. Meningokokken-Meningitis“.

Sowohl für das Gesundheitsamt für seine Ermittlungen und Entscheidung einer etwaigen Postexpositions-Chemoprophylaxe für weitere enge Kontaktpersonen als auch für den behandelnden Kliniker und seiner möglichen Entscheidung für eine fortgesetzte Dexamethasongabe neben der anfänglich kalkulierten Antibiose ist die Erregerdifferenzierung in Gram-negative Meningokokken oder Gram-positive Pneumokokken von großer Bedeutung.² Das Gesundheitsamt bat deshalb telefonisch um eine erneute Begutachtung des mikroskopischen Präparates. Diese kam zu folgendem Ergebnis:

Anscheinend war im vorliegenden Fall durch den alkoholischen Verfahrensschritt der Gram-Färbung das Präparat „überentfärbt“ worden, so dass in der mikroskopischen Bewertung die dargestellten Bakterien fälschlicherweise als gram-negative Diplokokken (rot) und damit als Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) missinterpretiert wurden.

Fazit

Die Gram-Färbung kann sowohl falsch-positiv als auch falsch-negativ ausfallen, wenn zu kurz oder zu lange mit Alkohol entfärbt wird. Dies wird bei Pneumokokken zum Beispiel auch während der Autolyse oder nach antibiotischer Vorbehandlung beobachtet, wenn die Pneumokokken sich dadurch stärker als intakte Pneumokokken entfärben und deshalb scheinbar Gram-negativ sind.⁴ Deshalb sollte neben dem angeführten Latex-Agglutinationstest auch immer eine kulturelle Anzüchtung erfolgen, die divergierende Befunde auflösen kann. Eine kostenfreie PCR-Diagnostik am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Meningokokken und *Haemophilus influenzae*, die in der Regel eine Feintypisierung miteinschließt, sollte ebenfalls bei Verdacht auf eine Meningokokken-Infektion unternommen werden.⁶ Eine Serotypisierung von Pneumokokken-Isolaten aus Blut, Liquor oder sonstigen primär sterilen Materialien ist am NRZ für Streptokokken möglich.

Im vorliegenden Fall bestätigte das Wachstum von *Streptococcus pneumoniae* sowohl in der Blut- als auch in der Liquorkultur die Diagnose einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung mit Meningitis bei einem splenektomierten Patienten.

Literatur

1. Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan Kaufman BA, Roos KL, Scheld WM, Whitley RJ: Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis 2004, Clin Infect Dis 39(9):1267–1284
2. Pfister HW, et al.: S2k-Leitlinie Ambulant erworbene bakterielle (eitrig) Meningoenzephalitis im Erwachsenenalter. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien, www.dgn.org/leitlinien/3230-030-089-ambulant-erworbene-bakterielle-eitrig-meningoenzephalitis-im-erwachsenenalter-2015 (abgerufen am 13.3.2017)
3. Berlit P: Basiswissen Neurologie. 5. Auflage Heidelberg: Springer 2007:159
4. Nau R: Mikrobiologische Diagnostik im Liquor. In Zettl U, Lehmitz, R, Mix E (Hrsg.): Klinische Liquordiagnostik, Berlin: de Gruyter 2005:301–346
5. Ventura F, Bonsignore A, Portunato F, Orcioni GF, Varnier OE, De Stefano F: A fatal case of streptococcal and meningococcal meningitis in a 2-years-old child occurring as Waterhouse-Friderichsen Syndrome, 2013, J Forensic Leg Med 20(6):678–82
6. Robert Koch-Institut: Invasive Meningokokken-Erkrankungen 2012–2015. Epid Bull 2016; 43:471–485. DOI 10.77886/EpiBull-2016-064

■ Dr. Lorenz B. Weigl, MPH | Dr. Christian Fiedler
Gesundheitsamt Freising
Korrespondenz: dr.lorenz.weigl@kreis-fs.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Weigl LB, Fiedler C: Fallbericht: Ein möglicher Fallstrick in der akuten Differenzialdiagnose einer bakteriellen Meningitis
Epid Bull 2017;25:223–225 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-33

Aktuelle Daten zum Gesundheitsverhalten in Deutschland und Europa erschienen: Ausgabe 2/2017 des Journal of Health Monitoring ist online

In der aktuellen Ausgabe steht das Gesundheitsverhalten in Deutschland und Europa im Mittelpunkt.

Es werden Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts (RKI) berichtet. Die Studie stellt erstmals europaweit einheitlich erhobene Informationen zur Gesundheitssituation und zum Gesundheitsverhalten zur Verfügung.

Im Focus-Artikel zeigt sich, dass die Bevölkerung in Deutschland sportlich aktiver als der europäische Durchschnitt ist. Beim Raucher-Anteil liegen die Werte in Deutschland relativ nah am EU-Durchschnitt. In anderen Bereichen des Gesundheitsverhaltens sieht es dagegen weniger gut aus: So liegt Deutschland im EU-weiten Vergleich beim täglichen Obstkonsum im hinteren Drittel. Beim Rauschtrinken ist der Anteil hierzulande überdurchschnittlich hoch.

In den Fact sheets der neuen Journal-Ausgabe werden GEDA-Ergebnisse zu Übergewicht, Obst- und Gemüsekonsum, Alkoholkonsum, Rauchen und körperlicher Aktivität in Deutschland dargestellt.

In der Rubrik *Concepts & Methods* geht es in dieser Ausgabe darum, wie regionale sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit sichtbar gemacht und erklärt werden können. Ein zweiter Beitrag beschreibt das methodische Vorgehen beim Aufbau eines Monitorings von adipositas-relevanten Einflussfaktoren im Kindesalter.

Das *Journal of Health Monitoring* ist ein neues Publikationsformat der Gesundheitsberichterstattung, das vom Robert Koch-Institut herausgegeben wird. Das Journal wird vierteljährlich in deutscher und englischer Sprache aufgelegt. Die Beiträge unterliegen einem **Peer-Review-Verfahren** und können über die RKI-Internetseite www.rki.de/journalhealthmonitoring bzw. www.rki.de/journalhealthmonitoring-en **kostenlos** heruntergeladen werden.

Informationen über aktuelle Ausgaben bietet der GBE-Newsletter, bei dem man sich unter folgendem Link anmelden kann: www.rki.de/gbe-newsletter.

Bericht aus dem Fachgebiet 24 „Gesundheitsberichterstattung“ des Robert Koch-Instituts. Als **Ansprechpartnerinnen** bzw. **-ansprechpartner** stehen Martina Rabenberg, Dr. Anke-Christine Saß und Dr. Thomas Ziese (E-Mail RabenbergM@rki.de; SassA@rki.de; ZieseT@rki.de) zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

22. Woche 2017 (Datenstand: 21. Juni 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	104	1.906	2.081	4	65	46	27	308	405	2	9	14
Bayern	141	2.486	2.776	1	103	77	32	554	503	0	26	29
Berlin	47	756	1.146	4	50	35	5	137	152	2	18	29
Brandenburg	36	475	719	0	15	20	4	121	170	0	4	3
Bremen	9	148	134	0	5	1	0	25	17	0	2	2
Hamburg	29	508	632	0	21	13	6	113	115	1	20	9
Hessen	64	1.296	1.575	1	17	18	16	231	293	0	10	23
Mecklenburg-Vorpommern	44	505	549	1	21	20	8	149	121	0	0	2
Niedersachsen	125	1.537	1.982	6	84	67	21	415	359	0	1	8
Nordrhein-Westfalen	318	6.367	7.971	5	114	111	47	885	994	1	17	23
Rheinland-Pfalz	62	1.219	1.291	1	47	38	15	213	261	0	8	14
Saarland	14	393	398	0	1	3	1	36	36	0	0	2
Sachsen	112	1.482	1.826	3	65	33	13	312	357	0	9	6
Sachsen-Anhalt	28	469	630	6	40	33	8	182	211	1	4	3
Schleswig-Holstein	41	655	693	0	31	19	7	148	123	0	1	1
Thüringen	33	626	743	3	30	9	5	182	272	0	3	3
Deutschland	1.207	20.833	25.151	35	709	543	215	4.011	4.390	7	132	171

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	0	38	44	29	4.018	2.091	53	1.855	590	6	150	178	1	15	19
Bayern	3	138	128	41	5.148	3.786	124	3.679	1.633	12	245	249	2	42	33
Berlin	1	35	45	21	1.819	1.614	36	1.498	1.109	4	156	163	4	50	45
Brandenburg	0	37	54	14	1.296	1.886	46	1.728	1.359	0	49	55	3	23	19
Bremen	1	9	4	2	109	211	4	187	113	0	11	14	0	1	0
Hamburg	0	16	21	10	786	786	10	1.108	632	1	55	52	1	22	40
Hessen	7	60	87	33	2.096	1.457	84	1.670	901	5	83	95	2	35	38
Mecklenburg-Vorpommern	1	22	27	14	1.539	1.490	80	1.625	1.412	1	41	34	3	40	57
Niedersachsen	3	93	112	21	2.721	3.016	84	2.270	949	1	80	61	3	36	44
Nordrhein-Westfalen	6	188	262	76	10.618	6.504	185	4.309	2.219	9	230	268	1	66	90
Rheinland-Pfalz	1	38	75	21	3.310	1.645	65	962	518	2	55	45	0	8	12
Saarland	1	3	6	12	1.009	444	12	324	114	0	8	18	0	2	8
Sachsen	8	142	158	58	3.619	3.750	141	3.632	2.212	7	117	103	4	34	55
Sachsen-Anhalt	4	71	59	26	2.164	2.019	57	1.664	871	0	49	44	7	40	39
Schleswig-Holstein	0	22	24	7	1.003	896	12	886	553	1	33	28	0	10	29
Thüringen	7	96	93	17	2.042	2.186	162	2.069	1.049	0	22	36	0	9	12
Deutschland	43	1.008	1.199	402	43.305	33.787	1.156	29.476	16.234	49	1.384	1.443	31	433	540

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

22. Woche 2017 (Datenstand: 21. Juni 2017)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	2	30	41	6	191	134	7	261	237	2	19	30	12	322	332
Bayern	3	50	53	21	374	395	13	404	375	0	24	22	23	346	462
Berlin	3	94	29	4	59	42	4	93	152	0	5	21	0	1	169
Brandenburg	0	9	11	4	38	24	1	17	21	0	5	5	1	50	82
Bremen	1	3	1	0	3	5	0	0	2	0	2	3	1	23	30
Hamburg	2	19	12	0	22	87	1	42	55	0	1	2	4	88	92
Hessen	2	49	25	9	138	145	10	150	162	0	11	15	11	210	265
Mecklenburg-Vorpommern	1	4	7	0	16	19	3	19	17	0	2	3	2	43	30
Niedersachsen	1	31	35	2	37	60	2	127	127	2	13	15	7	136	175
Nordrhein-Westfalen	5	96	80	7	150	139	14	349	374	1	19	35	27	515	580
Rheinland-Pfalz	1	15	16	6	72	20	1	89	111	1	13	13	3	121	145
Saarland	0	7	6	2	13	6	0	12	15	0	2	2	2	20	14
Sachsen	0	18	8	3	149	159	4	75	116	0	6	6	1	89	91
Sachsen-Anhalt	0	11	13	2	21	27	3	26	42	0	3	4	7	67	70
Schleswig-Holstein	0	11	19	5	55	18	4	104	85	0	8	4	2	61	61
Thüringen	1	4	10	1	4	3	0	21	25	0	3	4	3	56	45
Deutschland	22	451	366	72	1.343	1.283	67	1.789	1.917	6	136	184	106	2.148	2.647

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	1	40	13	0	24	36	0	0	1	28	657	430	49	1.715	2.122
Bayern	1	35	10	2	78	49	0	0	1	67	1.547	1.072	131	3.145	3.074
Berlin	0	40	53	0	16	21	0	0	3	8	311	401	36	803	1.226
Brandenburg	0	1	9	1	7	2	0	0	1	20	355	272	5	302	420
Bremen	0	1	0	0	2	2	0	0	0	1	49	36	3	272	188
Hamburg	0	7	1	0	8	8	0	0	4	11	275	110	7	207	293
Hessen	0	70	4	2	52	26	0	0	0	10	443	335	20	580	718
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	6	3	0	0	0	15	294	73	1	92	104
Niedersachsen	0	4	2	0	29	16	0	1	1	13	389	343	41	721	696
Nordrhein-Westfalen	25	457	9	0	77	84	0	3	5	57	1.398	916	104	2.270	2.723
Rheinland-Pfalz	0	12	8	0	15	12	0	1	0	16	349	197	12	349	484
Saarland	0	2	0	0	2	0	0	0	0	6	63	22	5	44	63
Sachsen	0	68	6	1	8	7	0	1	1	21	361	203	45	817	1.141
Sachsen-Anhalt	0	3	0	1	7	9	0	0	0	13	210	141	13	223	227
Schleswig-Holstein	0	5	3	0	11	15	0	0	1	7	182	77	19	408	316
Thüringen	0	5	1	0	3	3	0	5	0	10	368	374	20	241	126
Deutschland	28	751	119	7	345	293	0	11	18	303	7.252	5.002	511	12.191	13.922

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

⁺⁺ 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

22. Woche 2017 (Datenstand: 21. Juni 2017)

Krankheit	2017	2017	2016	2016
	22. Woche	1.–22. Woche	1.–22. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	14	244	241	726
Brucellose	0	14	15	36
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	12	28	74
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	35	43	99
Denguefieber	0	194	531	955
FSME	7	48	44	348
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	35	23	69
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	14	398	301	623
Hantavirus-Erkrankung	69	747	67	282
Hepatitis D	0	7	13	34
Hepatitis E	80	1.042	688	1.993
Influenza	33	91.228	61.533	65.782
Legionellose	25	317	309	993
Leptospirose	4	32	26	93
Listeriose	8	261	254	706
Ornithose	0	7	7	9
Paratyphus	0	17	12	36
Q-Fieber	7	43	172	274
Trichinellose	0	0	3	4
Tularämie	0	8	13	41
Typhus abdominalis	2	40	23	60

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Diphtherie**Baden-Württemberg, 64 Jahre, männlich (*C. ulcerans*, Hautdiphtherie)**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 21. bis 24. Kalenderwoche (KW) 2017****Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage**

Mit dem Influenza-Wochenbericht der 20. KW endete die wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2016/17. Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert und auf der AGI-Webseite veröffentlicht. Die Berichterstattung erfolgt in der Sommersaison monatlich. Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist von der 21. bis zur 24. KW 2017 bundesweit gesunken, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Internationale Situation**Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 291 vom 12.06.2017)**

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 28.05.2017. Länder der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre: In Nordamerika, Europa und Zentralasien wurde über eine niedrige Influenza-Aktivität mit wenigen Influenzanachweisen berichtet. In Nord- und Osteuropa wurde eine niedrige Influenza-Aktivität mit Influenza B-Viren beobachtet. Ausführliche Informationen sind abrufbar unter: www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

Eine interaktive Weltkarte mit Informationen zu Influenza-Aktivität und geografischer Verbreitung nach Kalenderwoche ist auf den Internetseiten der WHO abrufbar unter: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=/WHO_HQ_Reports/G5/PROD/EXT/Influenza%20Qualitative+Indicators+Map

(Hinweis: Angezeigt wird in der Standardeinstellung die jeweils aktuelle Woche, die Daten sind aber nur bis zur Vorwoche verfügbar, die Einstellung muss entsprechend angepasst werden.)

Quelle: Monatsbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 21.–24. KW 2017
<https://influenza.rki.de>

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18 754-0
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.: 030.18 754-23 24
E-Mail: Seedatj@rki.de

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

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Das Epidemiologische Bulletin

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

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

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

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

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273