



Epidemiologisches Bulletin

27. Januar 2014 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Erste Erfahrungen mit der Umsetzung der neuen IfSG-Meldepflichten für impfpräventable Krankheiten aus der Sicht des Robert Koch-Instituts

Seit dem 29.03.2013 besteht gemäß §§ 6, 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für Ärzte und Labore eine **Meldepflicht für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken** oder deren Erregernachweise an die zuständigen Gesundheitsämter. Im Folgenden berichtet das Robert Koch-Institut (RKI) über erste Erfahrungen mit der Umsetzung der neuen Meldepflichten und stellt erstmals Daten zu den bisher übermittelten Erkrankungsfällen und Erregernachweisen vor.

Das RKI hat seinem gesetzlichen Auftrag folgend Falldefinitionen für die vier o.g. Krankheiten erarbeitet. Diese wurden im Bundesgesundheitsblatt online veröffentlicht und sind auch über die Internetseiten des RKI abrufbar (www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen). Sie bilden die Grundlage für die Übermittlung der gemeldeten Erkrankungsfälle und Erregernachweise von den Gesundheitsämtern an die Landesstellen und von dort an das RKI.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes wurden vom RKI außerdem die Vorlagen für die Arztemeldebögen und Labormeldebögen um die vier neuen meldepflichtigen Krankheiten bzw. Erreger ergänzt, diese Bögen im Internet publiziert (unter: www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Meldebögen) und auch den Landesstellen zur Verfügung gestellt. Damit stehen den Ärzten und Laboren Hilfsmittel zur Verfügung, um ihrer Meldepflicht sachgerecht nachzukommen.

Darüber hinaus wurde vom RKI ein „Infobrief“ für die Gesundheitsämter erstellt und zur weiteren Verteilung an die Landesstellen versandt. In diesem Infobrief wurde die gesetzliche Grundlage der neuen Meldepflichten kurz erläutert, ihre Notwendigkeit begründet und auf die Anwendung der Falldefinitionen eingegangen. Schließlich hat das RKI in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt¹ insbesondere über die neue Arztemeldepflicht informiert und die Hintergründe für die Änderungen des IfSG erklärt.

Seit Inkrafttreten der neuen Meldepflichten sind zahlreiche Anfragen von Ärzten und Laboren sowie aus den Gesundheitsämtern und Landesstellen an das RKI sowie die entsprechenden Nationalen Referenz- und Konsiliarlabore gerichtet worden. Das RKI hat sich bemüht, Unklarheiten und offene Fragen sachgerecht und umfassend zu beantworten.

Im folgenden Beitrag werden noch einmal häufige Anfragen und ihre Antworten vorgestellt, um damit zur Klärung evtl. noch offener Fragen bei den am Meldegesehen Beteiligten beizutragen.

Probleme gab es außerdem bei der technischen Umsetzung der Melde- und Übermittlungspflichten, auf die ebenfalls im Beitrag eingegangen wird. Nachdem Fortschritte bei der Lösung der Übermittlungsprobleme erzielt werden

Diese Woche 4/2014

Infektionsschutzgesetz

Umsetzung der neuen IfSG-Meldepflichten für impfpräventable Krankheiten

Hinweise auf Veranstaltungen

- ▶ Tagung zum Welttuberkulosekongress 2014
- ▶ Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
- ▶ Forum Infektionsmedizin Freiburg

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
1. Woche 2014

ARE/Influenza

Zur Situation in der
3. Woche 2014



konnten, werden in der vorliegenden Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* nun auch erstmals Zahlen der neuen meldepflichtigen Krankheiten veröffentlicht und zukünftig wöchentlich fortgeschrieben.

Fragen und Antworten zu den Meldesachverhalten

Mumps und Röteln

Anfragen aus Laboratorien betrafen u. a. die Unterscheidung zwischen akuten Infektionen und chronischen (nicht-infektiösen) Erkrankungen wie zum Beispiel hinsichtlich der Laboranforderungen zur Antikörper-Untersuchung im Liquor zum Ausschluss einer akuten Röteln- oder Mumps-assoziierten Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS) einerseits oder der Diagnostik zur Abklärung chronischer ZNS-Erkrankungen wie der Multiplen Sklerose andererseits. Hintergrund ist, dass oft von Ärzten zur Abklärung chronischer ZNS-Erkrankungen auch die Testung auf intrathekale Antikörper gegen Masern, Mumps und Röteln als Marker für eine polyspezifische lokale Immunreaktion angekreuzt wird. In diesen Fällen liefert der Nachweis erregerspezifischer IgG-Antikörper allein keinen Hinweis auf eine akute Infektion mit einem der Erreger. Wenn weitere Laborbefunde oder eine kurze Anamnese auf dem Anforderungsschein belegen, dass kein Anhalt für eine akute Infektion mit den genannten Erregern besteht, sollte keine Meldung erfolgen.

Keuchhusten

Anfragen aus Laboratorien und in der wöchentlichen Telefonkonferenz des RKI mit den Gesundheitsbehörden der Bundesländer (Epidemiologische Lagekonferenz), betrafen vor allem die serologische Diagnostik und die im Labor verwendeten Testkits. An dieser Stelle sei nochmals hervorgehoben, dass für die serologische Diagnostik von *Bordetella pertussis* ein ELISA (ELISA = *Enzyme-linked Immunosorbent Assay*) verwendet werden sollte, der ausschließlich Pertussis-Toxin (PT)-Antigen enthält.

Der Nachweis anderer Bordetellen-Antigene wie Pertaktin oder filamentöses Hämagglutinin ist nicht aussagekräftig, da diese für andere Erreger kreuzreaktiv sein können.²

Der serologische Nachweis von PT-Antikörpern ist ausschließlich zur Diagnostik von *B. pertussis* nicht jedoch von *B. parapertussis* geeignet. *B. parapertussis* kann nur durch PCR nachgewiesen werden. Bei der PCR ist zu beachten, dass eine Amplifikation von speziesspezifischen Gensequenzen (IS481 für *B. pertussis*, IS1001 für *B. parapertussis*) erfolgen sollte.³ Hersteller von ELISA-Testkits argumentieren z. T. zwar, dass der Nachweis von Antikörpern gegen das filamentöse Hämagglutinin bei negativem Nachweis von Antikörpern gegen PT für eine Infektion durch *B. parapertussis* spreche; diese Testkits sind jedoch ausdrücklich nicht empfohlen für die *B. parapertussis*-Diagnostik^{2,4} und sowohl Sensitivität als auch Spezifität dieses Ansatzes sind völlig unklar. Ein entsprechender Hinweis erfolgt in der für das Jahr 2014 vorgesehenen Überarbeitung aller Falldefinitionen.

In diesem Zusammenhang werden auch die klinischen Kriterien der Falldefinition noch einmal geringfügig überarbeitet: So erfüllen Säuglinge die Falldefinition zwar bereits, wie aktuell angegeben, wenn lediglich Husten und Apnoen vorliegen. Die klinische Falldefinition ist für Säuglinge jedoch ebenfalls erfüllt, wenn keine Apnoen vorliegen, aber die Kriterien der allgemeinen klinischen Falldefinition ansonsten erfüllt sind – diese sind in der derzeitigen Version der Falldefinition fälschlicherweise beschränkt auf Personen im Alter von ≥ 1 Jahr.

Windpocken und Herpes zoster

Ein großer Teil der Fragen betraf die Meldepflicht von Labornachweisen der Infektionen mit Varicella-Zoster-Virus (VZV) und hier insbesondere die Meldung und Übermittlung von Fällen des Herpes zoster.

In Ermangelung eines Nachweisverfahrens, das zwischen frischen und zurückliegenden Infektionen mit VZV unterscheiden kann, besteht nach Auffassung des RKI die **Meldepflicht** gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 47 IfSG für **jeden Nachweis einer VZV-Infektion**, unabhängig davon, ob es sich um Windpocken oder um Herpes zoster handelt. Dementsprechend bitten wir Labore, jeden direkten und indirekten VZV-Nachweis zu melden und wenn möglich dabei mit anzugeben, um welches Krankheitsbild (Windpocken oder Herpes zoster) es sich handelt.

Für dieses Vorgehen spricht zum einen ein einfacherer Meldeprozess: Für volumenstarke, vorwiegend automatisiert arbeitende und meldende Labore ist es letztlich einfacher, alle VZV-Nachweise zu melden als eine vorherige Filterung unter Nutzung klinisch-anamnestischer Angaben vorzunehmen. Bei kleinen, vorwiegend manuell arbeitenden und meldenden Laboren ist zwar anzunehmen, dass dieses Argument nicht gilt und dass dort ungefilterte Meldungen evtl. auch mehr Arbeit bedeuten, jedoch haben diese in der Regel nur ein geringes Meldeaufkommen.

Zum anderen besteht in einigen Bundesländern auch die Arzt-Meldepflicht des Herpes zoster nach Landesverordnung und eine Meldung jedes VZV-Labornachweises erleichtert insbesondere bei überregional arbeitenden Laboren die Zusammenführung von Arzt- und Labormeldung im Gesundheitsamt.

Das Gesundheitsamt benötigt in jedem Fall eine Unterscheidung zwischen dem klinischen Bild der Windpocken und des Herpes zoster. Wir bitten daher alle Labore, bei VZV-Meldungen möglichst mit anzugeben, ob der Untersuchungsauftrag einen Hinweis auf Windpocken oder Herpes zoster beim Patienten enthält. Sofern das nicht bekannt ist (oder bei der Meldung nicht mitgeteilt wird), ist es die Aufgabe der Gesundheitsämter beim Patienten oder beim behandelnden Arzt das klinische Bild zu recherchieren, so dass eine eindeutige Angabe der Krankheitsform möglich ist.

Alle aus den Laboren gemeldeten VZV-Nachweise sollten auch an die Landesstellen und das RKI übermittelt werden. Das hat zum einen für die Gesundheitsämter den Vorteil, dass sie ihre Meldungen sofort elektronisch erfassen, die Ermittlungsergebnisse dokumentieren und die Fälle ohne zusätzlichen Filter übermitteln können. Zum anderen ergibt sich aus der Verteilung aller laborbestätigten VZV-Erkrankungen nach Krankheitsform und Alter eine wichtige Datengrundlage für zusätzliche Trend-Berechnungen, auch wenn die Labormeldungen nur einen Teil des Infektionsgeschehens abbilden und keine verlässlichen Gesamtzahlen zur Häufigkeit des Herpes zoster liefern. Sowohl die Varizellen-Impfung als auch die seit kurzem verfügbare Impfung gegen Herpes zoster könnten in unterschiedlichem Maße Auswirkungen auf die Altersverteilung in den beiden Krankheitsformen haben. Die Beobachtung der Altersverteilung allein der labordiagnostisch gesicherten VZV-Infektionen getrennt nach den beiden Krankheitsbildern wird ein Monitoring von Effekten beider Impfungen erlauben.

In Zukunft ist bei fortbestehender VZV-Zirkulation davon auszugehen, dass es bei der steigenden Zahl geimpfter Personen unter Exposition auch zunehmend zu unspezifischen und abgeschwächten Krankheitsbildern kommen kann, die der labordiagnostischen Abklärung bedürfen.

In den wöchentlichen Veröffentlichungen der Meldestatistik des RKI im *Epidemiologischen Bulletin* werden bei Anwendung der Referenzdefinition nur Erkrankungen an Windpocken (Falldefinitionskategorie A, B und C unter Angabe der entsprechenden Krankheitsform) ausgewiesen. Weitergehende Analysen unter Einbeziehung aller Falldefinitionskategorien und beider Krankheitsformen sind Berichten im *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* des RKI u. ä. vorbehalten.

Technische Umsetzung der Melde- und Übermittlungspflicht

Anfragen bekam das RKI auch dazu, ab wann die übermittelten Daten in der Wochenstatistik des RKI publiziert werden. Da über einen längeren Zeitraum die meldepflichtigen Tatbestände nur von einem Teil der Gesundheitsämter überhaupt übermittelt werden konnten und die Daten darum keinen repräsentativen Überblick geben konnten, hat das RKI im Jahr 2013 von einer Veröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin* Abstand genommen.

Der hauptsächliche Hinderungsgrund für fehlende oder nicht falldefinitionsgerechte Übermittlungen von den Gesundheitsämtern an die Landesstellen und von dort an das RKI war, dass in einer Vielzahl von Übermittlungsstellen eine veraltete Übermittlungssoftware verwendet wurde, mit der die neuen Meldesachverhalte nicht oder nur unvollständig abgebildet werden konnten.

So wurden z. B. die neuen meldepflichtigen Krankheiten über die Meldekategorie „Weitere bedrohliche Krankheiten“ (WBK) übermittelt, am häufigsten Windpocken-

Fälle: Im Jahr 2013 waren es insgesamt $n = 1.199$ Windpocken-Fälle in dieser Kategorie. Eine Bewertung dieser Fälle entsprechend der Fall- und Referenzdefinitionen ist nur sehr eingeschränkt möglich. Da die vermeintlichen Windpocken-Fälle unter den WBK wiederum überdurchschnittlich häufig aus Sachsen und Brandenburg kamen, ergab eine Nachfrage in den beiden Landesstellen, dass es sich hierbei ganz überwiegend um Fälle von Herpes zoster handelte, die in Sachsen und Brandenburg nach Landesverordnung meldepflichtig sind und die mangels aktueller Software in der Kategorie WBK übermittelt wurden.

Außerdem wurden aus nahezu allen Bundesländern (für Keuchhusten vor allem aus den alten Bundesländern) in den vier neuen Meldekategorien zunächst Fälle übermittelt, für die keine hinreichenden Angaben vorlagen um sie hinsichtlich der Referenzdefinition bewerten zu können oder bei denen die vorhandenen Angaben zu Fehlklassifizierungen führten.

An dieser Stelle sei allen Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern und Landesstellen gedankt, die sich mit Einführung der neuen Meldepflichten um die Umsetzung, Fallrecherchen und Übermittlung der Fälle trotz bestehender technischer Defizite bemüht haben. Bitte bleiben Sie weiter so engagiert!

Weil aufgrund von Software-Updates in den Übermittlungsstellen die oben beschriebenen Einschränkungen bei der Übermittlung deutlich zurückgegangen sind, sollen die Meldezahlen nun regelmäßig veröffentlicht werden.

Während bis Mitte 2013 lediglich 124 von 387 Gesundheitsämtern (32 %) über eine geeignete Software verfügten, um die Meldesachverhalte adäquat zu den in den Falldefinitionen des RKI vorgegebenen Standards übermitteln zu können, so hat sich diese Zahl bis Anfang Januar 2014 auf 201 von 383 (52 %) erhöht (siehe Tab. 1; S. 36). Gleichzeitig ging auch die Zahl der übermittelten Fälle, für die keine hinreichenden Angaben für die Bewertung hinsichtlich der Referenzdefinition vorliegen, deutlich zurück.

Probleme bestehen allerdings weiterhin bei der Übermittlung der VZV-Fälle: Im Jahr 2013 wurden mehr als 1.500 Fälle übermittelt, die keiner der beiden Krankheitsformen Windpocken oder Herpes zoster eindeutig zugeordnet werden konnten. Eine problemlose Zuordnung und Unterscheidung ist nur mit Hilfe aktueller Übermittlungssoftware möglich.

Gegenwärtig wird mit Hilfe aufwändiger Prüfalgorithmen versucht, die Krankheitsform bzw. Referenzdefinition zu berechnen. Dieses Verfahren kann jedoch nur annähernd genaue Ergebnisse liefern und die direkte Eingabe und Übermittlung nicht ersetzen.

In der Tabelle 1 ist die Zahl der Übermittlungsstellen aufgelistet, die derzeit über aktuelle Software verfügen.

Bundesland	Gesundheitsämter		Übermittelte Fälle in Meldekategorie Windpocken (1. MW 2014)			
	Anzahl Gesundheitsämter insgesamt	davon mit SurvNet3 kompatibler Software	Krankheitsform Windpocken	Krankheitsform Herpes zoster	Nicht kategorisierbare Fälle	Gesamt übermittelt
Baden-Württemberg	38	0	63	0	11	74
Bayern	76	60	43	1	4	48
Berlin	13	0	11	0	1	12
Brandenburg	18	0	10	0	0	10
Bremen	2	2	10	1	0	11
Hamburg	7	7	3	0	0	3
Hessen	25	14	14	0	3	17
Mecklenburg-Vorpommern	9	0	2	0	1	3
Niedersachsen	45	21	13	0	0	13
Nordrhein-Westfalen	54	38	57	6	12	75
Rheinland-Pfalz	26	22	9	1	2	12
Saarland	6	6	0	1	0	1
Sachsen	13	13	12	3	22	37
Sachsen-Anhalt	14	7	10	1	0	11
Schleswig-Holstein	15	3	3	0	0	3
Thüringen	22	8	3	0	0	3
Deutschland	383	201	263	14	56	333

Tab. 1: Übersicht über Gesundheitsämter mit Übermittlungssoftware, die RKI-Falldefinitionen adäquat umsetzt sowie übermittelte Fälle in der Meldekategorie Windpocken in der 1. Meldewoche (MW) 2014 nach Krankheitsform; Stand: 22.01.2014

Außerdem werden beispielhaft alle in der Meldekategorie Windpocken in der ersten Meldewoche 2014 übermittelten Fälle aufgezählt, die den beiden Krankheitsformen zugeordnet werden konnten sowie die Fälle, die auch nach dem Prüfverfahren nicht eindeutig zuordenbar sind.

Diese Tabelle wird in größeren Abständen im *Epidemiologischen Bulletin* aktualisiert erscheinen und jeweils mit dem zuletzt veröffentlichten Stand verglichen. Damit soll es möglich sein die wöchentlich publizierten Daten noch besser bewerten zu können.

Zusammenfassung

Die Einführung der Meldepflichten für die impfpräventablen Krankheiten Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken stellt hinsichtlich der Möglichkeiten der Intervention und für die Public-Health-Bewertung der Auswirkungen der Impfpfehlungen einen wichtigen Meilenstein für die infektionsepidemiologische Surveillance dar. Obwohl die Einführung der neuen Meldepflichten langfristig bekannt war und vorbereitet wurde, erfolgte die Umsetzung der Übermittlungen nur sehr schleppend – Hauptgrund hierfür waren die technisch-organisatorischen Voraussetzungen in den Gesundheitsämtern.

Die Veröffentlichung der neuen Meldedaten ist notwendig, um zu dokumentieren, wie der gesetzliche Auftrag zur Übermittlung (Gesundheitsämter und Landesstellen) und zur Publikation (durch das RKI) der Meldedaten erfüllt wird. Die Daten geben nicht nur einen Überblick zur epidemiologischen Lage sondern sollen auch allen am Meldesgeschehen Beteiligten eine Reflektion über ihre Aktivitäten

geben. Sie werden daher ab sofort in die Routine-Berichterstattung im *Epidemiologischen Bulletin* aufgenommen. Um noch bestehende Einschränkungen für die Interpretation dieser Daten deutlich zu machen, wird im Jahr 2014 für die vier neuen Meldekategorien Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken kein Vorjahreswert in der entsprechenden Tabelle ausgewiesen.

Eine Bewertung der Datenlage im Einzelnen sowie im Vergleich zu vorliegenden Daten aus zurückliegenden Jahren auf der Basis von Landesverordnungen wird an anderer Stelle erfolgen.

Literatur

1. Wichmann O: Neue Meldepflichten: Was Ärzte beachten sollten. Dtsch Arztebl 2013; 110(18): A-879 / B-766 / C-762
2. European Centre for Disease Prevention and Control (2012). Guidance and protocol for the use of realtime PCR in laboratory diagnosis of human infection with *Bordetella pertussis* or *Bordetella parapertussis*. Stockholm: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Guidance-protocol-PCR-laboratory-diagnosis-bordetella-pertussis-parapertussis.pdf>
3. Guiso N, Berbers G, Fry NK, et al.: What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2011;30:307–12
4. Riffelmann M, Thiel K, Schmetz J, Wirsing von Koenig CH: Performance of Commercial Enzyme-Linked Immunosorbent Assays for Detection of Antibodies to *Bordetella pertussis*. J Clin Microbiol 2010;48:4459–63

Hinweise auf Veranstaltungen

„Neues zur Tuberkulose in Deutschland“ – Tagung zum Welttuberkulosekongress 2014

Termin: 17.03.2014

Veranstaltungsort: Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

Ziele und Inhalt: Tuberkulose ist in Deutschland weiter von großer Public-Health-Relevanz. Der Rückgang der Fallzahlen stagniert in den letzten Jahren und Medikamentenresistenzen sowie oftmals schwierige soziale Rahmenbedingungen stellen für eine erfolgreiche Tuberkulosekontrolle komplexe Herausforderungen dar. In Zeiten abnehmender Erfahrung mit dieser Infektionskrankheit gewinnt ein konzertiertes Vorgehen mit Beteiligung aller in die Diagnose, Therapie, Betreuung, Surveillance und Forschung eingebundenen Partner weiter an Bedeutung.

Die Tagung zum Welttuberkulosekongress informiert die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über neue praxisrelevante Entwicklungen zur Tuberkulose in Deutschland und bietet Gelegenheit zum fachlichen Austausch und zur Diskussion. Die Veranstaltung richtet sich an alle in der Tuberkulosekontrolle, -fürsorge, -patientenversorgung und -forschung tätigen Personen und daran Interessierte, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des ÖGD, Hausärzte, Pneumologen, Internisten sowie andere im Gesundheitswesen Beschäftigte und Studierende.

Hinweis: Die Veranstaltung wird von der Ärztekammer Berlin für die ärztliche Fortbildung mit 5 Punkten zertifiziert.

Organisation/Wissenschaftliche Leitung: Die Veranstaltung wird organisiert durch das Robert Koch-Institut (RKI) in Kooperation mit dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), dem Forschungszentrum Borstel (FZB) und dem Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien (NRZ) mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist bis zum 24.02.2014 erforderlich. Weitere Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie unter: <http://www.rki.de/DE/Content/Service/Veranstaltungen/Tuberkulose-Tagung.html>

Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Termin: 26.03.2014–28.03.2014, 15:30 Uhr

Veranstaltungsort: Hörsaal des Bundesinstituts für Risikobewertung, Diederichsdorfer Weg 1, 12277 Berlin (Marienfelde)

Veranstalter: Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Umweltbundesamt (UBA) und Robert Koch-Institut (RKI)

Ziele und Inhalt: Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2014. Vom 26. bis 28. März 2014 findet in Berlin die Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst statt. Die Teilnahme ist kostenlos. Sie richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen

und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer staatlicher Einrichtungen. Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärztinnen und Tierärzte wurden beantragt. Es ist geplant, die Veranstaltung durch die Apothekerkammer zertifizieren und von der Zertifizierungsstelle für die Fortbildung von Lebensmittelchemikern anerkennen zu lassen. Die Veranstaltung ist nicht öffentlich.

Themenkomplexe:

- ▶ Mittwoch 26.03.2014
Verbraucherschutz
- ▶ Donnerstag 27.03.2014
Umwelt und Gesundheit
- ▶ Freitag 28.03.2014
Gesundheitsschutz

Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist bis zum 26.03.2014 erforderlich. Weitere Informationen zum Programm und zur Anmeldung finden Sie unter: http://www.rki.de/DE/Content/Service/Veranstaltungen/OeGD-Fortbildung_2014.html

Forum Infektionsmedizin Freiburg

Termin: 20.03.2014–21.03.2014

Veranstaltungsort: Zentrum Infektionsmedizin Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg i. Breisgau

Schwerpunkthemen: Vancomycin-resistente Enterokokken, Respiratorische Infektionen bei Kindern und Erwachsenen

Ziele und Inhalt: Das Zentrum Infektionsmedizin am Universitätsklinikum Freiburg veranstaltet erstmalig ein zweitägiges Forum zu aktuellen Fragestellungen in der Klinischen Infektiologie, der Infektionsprävention und der Medizinischen Mikrobiologie und Virologie. Einerseits soll der gerade in Deutschland zunehmende Nachweis von Vancomycin-resistenten Enterokokken wissenschaftlich, aber auch aus Sicht der klinischen Praxis beleuchtet werden. In der Diskussion sollen aktuelle, tragfähige Handlungsoptionen herausgearbeitet werden.

Am zweiten Tag stehen respiratorische Infektionen im Fokus, die weiterhin einen sehr relevanten Anteil an der Krankheitslast beitragen. Neben epidemiologischen Aspekten werden auch hier klinisch-praktische Fragestellungen vertieft.

Weitere **Informationen** finden Sie auf unserer Website: <http://www.uniklinik-freiburg.de/iuk/live/veranstaltungen/fff2014.html>

Anmeldeschluss ist der 31.01.2014.

Für **Rückfragen** steht Ihnen Frau Anja Klinger-Bock (Tel +49 761 270-82360, E-Mail: anja.klinger-bock@uniklinik-freiburg.de) zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2014 (Datenstand: 22.1.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	64	64	53	0	0	2	3	3	1	9	9	14	0	0	1
Bayern	74	74	53	2	2	5	3	3	5	21	21	27	0	0	0
Berlin	28	28	32	0	0	1	4	4	2	12	12	5	0	0	0
Brandenburg	14	14	23	1	1	0	2	2	0	18	18	8	0	0	0
Bremen	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Hamburg	20	20	11	0	0	1	3	3	1	3	3	2	0	0	0
Hessen	34	34	28	0	0	0	1	1	2	1	1	12	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	15	15	9	0	0	1	3	3	3	4	4	3	0	0	0
Niedersachsen	37	37	39	1	1	0	0	0	3	15	15	20	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	152	152	168	3	3	4	10	10	13	20	20	36	0	0	0
Rheinland-Pfalz	34	34	39	1	1	1	5	5	0	9	9	9	0	0	0
Saarland	9	9	14	0	0	1	1	1	0	2	2	5	0	0	0
Sachsen	32	32	34	1	1	1	8	8	6	16	16	7	0	0	0
Sachsen-Anhalt	16	16	18	1	1	1	6	6	1	6	6	7	0	0	0
Schleswig-Holstein	24	24	15	0	0	0	1	1	1	5	5	6	0	0	0
Thüringen	26	26	14	0	0	0	4	4	2	7	7	7	0	0	0
Deutschland	582	582	552	10	10	18	54	54	40	148	148	169	0	0	2

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	1	1	1	271	271	179	27	27	26	5	5	5	0	0	0
Bayern	3	3	0	207	207	290	42	42	50	2	2	8	1	1	1
Berlin	1	1	0	113	113	71	11	11	14	3	3	2	1	1	2
Brandenburg	1	1	0	160	160	66	12	12	47	0	0	3	0	0	4
Bremen	0	0	0	7	7	18	2	2	2	0	0	1	0	0	0
Hamburg	0	0	0	27	27	48	4	4	15	1	1	4	0	0	0
Hessen	1	1	0	84	84	151	14	14	34	2	2	5	1	1	4
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	1	50	50	97	9	9	8	1	1	1	1	1	0
Niedersachsen	4	4	1	187	187	256	24	24	55	6	6	3	1	1	2
Nordrhein-Westfalen	2	2	8	423	423	478	69	69	148	6	6	9	1	1	2
Rheinland-Pfalz	0	0	1	99	99	165	14	14	20	0	0	0	1	1	0
Saarland	0	0	0	10	10	48	5	5	8	0	0	1	0	0	1
Sachsen	2	2	1	128	128	126	34	34	29	3	3	2	2	2	0
Sachsen-Anhalt	4	4	0	117	117	131	18	18	11	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	1	1	0	43	43	77	10	10	9	1	1	3	0	0	0
Thüringen	0	0	0	92	92	84	20	20	55	1	1	0	0	0	0
Deutschland	21	21	13	2.018	2.018	2.285	315	315	531	31	31	47	9	9	17

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2014 (Datenstand: 22.1.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ++			Hepatitis C ++			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014	2013	1.-1.	2014	2013	1.-1.	2014	2013	1.-1.	2014	2013	1.-1.	2014	2013	1.-1.
Baden-Württemberg	0	0	1	1	1	3	3	3	3	1	1	0	5	5	7
Bayern	1	1	0	0	0	1	15	15	5	2	2	2	7	7	8
Berlin	2	2	1	0	0	1	3	3	1	3	3	1	3	3	7
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Hessen	1	1	4	0	0	3	3	3	5	0	0	0	3	3	7
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Niedersachsen	2	2	0	0	0	1	2	2	4	1	1	0	5	5	2
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	3	3	2	7	7	7	0	0	1	13	13	3
Rheinland-Pfalz	0	0	3	1	1	1	3	3	3	0	0	0	1	1	0
Saarland	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Sachsen	0	0	0	0	0	0	2	2	5	0	0	1	0	0	7
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Thüringen	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0	0
Deutschland	6	6	11	6	6	14	40	40	38	10	10	6	42	42	54

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken		
	2014	2013	1.-1.	2014	1.-1.	2014	1.-1.	2014	1.-1.	2014	1.-1.	
Baden-Württemberg	1	1	0	0	0	0	0	13	13	63	63	
Bayern	0	0	0	9	9	0	0	24	24	43	43	
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	5	5	11	11	
Brandenburg	2	2	0	0	0	0	0	2	2	10	10	
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	
Hessen	0	0	0	1	1	0	0	4	4	14	14	
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Niedersachsen	0	0	0	0	0	0	0	2	2	13	13	
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	7	7	0	0	9	9	57	57	
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	3	3	9	9	
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	5	5	12	12	
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	5	5	10	10	
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	5	5	3	3	
Deutschland	3	3	0	17	17	0	0	78	78	263	263	

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

1. Woche 2014 (Datenstand: 22.1.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	1. Woche	1.–1. Woche	1.–1. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	23	23	83	1.957
Brucellose	0	0	0	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	0	97
Dengue-Fieber	6	6	14	870
FSME	1	1	1	411
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	0	76
Hantavirus-Erkrankung	4	4	4	159
Hepatitis D	0	0	0	31
Hepatitis E	9	9	5	441
Influenza	22	22	331	70.186
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	0	12	354
Legionellose	7	7	16	917
Leptospirose	0	0	1	81
Listeriose	5	5	9	462
Ornithose	0	0	0	10
Paratyphus	1	1	2	56
Q-Fieber	0	0	0	115
Trichinellose	0	0	0	14
Tularämie	0	0	0	20
Typhus abdominalis	1	1	2	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber

Niedersachsen, 45 Jahre, männlich (Infektionsland Philippinen, 44. Woche 2013)
(16. Chikungunya-Fall 2013)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 3. Kalenderwoche 2014

Die Werte des Praxisindex und der Konsultationsinzidenz sind bundesweit im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die Aktivität der ARE lag insgesamt im Bereich der Hintergrundaktivität.

Internationale Situation

► Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Von 30 Ländern, die für die 2. KW 2014 Daten an EISN sandten, berichteten 4 Länder (Bulgarien, Griechenland, Portugal und Spanien) über eine mittlere klinische Aktivität. Alle anderen Länder verzeichneten eine geringe klinische Influenza-Aktivität. Portugal, Spanien und England berichteten über eine geografisch weit verbreitete Influenza-Aktivität (<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-surveillance-overview-17-jan-2014.pdf>).

► Ergebnisse der Influenzaüberwachung in den USA (CDC, FluView 2. KW 2014)

Für die 2. KW 2014 wurde in den USA weiterhin eine hohe Influenza-Aktivität verzeichnet. Alle 10 Regionen berichteten über eine erhöhte ILI-Aktivität oberhalb der Basislinie, allerdings mit einem niedrigeren Wert als in der Vorwoche. Unklar ist, ob damit der Höhepunkt der Grippe-welle in den USA bereits erreicht wurde. Die Mortalität wegen Influenza und Pneumonie, die zeitnah in 122 US-Städten registriert wird, lag für die 2. KW 2014 insgesamt mit 7,5 % leicht über dem epidemischen Schwellenwert von 7,2 % (http://www.cdc.gov/flu/weekly/pdf/External_F1402.pdf).

► Humane Erkrankungen mit aviärer Influenza A(H7N9)-Infektion in China

Die WHO berichtet weiterhin von einzelnen humanen Erkrankungen mit Influenza A(H7N9)-Viren in China. Insgesamt sind über 200 humane Fälle mit aviärer Influenza A(H7N9) bekannt. Weiterhin gibt es keinen Hinweis für eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung bei Erkrankungen mit aviären Influenza-A-Viren.

Informationen des RKI unter: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaereInfluenza/AviaereInfluenza_node.html sowie der WHO unter: <http://www.who.int/csr/don/en/index.html>

Quelle: Influenza-Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die Kalenderwoche 3/2014

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 allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 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