



Epidemiologisches Bulletin

10. Februar 2014 / Nr. 6

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Fallbericht

Auftreten von konvulsiven Synkopen im Rahmen einer Influenza-Infektion bei einem 14-jährigen Jungen

Im Folgenden wird von einem 14 Jahre alten Jungen berichtet, der im März 2013 am späten Abend in der Kinderrettungsstelle vorgestellt wurde, nachdem er zu Hause im Badezimmer plötzlich bewusstlos geworden und gestürzt war und sich dabei eine Platzwunde am Hinterkopf zugezogen hatte. Die Bewusstlosigkeit (Synkope) hatte nur wenige Sekunden gedauert. Auf dem Weg in die Klinik und während der Blutentnahme in der Rettungsstelle kam es zu zwei weiteren kurzzeitigen Synkopen, die bis dahin bei dem Jungen nie beobachtet worden waren.

Bei der körperlichen Untersuchung fanden sich nur ein auffallend schlanker Habitus sowie diskrete Erkältungszeichen (Schnupfen, geringer Husten und ein leicht geröteter Rachen), Fieber oder Meningismus lagen nicht vor, ein Elektrokardiogramm (EKG) war unauffällig. Als Arbeitshypothese wurden Affekt-induzierte Synkopen angenommen, da die o. g. zweite und dritte Synkope mit Stress, Angst oder Schmerz assoziiert gewesen waren. Der Junge wurde zur Beobachtung der Vitalparameter (Herzfrequenz, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Blutdruck) über Nacht aufgenommen, während der er stabil blieb.

Am Morgen des nächsten Tages ereigneten sich drei weitere Synkopen, die folgendermaßen abliefen: Im Bett liegend wurde der Junge plötzlich blass im Gesicht, entwickelte ein gräulich-zyanotisches Munddreieck, verlor dann das Bewusstsein, verdrehte die Augen und zuckte symmetrisch mit beiden Armen, um nach ca. zehn Sekunden wieder zu sich zu kommen.

Somit war es zu insgesamt sechs Synkopen gekommen; bei fünf Synkopen hatte der Junge gelegen, und bei drei Synkopen wurde eine begleitende Krampfsymptomatik beobachtet. Obwohl der Junge weiterhin fieberfrei war und keine Symptome einer Meningitis aufwies, wurden ihm Cefotaxim sowie Aciclovir verabreicht.

In der Diagnostik zeigten die Blutwerte weder Entzündungszeichen noch waren die Herzenzyme erhöht; eine Augenhintergrundspiegelung schloss eine Stauungspapille aus; eine Schädel-Tomographie zeigte einen Normalbefund; ein Elektroenzephalogramm (EEG) ergab keine Hinweise auf eine Epilepsie. Ein nochmalig durchgeführtes EKG, ein Langzeit-EKG und ein Echokardiogramm waren sämtlich ohne pathologischen Befund. Eine Liquorpunktion wurde seitens der Eltern abgelehnt.

Allerdings wurde auf der während der Synkopen durchgeführten Monitoraufzeichnung eine abrupt auftretende, sich über mehrere Herzaktionen sukzessive verstärkende Bradykardie bis hin zu einer Asystolie von maximal 8,9 Sekunden aufgezeichnet. Somit wurde folgende neue Arbeitsdiagnose gestellt: durch erhöhten Vagotonus verursachte Asystolie mit Bewusstlosigkeit und sekundär hypoxisch bedingtem Krampfäquivalent.

Diese Woche 6/2014

Influenza

Fallbericht zum Auftreten von konvulsiven Synkopen im Rahmen einer Influenza-Infektion

Nationale Referenzzentren/ Konsiliarlaboratorien

Evaluation der Konsiliarlabore im Jahr 2013

Antibiotika-Resistenz

Kommentierung der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie

Poliomyelitis

Zur aktuellen Situation in Syrien

Nachruf

Prof. Reinhard Kurth

Hinweise auf Veranstaltungen

- ▶ BMBF-ELSA-Klausurwoche
- ▶ 18. Symposium der ICHS
- ▶ Erratum

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen November 2013
- ▶ Aktuelle Statistik 3. Woche 2014

ARE/Influenza

Zur Situation in der 5. Woche 2014



Schließlich erbrachte der wegen der Erkältungszeichen durchgeführte Rachenabstrich eine mögliche Erklärung. In der an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza geschickten Probe konnten Influenzaviren des Subtyps A (H₃N₂) nachgewiesen werden. Eine Untersuchung auf andere Viren mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) sowie eine Serologie mittels gepaarter Proben auf Influenza, neurotrope oder kardiogene Viren erfolgte nicht.

Bemerkenswert an dieser Kasuistik ist die Tatsache, dass die kardiovaskulären und neurologischen Symptome die Klinik beherrschten, während die Erkältungssymptome lediglich als belangloser Nebenfund erschienen. Da der Junge aber weder in der Vorgeschichte noch im weiteren Verlauf solche Episoden geboten hat, muss die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine Influenza-Infektion in direktem kausalem Zusammenhang mit diesen steht.

Bewertung

Unter den extrapulmonalen Komplikationen von Influenza-Infektionen sind neurologische und kardiale Komplikationen von besonderer Bedeutung und werden häufig unterbewertet. Die häufigsten neurologischen Komplikationen sind Krampfepisoden (z. B. im Rahmen eines Fieberkrampfes oder einer vorbestehenden Epilepsie) und die Enzephalopathie, definiert als ein mehr als 24 Stunden anhaltender veränderter Bewusstseinszustand.¹ Die bei diesem Jungen durchgeführten diagnostischen Maßnahmen konnten ein primär neurologisches Geschehen ausschließen. Eine kardiale Beteiligung kommt bei Influenza-Infektionen möglicherweise relativ häufig vor, hat aber nur in seltenen Fällen klinische Relevanz.² In einer prospektiven amerikanischen Studie aus den Jahren 2000 bis 2002 wurden in 53 % bei 30 erwachsenen Patienten mit laborbestätigter Influenza-

Infektion anfängliche EKG-Veränderungen beobachtet, die jedoch klinisch nicht bedeutsam waren.³ Dabei wurden vor allem T-Wellen-Veränderungen, ST-Hebungen und Verbreiterungen des QRS-Komplexes beschrieben, auffällige Bradykardien kamen nicht vor. Im Rahmen einer größeren kanadischen Studie bei hospitalisierten Kindern mit Influenza aus der Saison 2003/2004 wurde eine Myokarditis in zwei Fällen (0,4 %) beobachtet.⁴

Der hier vorliegende Fall zeigt, dass während einer Grippeperiode auch bei leichteren Atemwegserkrankungen, die mit einer neurologischen oder kardialen Symptomatik einhergehen, an eine Influenza-Infektion gedacht werden sollte. Dies ermöglicht eine frühzeitige Influenza-Diagnostik und spezifische Therapie mit Neuraminidasehemmern, auch wenn aussagekräftige Arzneimittelstudien hierzu fehlen.

Literatur

1. Ekstrand JJ: Neurologic complications of influenza. *Seminars in pediatric neurology*. 2012;19(3):96-100. Epub 2012/08/15
2. Mamas MA, Fraser D, Neysey L: Cardiovascular manifestations associated with influenza virus infection. *International journal of cardiology*. 2008;130(3):304-9. Epub 2008/07/16
3. Ison MG, Campbell V, Rembold C, Dent J, Hayden FG: Cardiac findings during uncomplicated acute influenza in ambulatory adults. *Clin Infect Dis*. 2005;40(3):415-22. Epub 2005/01/26
4. Moore DL, Vaudry W, Scheifele DW, Halperin SA, Dery P, Ford-Jones E, et al.: Surveillance for influenza admissions among children hospitalized in Canadian immunization monitoring program active centers, 2003-2004. *Pediatrics*. 2006;118(3):e610-9. Epub 2006/09/05

Für diesen Bericht danken wir Dr. Christian Peiser, Dr. Barbara Rath und Prof. Philippe Stock. Dr. Peiser steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: christian.peiser@charite.de).

Evaluation der Konsiliarlabore im Jahr 2013

Im Rahmen der „Konzertierten Aktion“ zur Neugestaltung der Infektionsepidemiologie in Deutschland wurden seit 1995 umfangreiche Maßnahmen zum Aufbau eines Infektionsepidemiologischen Netzwerkes sowie zur Etablierung eines Verbundes von Nationalen Referenzzentren (NRZ) und Konsiliarlaboren (KL) getroffen.

Gegenwärtig sind in Deutschland insgesamt 19 NRZ etabliert, die wesentliche Elemente des Infektionsschutzes darstellen und die infektionsepidemiologische Surveillance der zuständigen Behörden durch erregerspezifische Fachkompetenz in Bereichen ergänzen, die von besonders hoher Public-Health-Relevanz sind. Um für ein möglichst breites Spektrum von Krankheitserregern fachlichen Rat vorhalten zu können, werden neben den NRZ zusätzlich KL zu weiteren gesundheitsrelevanten Infektionserregern gefördert. NRZ und KL beschäftigen sich mit der Entwicklung bzw. Verbesserung diagnostischer Verfahren der jeweiligen ihnen zugeordneten Erreger, deren Spezialdiagnostik und mit Resistenz- und Virulenz-Aspekten. Außer-

dem beraten diese Labore beispielsweise den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie andere Labore und Forschungsinstitute.

In der Berufungsperiode 2011–2013 waren in Deutschland insgesamt 48 KL etabliert. Die Berufung der KL erfolgt jeweils für einen dreijährigen Zeitraum. Eine Evaluation zum Ende der Berufungsperiode entscheidet über die Weiterführung der KL. Bei den 48 berufenen KL endete die Berufungsperiode am 31. Dezember 2013. Die Beurteilung der Leistungen wurde am 2. September 2013 vom Wissenschaftlichen Beirat für Public Health Mikrobiologie (ehemals Kommission Infektionsepidemiologie), dem Robert Koch-Institut und dem Bundesministerium für Gesundheit vorgenommen. Wesentliche Beurteilungskriterien waren Public-Health- und ÖGD-Relevanz, Netzwerkaktivitäten, Arbeiten im Rahmen der Qualitätssicherung, Veröffentlichungen sowie die Einschätzung der Weiterentwicklung von diagnostischen Verfahren. Außerdem wurde diskutiert, welche klinische Bedeutung die Erreger in der

Zukunft haben und wie groß die Bedeutung der Erreger für die Gesundheit der Bevölkerung ist.

Die Evaluation ergab, dass die große Mehrheit der KL eine hervorragende Arbeit geleistet hat und sowohl national als auch international bedeutsame Ansprechpartner für verschiedene Fachkreise darstellen. Dies wird durch eine Vielzahl von neu etablierten bzw. weiterentwickelten Verfahren sowie Publikationen eindrucksvoll belegt. Aufgrund von begrenzten Ressourcen musste jedoch eine Priorisierung hinsichtlich der Public-Health- und ÖGD-Relevanz unter Berücksichtigung möglicher Überlappungen von Tätigkeitsfeldern durch verschiedene KL und NRZ vorgenommen werden.

Aufgrund der vorgenommenen Leistungsbeurteilung und der Priorisierung wurde für 37 KL die Weiterführung für die nächste dreijährige Berufungsphase beschlossen. Insgesamt neun KL werden nicht weitergeführt. Gründe hierfür waren zum Beispiel die Niederlegung der Leitung, die

geringe Public-Health- oder ÖGD-Relevanz des Erregers oder die Überlappung von Aufgabenbereichen mit anderen KL oder NRZ. Weitere drei KL wurden neu ausgeschrieben: Die Leitung des KL für Hepatitis A und E sowie des KL für *Tropheryma whipplei* wurde aufgrund eines Leitungswechsels im Anschluss an die Evaluation neu ausgeschrieben. Des Weiteren wurde ein neues KL für CMV und EBV ausgeschrieben. Dieses KL soll sowohl kongenitale CMV-Infektionen als auch CMV-Infektionen bei immunsupprimierten Erwachsenen zum Schwerpunkt haben. Des Weiteren wurde das Aufgabenspektrum dieses KL durch EBV ergänzt. Darüber hinaus werden in der nächsten Berufungsperiode zwei neue KL (KL für *Bacillus anthracis* und KL für *Clostridium botulinum*) berufen. Die Bewerbungsfrist für alle Neuausschreibungen endete am 31. Januar 2014.

Das komplette Verzeichnis der zurzeit 19 NRZ und 37 KL mit einem ausführlichen Leistungsangebot ist unter www.rki.de/nrz-kl veröffentlicht.

Kommentierung der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)

Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie DART wurde 2008 durch das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung unter Beteiligung der Länder und weiterer Verantwortlicher im Gesundheitswesen entwickelt und veröffentlicht. Hauptziel ist die Reduzierung der Entstehung und Weiterverbreitung von antimikrobiellen Resistenzen. Die Umsetzung der in der DART enthaltenen Maßnahmen erfolgte bis Ende 2013.

Derzeit wird die DART weiterentwickelt und an die aktuelle Situation angepasst. Anlässlich des Europäischen Antibiotikatages (EAAD) am 18. November 2013 ist ein überarbeiteter Entwurf vorgestellt worden. Noch bis zum 28. Februar 2014 besteht die Möglichkeit, den Entwurf zu kommentieren. Kommentare können an das Postfach dart@bmg.bund.de gerichtet werden.

Den Entwurf steht unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/A/Antibiotikaresistenzstrategie/11113_DART_Entwurf_Druck.pdf zum Download bereit.

Poliomyelitis-Fälle in Syrien – Update

Ende Januar 2014 hat die WHO neue Zahlen zu bestätigten Poliofällen in Syrien gemeldet. Statt bisher 17 Fälle (Stand 26. November 2013) werden jetzt 23 von der syrischen Regierung bestätigte und 13 zusätzliche Fälle aus anderen Quellen berichtet (www.polioeradication.org/tabid/488/iid/350/Default.aspx). Letztere wurden in einem WHO-akkreditierten Labor in der Türkei (gehört zur WHO-Region EURO) untersucht. Die syrische Regierung erkennt aber nur Befunde aus den für die WHO-Region EMRO akkreditierten Laboren offiziell an. Der Symptombeginn des letzten Falls wird mit 17. Dezember 2013 angegeben. Da die Surveillance von akut auftretenden schlaffen Paresen (AFP) in den von Aufständischen kontrollierten Gebieten Syriens nur eingeschränkt funktioniert, liegt die tatsächliche Fallzahl möglicherweise deutlich höher.

In der ersten Januar-Woche 2014 wurde die dritte Runde der Impfkampagne mit oralem Polioimpfstoff (OPV) in Syrien und den Nachbarländern durchgeführt. Nach Presseberichten wurde ein großer Teil der Kinder in den von

Aufständischen kontrollierten Gebieten Syriens in dieser Runde zum ersten Mal erreicht, d. h. diese Kinder haben erst eine Dosis OPV erhalten und sind somit nur unvollständig gegen Polio geschützt. Zurzeit findet die vierte von insgesamt sechs geplanten Impfrunden statt.

Vor diesem Hintergrund besteht nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) weiterhin ein Risiko für eine Einschleppung von Polioviren aus Syrien. Deshalb gelten die Empfehlungen des RKI in der Fassung vom 29. November 2013 weiter (http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/P/Polio/Ausbruch_Syrien/Polio_Syrien_Empfehlungen_node.html).

Bislang wurde im Rahmen der Stuhl-Surveillance bei Kindern aus Syrien, die als Asylbewerber nach Deutschland gekommen sind, kein Polio-Wildvirus nachgewiesen.

Zum Tod von Reinhard Kurth



Am Sonntag, dem 02. Februar 2014, verstarb nach langer Krankheit der ehemalige Präsident des Robert Koch-Instituts, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Reinhard Kurth. Sein Wirken prägt das Institut bis heute. Unter seiner Leitung und Präsidentschaft in den Jahren von 1996 bis 2008 wurde das Robert Koch-Institut neu aufgestellt und zu einem modernen Public-Health-Institut ausgebaut. Zuvor, in den Jahren 1986 bis 2001, war Reinhard Kurth Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts, das unter seiner Leitung das heutige Profil als regulatorische Behörde und Forschungsinstitut erhielt. In den Jahren 2004 bis 2007 war er, neben seiner Präsidentschaft im Robert Koch-Institut, Kommissarischer Leiter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Auch hier hat er wesentliche Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Instituts getroffen und damit maßgeblich zu dessen Modernisierung und Zukunftsfähigkeit beigetragen. Nach seinen Tätigkeiten als Präsident großer Bundesinstitute führte Reinhard Kurth bis zuletzt weiterhin seine Aufgaben als Vorsitzender des Stiftungsrates für die Schering Stiftung.

Bereits nach der Bestallung zum Arzt im Jahr 1969 führte ihn sein beruflicher Weg in die Forschung. Ihm blieb er zeitlebens eng verbunden. Sein Spezialgebiet waren Forschungsarbeiten zur Pathogenese und Immunbiologie von Retroviren. Alle drei existierenden Retrovirusfamilien sind von ihm untersucht worden, die Humanen Immundefizienzviren (HIV), die Humanen T-lymphotropen Viren (HTLV) und die Humanen endogenen Retroviren des Menschen (HERV).

Seine wissenschaftlichen Arbeiten begann Reinhard Kurth zunächst am Max-Planck-Institut für Virusforschung in Tübingen. Von 1971 bis 1973 war er dann erstmals im Robert Koch-Institut tätig, als wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Virologie. 1976 folgte die Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten mit Lehrbefugnis an der

Universität Tübingen. Seit 1983 war er Honorarprofessor an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Bereits 1980 hatte er die Leitung der Abteilung Virologie im Paul-Ehrlich-Institut übernommen, dessen Präsident er sechs Jahre später wurde.

Sein Rat war gefragt, seine Expertise wurde von vielen geschätzt. In Anerkennung seiner Leistungen und besonderen Fähigkeiten wurde er zum Mitglied in zahlreiche wissenschaftliche Gremien berufen, so z. B. als Vorsitzender des Stiftungsrates des Deutschen Rheumaforschungszentrums und als Vorsitzender der Hochschulräte der Universitäten in Gießen und Münster. Er war Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, der American Philosophical Society und der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Im Jahr 2005 wurde Reinhard Kurth für seine Verdienste in der Wissenschaft sowie bei der Entwicklung und Leitung wichtiger Bundesinstitute vom Bundespräsidenten das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Im Jahr 2006 wurde er von der Charité mit der Ehrendoktorwürde ausgezeichnet.

Mit Reinhard Kurth verliert die Bundesrepublik Deutschland einen Wissenschaftler und Institutsleiter, der sich um die Forschung und um den öffentlichen Gesundheitsdienst große Verdienste erworben hat. Auch in der Politikberatung war er bis zuletzt ein gefragter Experte. Großes geleistet hat Reinhard Kurth dabei schon in der Frühphase der HIV/AIDS-Epidemie, in der er für einen Umgang mit der Krankheit plädierte, der damals sehr umstritten war, heute jedoch selbstverständlich ist. Er war insbesondere in der HIV-Forschung ein ausgezeichnet vernetzter Wissenschaftler mit Kontakten und Freundschaften zu einigen der international führenden Forscher in diesem Bereich. Er verfügte über herausragende kommunikative Fähigkeiten. Dabei war es ihm immer auch ein Anliegen, Gesundheits- und Forschungsfragen auch Laien zu vermitteln, damit sich mündige Bürger ein eigenes Urteil bilden können. Zahlreiche Beiträge und Interviews in Hörfunk und Fernsehen, in Zeitungen und Zeitschriften sowie Vorträge bezeugen dies. Seine Stimme wird fehlen, bei allen, die ihn kannten, bei den Mitarbeitern der Institute, die er geleitet hat, in der Politik und in der Öffentlichkeit.

Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts

Hinweise auf Veranstaltungen

BMBF-ELSA-Klausurwoche „Meine Hände sind sauber...“ Aufklärung über Hygiene – medizinische, ethisch-rechtliche und soziokulturelle Dimensionen

Termin: 28.07.–02.08.2014

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Veranstalter: Prof. Dr. H. W. Ingensiep, Zentrum für Medizinische Biotechnologie (ZMB), Campus Essen; Prof. Dr. Walter Popp, Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Essen

Themen: Beim Thema Krankenhaushygiene stellen sich viele Fragen: Welche Aufklärungsart und Information bietet der „Experte“? Welche Rolle spielt der „Laie“ bzw. Patient, dessen Autonomie und Informationsanspruch? Welche Rechte und Pflichten hat der Patient? Was leistet die Psychologie der Hygiene? Welche Beiträge liefern Medien, Film, Literatur sowie die Geschichte der Hygiene? Was klärt die Sprache über „Stigmatisierung“, „Infektion“ und „Desinfektion“ auf? Ist das „Sammelweis-Syndrom“ in der Hygieneaufklärung überwunden? Welche interkulturellen oder persönlichen Einstellungen, welche institutionellen Loyalitätskonflikte oder gesundheitsökonomischen Hemmnisse tangieren die Hygieneaufklärung?

Zielgruppe: Die vom BMBF geförderte Klausurwoche ermöglicht 13 Nachwuchswissenschaftlern der Lebens, Geistes- und Sozialwissenschaften – unterstützt durch Experten – diese interdisziplinären Fragen zu diskutieren.

Bewerbungsfrist: Interessierte können sich durch Einreichung eines Abstracts für einen 30-minütigen Vortrag (max. 1.000 Wörter) mit Lebenslauf bis zum 01.03.2014 bewerben (E-Mail: h.w.ingensiep@uni-due.de). Für einen Sammelbandbeitrag wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 300 Euro gezahlt. Kosten für Reise, Unterkunft und Verpflegung werden übernommen.

Weitere Informationen unter www.uk-essen.de/krankenhaushygiene

18. Symposium der ICHS Infektionen bei immunsupprimierten Patienten

Termin: 15.06.–17.06.2014

Veranstaltungsort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Veranstalter: The International Immunocompromised Host Society (ICHS)

Themen: Das Mikrobiom; Infektionen bei transplantierten Patienten; Invasive Mykosen und Resistenzen; Therapie von Infektionen mit multiresistenten Bakterien; Infektionskomplikationen bei immunsupprimierten Kindern; Lebensbedrohliche Infektionen bei Krebspatienten mit Neutropenie; Prophylaxe und Therapie von Virusinfektionen bei transplantierten Patienten u. a.

Anmeldung und weitere Informationen unter www.ichs.org

Erratum zu Ausgabe 4/2014 des *Epidemiologischen Bulletins*

Im *Epidemiologischen Bulletin* 4/2014 wurde in den Veranstaltungshinweisen auch das "Forum Infektionsmedizin Freiburg" angekündigt. Leider hat sich dabei ein kleiner Fehler eingeschlichen, denn es heißt im veröffentlichten Text "Anmeldeschluss 31.01.2014". Dieses war jedoch lediglich der Anmeldeschluss für die reduzierten Teilnahmegebühren, ab 01.02.2014 müssen die vollen Anmeldegebühren gezahlt werden. Anmeldungen sind auf jeden Fall noch bis 13.03.2014 möglich. In der Online-Version der Ausgabe 4/2014 ist das entsprechend korrigiert (www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **November 2013** (Datenstand: 1.2.2014)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012					
Land	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.			
Baden-Württemberg	40	426	305	26	298	282	4	91	74	2	24	21	0	2	0
Bayern	56	565	520	43	419	399	7	83	95	0	22	27	0	1	1
Berlin	77	768	684	46	489	364	5	37	14	0	7	4	0	0	2
Brandenburg	1	61	54	4	61	61	0	8	7	0	0	0	0	2	3
Bremen	6	49	45	3	43	36	1	6	11	0	0	2	0	0	1
Hamburg	31	312	237	15	151	190	13	47	69	0	4	2	0	0	1
Hessen	19	334	366	32	261	219	16	91	50	0	4	10	0	3	1
Mecklenburg-Vorpommern	5	35	49	2	45	23	0	5	3	0	0	0	0	1	0
Niedersachsen	27	289	242	21	185	183	2	32	38	2	4	4	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	87	1.119	1.115	72	683	670	14	127	104	1	23	25	0	0	4
Rheinland-Pfalz	16	155	115	8	93	62	1	21	21	0	3	5	0	0	2
Saarland	1	49	29	3	31	30	1	9	2	0	0	1	0	0	0
Sachsen	19	214	163	12	130	107	0	12	15	0	1	1	0	0	1
Sachsen-Anhalt	6	81	70	3	61	53	0	9	3	0	0	1	0	0	1
Schleswig-Holstein	7	74	70	7	77	87	1	11	8	0	4	2	0	0	0
Thüringen	6	83	49	3	35	28	0	3	2	0	3	4	0	0	0
Deutschland	404	4.614	4.113	300	3.062	2.794	65	592	516	5	99	109	0	9	17

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2014 (Datenstand: 5.2.2014)

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
	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.
Baden-Württemberg	141	316	322	4	7	4	4	10	9	30	58	61	2	2	2
Bayern	137	322	354	3	8	14	12	21	26	29	79	109	0	2	3
Berlin	50	124	151	4	5	4	6	14	10	22	54	32	2	2	2
Brandenburg	38	76	87	1	2	0	10	13	13	14	47	44	0	1	0
Bremen	9	20	15	0	0	0	0	0	2	1	3	5	0	2	0
Hamburg	49	106	78	1	1	2	8	17	2	6	12	16	1	3	2
Hessen	91	195	141	0	0	1	2	4	5	9	17	63	0	0	3
Mecklenburg-Vorpommern	18	68	67	0	1	1	23	34	11	11	31	19	0	0	0
Niedersachsen	130	276	195	2	7	4	8	15	15	33	69	76	1	1	1
Nordrhein-Westfalen	387	1.070	958	1	8	10	17	42	37	55	118	177	0	0	4
Rheinland-Pfalz	72	202	174	0	2	6	3	13	6	12	40	48	1	2	2
Saarland	32	68	61	0	1	1	1	2	1	1	4	8	0	0	0
Sachsen	74	210	197	4	7	6	10	32	36	9	42	59	0	0	0
Sachsen-Anhalt	25	65	65	0	3	3	8	21	23	21	35	45	0	0	0
Schleswig-Holstein	64	160	104	1	2	1	1	3	7	8	19	17	0	0	0
Thüringen	47	108	71	0	0	2	4	10	17	16	32	49	0	0	2
Deutschland	1.364	3.386	3.040	21	54	59	117	251	220	277	660	828	7	15	21

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.
Baden-Württemberg	4	5	11	213	713	646	39	100	123	14	28	24	2	2	2
Bayern	6	15	10	279	737	970	61	179	199	9	17	40	1	2	5
Berlin	2	5	4	118	348	299	38	69	88	13	24	18	4	9	6
Brandenburg	2	4	4	142	437	274	25	71	112	1	3	11	2	3	6
Bremen	0	0	2	13	29	48	1	4	21	2	2	1	0	0	0
Hamburg	3	4	2	68	136	212	9	21	133	0	3	11	2	2	0
Hessen	3	6	10	125	334	491	33	63	112	4	12	14	2	5	7
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	3	131	271	483	57	92	97	6	12	4	1	2	2
Niedersachsen	9	16	10	185	607	759	41	95	197	2	8	10	1	5	2
Nordrhein-Westfalen	10	16	27	372	1.304	1.590	89	245	476	15	39	43	2	7	7
Rheinland-Pfalz	3	6	10	110	336	453	13	46	69	6	8	11	0	1	2
Saarland	0	1	0	16	61	124	23	44	16	0	2	1	0	0	1
Sachsen	4	14	24	304	812	689	97	225	178	4	10	15	1	5	6
Sachsen-Anhalt	2	6	7	139	400	431	17	54	48	2	4	3	1	1	4
Schleswig-Holstein	1	3	5	42	173	251	8	34	34	2	6	5	0	0	0
Thüringen	9	12	12	141	363	281	22	79	199	2	7	4	1	1	3
Deutschland	58	116	141	2.398	7.061	8.001	573	1.421	2.102	82	185	215	20	45	53

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-laboridiagnostisch bestätigt (für Masern, Mumps, Windpocken, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2014 (Datenstand: 5.2.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ++			Hepatitis C ++			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.
Baden-Württemberg	0	0	6	2	4	4	14	25	37	1	3	2	13	28	23
Bayern	0	3	8	1	6	8	15	38	37	1	4	3	7	24	33
Berlin	0	2	2	0	5	6	10	20	15	0	4	2	5	14	24
Brandenburg	0	0	4	0	0	0	2	5	4	0	0	0	2	5	5
Bremen	0	0	3	0	0	1	1	2	2	0	0	0	2	7	2
Hamburg	0	0	2	3	3	1	1	1	5	0	0	1	3	3	7
Hessen	3	5	5	1	2	4	11	26	28	1	1	0	4	13	15
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	5	0	1	2	2	2	1	0	1	0	0	1	5
Niedersachsen	2	7	5	3	3	3	3	7	14	0	2	6	15	24	15
Nordrhein-Westfalen	2	2	9	0	6	6	18	32	27	2	4	4	21	55	62
Rheinland-Pfalz	1	2	6	1	2	2	2	8	10	0	1	1	2	7	6
Saarland	0	0	2	0	1	0	2	3	3	0	0	1	2	3	5
Sachsen	0	0	0	1	1	3	14	25	14	0	0	3	3	4	13
Sachsen-Anhalt	1	1	1	0	0	1	1	2	5	0	1	0	3	3	10
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	3	7	6	1	2	4	1	3	6
Thüringen	0	0	1	0	1	2	4	10	3	0	1	3	1	3	1
Deutschland	10	23	59	12	35	43	103	213	211	6	24	30	84	197	232

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps			Röteln		Keuchhusten		Windpocken +++	
	2014		2013	2014		2013	2014		2014		2014	
	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	3.	1.-3.	3.	1.-3.	3.	1.-3.	
Baden-Württemberg	0	1	0	1	2	0	0	42	84	64	202	
Bayern	1	2	1	3	14	0	1	78	139	56	173	
Berlin	0	1	1	1	1	0	0	16	31	26	65	
Brandenburg	0	2	0	0	1	0	0	9	24	13	41	
Bremen	0	2	0	0	0	0	0	1	1	6	34	
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	11	16	9	15	
Hessen	0	0	0	0	5	0	0	17	34	15	48	
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	
Niedersachsen	0	1	0	0	1	0	0	36	55	32	84	
Nordrhein-Westfalen	0	0	1	13	33	0	0	51	101	110	292	
Rheinland-Pfalz	0	0	0	1	7	0	0	15	30	22	50	
Saarland	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	
Sachsen	0	0	0	1	1	1	1	11	23	29	70	
Sachsen-Anhalt	0	2	0	0	1	0	0	14	26	16	42	
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	5	9	10	20	
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	20	33	5	13	
Deutschland	1	11	3	21	67	1	2	328	610	413	1.154	

Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend. ++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2014 (Datenstand: 5.2.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	3. Woche	1.–3. Woche	1.–3. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	23	88	208	1.962
Brucellose	0	1	2	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	3	97
Dengue-Fieber	8	29	63	873
FSME	0	3	3	412
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	3	4	76
Hantavirus-Erkrankung	4	9	18	159
Hepatitis D	0	0	0	32
Hepatitis E	7	22	17	450
Influenza	82	163	2.896	70.210
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	13	32	386
Legionellose	13	28	44	920
Leptospirose	1	2	2	81
Listeriose	7	21	27	464
Ornithose	0	0	0	10
Paratyphus	0	1	5	57
Q-Fieber	3	5	6	115
Trichinellose	0	0	0	14
Tularämie	0	0	1	20
Typhus abdominalis	0	1	5	89

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 5. Kalenderwoche (KW) 2014

Die Werte des Praxisindex und der Konsultationsinzidenz sind bundesweit in der 5. KW 2014 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE) lag insgesamt im geringfügig erhöhten Bereich (Datenstand 04.02.2014).

Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Von den 28 Ländern, die für die 4. KW 2014 Daten an EISN sandten, berichtete Bulgarien über eine hohe und Griechenland, Luxemburg, Portugal und Spanien über eine mittlere klinische Aktivität. Alle anderen Länder verzeichneten eine geringe klinische Influenza-Aktivität (niedrigster Wert der Aktivitätseinstufung).

Während 16 Länder einen steigenden Trend beobachteten, wurde von den anderen zwölf Ländern ein stabiler Trend gemeldet. Bulgarien, Portugal, Spanien, Griechenland und England berichteten über eine geografisch weit verbreitete Influenza-Aktivität. Acht Länder verzeichneten eine lokal oder regional verbreitete Influenza-Aktivität.

Weitere Informationen unter <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-surveillance-overview-31-jan-2014.pdf>.

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

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtet weiterhin humane Erkrankungen mit Influenza A(H7N9)-Viren in China, inzwischen wurden über 280 Fälle bestätigt. Bisher gibt es keinen Hinweis für eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung bei Erkrankungen mit aviären Influenza A-Viren, es wird von einem in China lokalisierten, zoonotisch bedingten Krankheitsgeschehen ausgegangen. Reisende in oder nach China sollten dort insbesondere den Besuch von Geflügelmärkten vermeiden.

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die Kalenderwoche 5/2014

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: 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