



Epidemiologisches Bulletin

14. November 2011 / Nr. 45

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Europäischer Antibiotiktag 2011

Antibiotikaresistenz und nosokomiale Infektionen

Der Europäische Antibiotiktag, der alljährlich am 18. November stattfindet, ist eine europäische Initiative zur Förderung der öffentlichen Gesundheit. Er soll das Bewusstsein für die Bedrohung durch Antibiotikaresistenzen schärfen und über die verantwortungsvolle Anwendung von Antibiotika informieren. Neueste Daten bestätigen, dass sich immer mehr Patienten mit schwierig zu therapierenden Bakterien infizieren und Antibiotikaresistenzen damit zu einer zunehmenden Bedrohung der Gesundheit führen. Durch verschiedene Maßnahmen, insbesondere auch einen umsichtigen Einsatz von Antibiotika, muss erreicht werden, dass resistente Bakterien in ihrer Verbreitung eingedämmt werden und Antibiotika auch künftig wirksam bleiben. Diesem Ziel dient auch die jüngste Novellierung des IfSG:

Zur Novellierung des Infektionsschutzgesetzes in Deutschland

Am 3. August 2011 wurde das **Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und weiterer Gesetze** vom 28. Juli dieses Jahres im *Bundesgesetzblatt* veröffentlicht. Zentraler Bestandteil sind Änderungen, die einen verbesserten Schutz vor Infektionen mit schwierig zu behandelnden Erregern zum Ziel haben. Wichtige Änderungen betreffen

- ▶ die Übermittlung von Meldungen zum gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen vom Gesundheitsamt über die Landesstelle an das RKI,
- ▶ die Konkretisierung von Pflichten und Verantwortlichkeiten der Leiter von medizinischen Einrichtungen im Bereich der Infektionsprävention,
- ▶ Aspekte des Gebrauchs von Antibiotika (Antiinfektiva).

Es wurde festgelegt, dass künftig auch Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs fortlaufend aufgezeichnet werden müssen. Der neue § 23 IfSG nimmt hier eine zentrale Stellung ein. Die Länder werden beauftragt, durch Rechtsverordnung Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen verbindlich zu regeln. Weitere Änderungen betreffen auch Aspekte der Vergütung von diagnostischen Maßnahmen zur Erkennung von Methicillin-(Oxacillin)-resistenten *Staphylococcus (S.) aureus* (MRSA) (§ 87 SGBV) und Maßnahmen zur Sicherung der Hygienequalität (§ 137 SGBV).

Bereits Mitte 2009 wurde eine **Meldepflicht für MRSA-Nachweise aus Blutkulturen oder Liquor** (§ 7 Absatz 1 Satz 1 IfSG) eingeführt, die zum einen belastbare Zahlen zu Ausmaß und Schwere des Problems liefert, zudem aber auch als Indikator für Effekte von Präventionsmaßnahmen dienen kann.

Neben der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) wird künftig eine **Kommission für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART)** beim RKI tätig. Das Ziel der Kommission ART ist es, Empfehlungen für Standards der Diagnostik und Therapie von Infektionen nach dem aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von Aspekten der individuellen Krankenversorgung und des Allgemeinwohls zu formulieren und allgemein verfügbar zu machen bzw. Handlungsbedarf auf

Diese Woche

45/2011

Antibiotikaresistenz

Europäischer Antibiotiktag 2011

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

KiGGS Welle 1 –
Modulstudie Motorik-Modul
(MoMo)

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

42. Woche 2011

(Datenstand:

9. November 2011)

ESBL-bildende Klebsiellen

Zu einem Ausbruch in einer
neonatologischen Abteilung
eines Bremer Krankenhauses

ARE/Influenza

Zur Situation in der

44. Woche 2011



diesem Gebiet zu identifizieren. Diese Kommission soll vorhandene Empfehlungen und Leitlinien sichten und bewerten sowie gegenüber Fachgesellschaften, anderen wissenschaftlichen Institutionen und Organen der Selbstverwaltung darauf hinwirken, dass Empfehlungen und Leitlinien den oben genannten Standards entsprechen. Auch soll sie unter anderem beim Fehlen von aktuellen Leitlinien in den Bereichen Diagnostik und Therapie von Infektionen/Infektionskrankheiten gegenüber Fachgesellschaften, anderen wissenschaftlichen Institutionen und Organen der Selbstverwaltung darauf hinwirken, entsprechende Leitlinien zu erstellen beziehungsweise zu aktualisieren.

Zum Auftreten von Antibiotikaresistenzen und nosokomialen Infektionen in Deutschland

Zwischen der Verbreitung antibiotikaresistenter Bakterien und dem Einsatz von Antibiotika besteht durch den dabei auftretenden Selektionsdruck ein Zusammenhang. Von besonderer und weltweit wachsender Bedeutung sind **mehrfach gegen Antibiotika resistente Erreger**, die sich im Krankenhaus ausbreiten und die mit der Verlegung von Patienten auch zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens übertragen werden können.

Nosokomiale Infektionen gehören zu den häufigsten Infektionen in entwickelten Industrieländern und weltweit zu den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen insgesamt. Für das Jahr 2008 ergaben sich, basierend auf Hochrechnungen aus dem vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance nosokomialer Infektionen koordinierten Surveillancesystem „KISS“ (s. *Epid. Bull.* 36/2010), bei 17,5 Millionen vollstationären Krankenhausaufenthalten in Deutschland:

- ▶ ca. 28.000 primäre (nosokomiale) Septikämien
- ▶ ca. 126.000 Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen
- ▶ ca. 225.000 postoperative Wundinfektionen
- ▶ ca. 80.000 Infektionen der unteren Atemwege

Damit liegt die Rate nosokomialer Infektionen in Deutschland in einem Bereich, wie er auch in anderen Industrienationen beobachtet wird. Allerdings gibt die **Verbreitung von Resistenzen bei gramnegativen Enterobakterien** einschließlich der dabei zu beobachtenden Dynamik in den letzten Jahren Anlass zur Sorge, da die Therapieoptionen bei Mehrfachresistenz hier noch stärker eingeschränkt sind als bei den grampositiven Bakterien.

Die **Aufklärung von Resistenzmechanismen und Ausbreitungswegen** dieser mehrfach resistenten Stämme bzw. von neu auftretenden Antibiotikaresistenzen bei den jeweiligen Erregergruppen ist ein wichtiges Anliegen der entsprechenden Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien. Dadurch wird eine wichtige Frühwarnfunktion ausgeübt. Beispiele sind gramnegative Erreger mit der Carba-penemase NDM-1 und das Auftreten neuartiger Resistenzen bei MRSA (s. *Epid. Bull.* 32/2011 und *Epid. Bull.* 38/2011).

Im Herbst dieses Jahres erfolgt durch das NRZ für die Surveillance nosokomialer Infektionen eine **repräsentative Erhebung von nosokomialen Infektionen und der Antibiotikalanwendung** in deutschen Krankenhäusern (s. *Epid. Bull.* 19/2011).

Gegenwärtig besteht die Problematik der Mehrfachresistenz in Deutschland insbesondere bei **MRSA** sowie – regional verschieden – bei Vancomycin-resistenten Enterokokken (**VRE**; insbesondere bei der Sepsis), außerdem bei *Escherichia coli*-Stämmen und *Klebsiella*-Stämmen mit Beta-Laktamasen mit erweitertem Wirkspektrum (**ESBL**).

Das Auftreten von **Carbapenemresistenzen** bei bereits mehrfach resistenten *Enterobacteriaceae* sowie bei multiresistenten Stämmen von *Pseudomonas* spp. und *Acinetobacter* spp., insbesondere auf Intensivstationen, ist in Mitteleuropa noch selten im Vergleich zu süd- und osteuropäischen Ländern.

Ein weiteres Problem durch den Einsatz von Antibiotika ist die Zunahme von Infektionen mit **toxinbildenden Clostridium (C.) difficile** (s. unter www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber für Ärzte > *C. difficile*).

Die **MRSA-Last in Ländern der Europäischen Union** ist bekanntlich unterschiedlich. Deutschland liegt hier im europäischen Vergleich im Mittelfeld, während die skandinavischen Länder, Dänemark und die Niederlande nach wie vor eine sehr geringe MRSA-Last aufweisen und deshalb auch als Vorbilder für entsprechend geeignete Maßnahmen dienen. Neben Unterschieden in der Organisation des Gesundheitswesens und der Zahl der jährlich stationär behandelten Patienten pro Kopf der Bevölkerung kommt auch der **Präsenz ausgebildeter Fachleute vor Ort** für Fragen der Hygiene, der sachgerechten Bewertung der erhobenen Daten und der Antibiotikatherapie (**Antibiotic Stewardship**) eine wesentliche Bedeutung bei der Erklärung der Unterschiede zu.

Für ein schnelles Erkennen des Auftretens von Infektionen mit mehrfachresistenten Erregern, deren angemessene Therapie und richtiges Handeln bei Häufungen ist es essenziell,

- ▶ die Diagnostik patientennah zu gestalten,
- ▶ die erforderlichen spezifischen Hygienemaßnahmen zügig einzuleiten und
- ▶ spezifischen Sachverstand vor Ort für die Infektionsprävention und Hygiene sowie die Steuerung der Antibiotikatherapie zu gewährleisten.

Information und Fortbildung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert im Zusammenhang mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) eine **Fortbildungsinitiative** zu *Antibiotic Stewardship* (ABS) und zu nosokomialer Infektionsprävention (NIP) unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) bzw. Deutschen Gesell-

Hinweise auf wichtige Datenquellen zur Antibiotikaresistenz in Deutschland

Dem sachgerechten Umgang mit MRSA und anderen multiresistenten Erregern (MRE), insbesondere einer regionalen Umsetzung von national empfohlenen Präventionsmaßnahmen, dient auch die Bildung der entsprechenden **Regionalen Netzwerke** (*Epid. Bull.* 12/2009 und 43/2010), die Teil der **Nationalen Antibiotikaresistenzstrategie DART** (www.bmg.bund.de) sind. Wichtige Anliegen von DART sind darüber hinaus auch, die mit dem Auftreten von MRSA und ESBL-bildenden gramnegativen Bakterien in der Tiermast sowie ihrer möglichen Verbreitung beim Menschen verbundenen interdisziplinären Abstimmungen und Maßnahmen zu befördern. Diese Problematik wird auch in zwei durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsverbänden **MedVetStaph** (s. u. <http://medvetstaph.net/>) und **RESET** (s. u. <http://www.reset-verbund.de/index.htm>) untersucht.

Das **Antibiotikaresistenz-Surveillance-System ARS** am RKI, welches allen Nutzern öffentlich und interaktiv aktuelle Resistenzdaten aus dem stationären und ambulanten Bereich zur Verfügung stellt, liefert eine wichtige fortlaufend aktualisierte Datenbasis (s. u. www.rki.de > Infektionsschutz > Antibiotikaresistenz).

Auf die übersichtlichen Darstellungen im Antibiotika- und Resistenzatlas **GERMAP** (herausgegeben vom Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, BVL, der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, PEG, und der Infektiologie Freiburg) wird ebenfalls ausdrücklich hingewiesen.

schaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM). Die Fortbildung gliedert sich in einen Basiskurs und vier Aufbaukurse (Wochenkurse) mit einem Abschlusszertifikat (s. u. www.dgi-net.de > Forschung & Forschungsförderung > DGI-Sektionen > Antibiotic Stewardship > Fortbildungen).

Eine große Herausforderung für die kommenden Jahre ist die Verbreiterung und Vertiefung der Aus-, Fort- und Weiter-

bildung im Bereich der Infektionsprävention und des Antibiotikaeinsatzes sowie die Präsenz entsprechend qualifizierten Personals in allen Risikobereichen.

Umfangreiche weitere Informationen zum Thema finden sich auf der Homepage des RKI unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene.

Für diesen Beitrag danken wir der AG Nosokomiale Infektionen des RKI (Leiter: Prof. Dr. Martin Mielke).

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1): Modulstudie Motorik-Modul (MoMo)



Seit Juni 2009 führt das Robert Koch-Institut die Datenerhebungen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) durch. Im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen regelmäßig Kurzbeiträge zu KiGGS Welle 1, die auch unter www.rki.de/kiggs abrufbar sind. Im Folgenden wird die Modulstudie MoMo vorgestellt.

Im Rahmen der Baseline-Untersuchungen des Motorik-Moduls (MoMo) wurden von 2003 bis 2006 in 167 Orten in ganz Deutschland in einer Unterstichprobe der KiGGS-Basiserhebung 4.529 Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 17 Jahren vom Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) getestet und befragt. Damit liegt erstmals eine bundesweit repräsentative Stichprobe zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen vor. Seit 2009 wird MoMo längsschnittlich als Verbundprojekt der Universität Konstanz, des Karlsruher Instituts für Technologie und der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe unter der Leitung von Prof. Dr. Alexander Woll von der Universität Konstanz (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung) in Kooperation mit dem RKI weitergeführt.

Zielsetzungen

Das Hauptziel der MoMo-Längsschnitt-Studie ist es, die Entwicklung und historischen/periodischen Trends der motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität und die ihnen zugrunde liegenden kausalen Einflussfaktoren zu analysieren. Des Weiteren werden die Auswirkungen von motorischer Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlicher Aktivität auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen untersucht.

Studiendesign

Die Studie hat ein Kohortensequenzdesign, bei dem mehrere Kohorten wiederholt betrachtet werden. Die MoMo-Längsschnittstudie schließt alle Teilnehmer der MoMo Baseline-Studie ein, wobei die Surveypopulation sowohl mit neuen Probanden in den vorhandenen Kohorten als auch mit neuen Kohorten angereichert wird. Dies impliziert, dass zusätzlich zur längsschnittlichen MoMo Baseline-Stichprobe noch eine repräsentative querschnittliche Akkumulation für jede Kohorte in der Altersspanne zwischen 4 und 17 Jahren vorgenommen wird. Die Untersuchung der ersten Welle der MoMo-Längsschnittstudie hat im September 2009 begonnen und endet voraussichtlich im Juli 2012. Die gesamte

Stichprobe der MoMo Baseline-Studie wird in den Rekrutierungsprozess einbezogen. Diese längsschnittliche Stichprobe wird durch neue Teilnehmer im Alter von 10 bis 17 Jahren ergänzt. Dieser Schritt ist notwendig, um die erforderliche Stichprobengröße zu erhalten und dem Prozess der Panelmortalität entgegenzuwirken. Zusätzlich kommen vier neue Kohorten mit jeweils 300 Kindern pro Jahrgang von 6 bis 9 Jahren (1.200 insgesamt) hinzu, die aus der Kernstudie KiGGS Welle 1 stammen und aufgrund ihres Alters nicht in der MoMo Baseline-Studie berücksichtigt werden konnten (0 bis 3 Jahre im Zeitraum 2003 bis 2006). Diese Teilnehmer werden längsschnittlich weiterverfolgt. Um alle Altersgruppen abzudecken, wird eine Stichprobe von 300 vierjährigen Kindern und 300 fünfjährigen Kindern aus der gleichzeitig laufenden Kernstudie gezogen. Diese Teilnehmer stellen eine querschnittliche Stichprobe dar.

Erhebungsinstrumente

Die Mitarbeiter des Motorik-Moduls haben ein Motorik-Testinstrumentarium mit elf Testübungen zur Überprüfung von Ausdauer (Fahrrad-Ausdauerstest), Kraft (Liegestütz, Standweitsprung, Kraftmessplatte), Koordination (z. B. Balancieren rückwärts und Reaktionstest) und Beweglichkeit (Rumpfbeugen) entwickelt. Die Instrumente sind so aufgebaut, dass sie von Kindern zwischen 4 und 17 Jahren gut durchführbar sind (Ausnahme: Fahrrad-Ausdauerstest und Liegestütz entfällt bei den 4- bis 5-Jährigen) und mit leichten Modifikationen auch im Erwachsenenbereich einsetzbar sind.

Der MoMo-Aktivitätsfragebogen (MoMo-AFB) deckt verschiedene Settings körperlich-sportlicher Aktivität ab (aktive Transportwege, körperlich-sportliche Aktivität im Alltag, Bewegung in der Freizeit, Bewegung in der Schule). Des Weiteren werden Intensität, Art, Häufigkeit und Dauer von Aktivitäten sowie die Jahreszeiten berücksichtigt.

Bericht der Forschungsgruppe Motorik-Modul (MoMo) der Universität Konstanz, des Karlsruher Instituts für Technologie und der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe unter Leitung von Prof. Dr. Alexander Woll.

Weitere Informationen zur Modulstudie unter <https://www.motorik-modul.de> und zu KiGGS unter www.kiggs.de.

Anfragen zur Modulstudie an Dr. Nadine Mewes unter nadine.mewes@uni-konstanz.de und zu KiGGS unter kiggsinfo@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

42. Woche 2011 (Datenstand: 9.11.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.
Baden-Württemberg	130	5.468	5.192	1	277	64	12	319	212	41	2.014	2.280	1	72	62
Bayern	165	6.553	5.402	8	421	155	25	830	602	58	2.810	3.026	2	102	76
Berlin	70	2.781	2.456	0	104	26	18	493	184	33	741	725	3	84	94
Brandenburg	47	2.044	1.709	1	58	16	3	288	238	21	647	710	0	6	10
Bremen	9	394	365	0	48	3	0	7	18	7	124	106	0	7	9
Hamburg	29	1.945	1.653	0	563	21	1	148	30	11	368	332	0	39	28
Hessen	91	3.766	3.793	1	139	14	4	152	75	24	1.222	1.422	0	50	60
Mecklenburg-Vorpommern	35	2.143	1.693	2	171	6	10	445	251	9	611	563	0	2	6
Niedersachsen	100	5.028	4.965	5	790	130	25	630	512	42	1.880	2.089	0	13	17
Nordrhein-Westfalen	388	14.848	14.089	8	695	144	29	1.252	795	142	4.394	4.530	2	59	67
Rheinland-Pfalz	98	3.387	2.990	1	138	74	9	209	180	21	1.051	1.230	4	41	32
Saarland	32	959	1.060	1	16	7	0	48	21	5	221	277	0	2	3
Sachsen	115	5.209	4.673	3	140	54	21	750	578	43	1.396	1.734	4	37	38
Sachsen-Anhalt	39	1.519	1.189	1	65	20	12	539	400	44	1.056	1.010	0	12	8
Schleswig-Holstein	53	2.481	2.165	2	924	22	2	115	59	16	572	493	0	8	4
Thüringen	32	1.704	1.427	1	88	16	6	479	585	23	978	1.122	1	10	10
Deutschland	1.433	60.229	54.821	35	4.637	772	177	6.704	4.740	540	20.085	21.649	17	544	524

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.
Baden-Württemberg	1	144	114	87	7.167	10.512	23	3.861	3.777	12	482	437	1	43	35
Bayern	12	329	320	115	10.165	17.969	28	6.100	6.331	11	625	551	1	50	55
Berlin	3	63	66	28	2.868	3.513	3	1.370	2.062	12	345	318	7	74	70
Brandenburg	4	87	96	43	3.277	4.862	35	2.767	3.198	2	68	72	1	23	25
Bremen	1	15	18	6	519	792	1	276	337	1	16	22	0	5	7
Hamburg	0	70	53	15	2.588	2.375	11	1.131	1.209	3	118	98	1	14	17
Hessen	2	169	171	48	3.685	6.504	10	2.239	2.290	5	283	233	3	67	59
Mecklenburg-Vorpommern	0	53	53	46	3.275	4.793	9	3.091	2.083	1	144	111	3	60	37
Niedersachsen	2	266	242	67	6.468	11.608	18	3.648	4.445	2	151	170	1	65	112
Nordrhein-Westfalen	21	550	618	149	17.262	24.820	43	7.810	8.245	15	603	582	5	132	155
Rheinland-Pfalz	3	183	173	30	4.486	6.484	5	1.673	2.551	6	160	168	3	31	29
Saarland	1	21	24	8	1.145	1.637	1	397	662	2	25	19	0	3	0
Sachsen	6	333	366	159	8.327	11.449	14	9.375	4.617	6	232	297	3	89	103
Sachsen-Anhalt	4	155	156	122	4.849	7.824	6	2.928	2.727	2	65	73	1	26	24
Schleswig-Holstein	1	113	79	21	3.111	3.061	8	1.303	1.358	1	50	72	1	4	6
Thüringen	6	238	224	66	4.208	6.684	21	3.084	3.121	0	39	61	0	15	38
Deutschland	67	2.789	2.773	1.010	83.400	124.887	236	51.053	49.013	81	3.406	3.284	31	701	772

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, 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

42. Woche 2011 (Datenstand: 9.11.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	3	52	49	3	45	53	9	599	680
Bayern	1	55	102	4	91	86	16	881	976
Berlin	3	73	47	0	62	55	13	462	492
Brandenburg	1	23	14	0	13	13	0	61	63
Bremen	0	17	4	0	12	1	0	17	27
Hamburg	0	74	40	1	34	23	0	107	116
Hessen	0	33	60	1	59	57	2	269	276
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	4	0	5	13	0	26	44
Niedersachsen	2	93	57	0	39	24	7	265	261
Nordrhein-Westfalen	7	116	132	3	129	141	12	486	567
Rheinland-Pfalz	0	24	35	1	47	63	6	189	221
Saarland	1	8	20	0	14	9	1	53	78
Sachsen	1	14	7	0	39	20	6	224	232
Sachsen-Anhalt	0	15	17	0	17	20	4	114	102
Schleswig-Holstein	1	10	10	2	16	18	4	132	119
Thüringen	0	17	17	0	9	10	2	84	108
Deutschland	20	629	615	15	631	606	82	3.969	4.362

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	32	29	1	524	138	13	429	446
Bayern	1	37	51	2	429	134	11	524	566
Berlin	0	24	26	0	158	91	5	250	238
Brandenburg	0	10	8	0	26	15	0	61	82
Bremen	0	1	1	0	1	1	0	43	31
Hamburg	0	5	6	0	45	15	5	121	136
Hessen	0	24	17	0	121	27	6	388	314
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	0	3	0	1	63	36
Niedersachsen	2	23	29	0	55	14	2	255	225
Nordrhein-Westfalen	3	68	85	0	100	166	22	864	874
Rheinland-Pfalz	0	28	16	0	29	24	2	155	148
Saarland	0	2	5	0	32	1	0	30	41
Sachsen	0	13	14	0	23	3	0	88	137
Sachsen-Anhalt	0	3	6	0	0	4	0	83	122
Schleswig-Holstein	0	13	5	0	27	12	0	49	78
Thüringen	0	12	13	0	2	1	0	62	80
Deutschland	6	299	314	3	1.575	646	67	3.465	3.554

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

42. Woche 2011 (Datenstand: 9.11.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	42. Woche	1.–42. Woche	1.–42. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	13	344	411	489
Brucellose	0	19	20	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	91	105	128
Dengue-Fieber	5	228	491	595
FSME	7	380	234	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	5	866	62	65
Hantavirus-Erkrankung	7	159	1.926	2.017
Hepatitis D	1	13	8	10
Hepatitis E	2	185	183	221
Influenza	9	43.632	3.017	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	173	152	211
Legionellose	11	491	599	690
Leptospirose	1	37	58	70
Listeriose	7	252	317	390
Ornithose	0	15	20	25
Paratyphus	0	52	53	57
Q-Fieber	0	268	345	361
Trichinellose	0	3	2	3
Tularämie	0	13	19	31
Typhus abdominalis	0	50	65	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Mitteilung zu einem nosokomialen Ausbruch durch ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* in einer neonatologischen Abteilung eines Bremer Krankenhauses

In einer neonatologischen Abteilung eines Bremer Krankenhauses kam es zu einem Ausbruch, verursacht durch einen Extended-Spectrum-Beta-Lactamase(ESBL)-bildenden *Klebsiella pneumoniae*-Stamm. Isolate von sieben Patienten konnten in der Pulsfeldgelelektrophorese dem Ausbruch zugeordnet werden. Weitere Isolate werden zurzeit im Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger in Bochum untersucht. Das Robert Koch-Institut unterstützt das Bremer Gesundheitsamt bei der Ausbruchsuntersuchung vor Ort. Die laufenden Untersuchungen beinhalten u. a. eine intensiviertere Fallsuche und detaillierte Auswertung der Patientenakten. Umfangreiche Hygienemaßnahmen wie beispielsweise eine Kohortierung der betroffenen Patienten auf einer Station und deren medizinische Versorgung durch ausschließlich diesen Patienten zugeordnetem Pflegepersonal wurden implementiert. Des Weiteren wurden die Screeninguntersuchungen der stationären Patienten auf zweimal pro Woche erweitert, unter Beibehaltung des generellen Aufnahmescreenings. Ein Personalscreening wurde von der Senatorischen Behörde angeordnet.

Mitteilung aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerinnen** sind Dr. Julia Hermes (E-Mail: HermesJ@rki.de) und Dr. Muna Abu Sin (E-Mail: Abu-SinM@rki.de).

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 44. Kalenderwoche (KW) 2011

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 44. KW 2011 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Werte des Praxisindex liegen in allen AGI-Regionen weiterhin im Bereich der Hintergrundaktivität.

Im NRZ wurden in der 44. KW 2011 in keiner der 16 eingesandten Sentinelproben Influenza- oder Respiratorische-Synzytial-Viren nachgewiesen. Für die 44. Meldewoche 2011 wurde ein klinisch-laboridiagnostisch bestätigter Influenzafall an das RKI übermittelt. Dabei handelte es sich um eine Erkrankung mit Influenza B (Datenstand 8.11.2011).

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 44. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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 Abonnentenservice

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 € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. 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)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273