



Epidemiologisches Bulletin

7. März 2016 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Das NRZMyk stellt vor: Nationales Register für Mykotische Keratitiden in Deutschland

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-013

Das vom Robert Koch-Institut (RKI) berufene Nationale Referenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen (NRZMyk) ist seit 2014 am Leibniz-Institut für Naturstoff-Forschung und Infektionsbiologie – Hans-Knöll-Institut in Jena angesiedelt. Es fungiert als Anlaufstelle für Kliniker und Mikrobiologen bei allen Fragen zur Diagnostik invasiver Pilzinfektionen. Im NRZMyk ist Expertise in den Bereichen Taxonomie, medizinische Mykologie und klinische Infektiologie gebündelt und es werden eine Reihe von speziellen diagnostischen Verfahren zu Nachweis, Typisierung und Resistenztestung von Pilzen sowie individuelle Beratung zu komplizierten Fällen angeboten (www.nrzmyk.de).

Im Jahr 2015 wurden über 200 klinische Proben aus ganz Deutschland untersucht und zahlreiche telefonische Beratungen zu atypischen und seltenen invasiven Pilzinfektionen durchgeführt. Zu den am häufigsten nachgefragten Untersuchungen zählen die Speziesidentifizierung seltener pathogener Pilze, die phänotypische und molekulare Resistenztestung sowie der Erregernachweis aus histopathologischen Materialien.

Am häufigsten eingesendet oder aus eingesendeten Materialien nachgewiesen werden *Candida* spp. (ca. 35–40% aller Einsendungen) und *Aspergillus* spp. (ca. 30–35%), gefolgt von *Fusarium* spp. (10–15%) und *Mucorales* (< 10%). Insbesondere Anfragen zu einer Resistenztestung bei vermuteter Antimykotikaresistenz nehmen zu. Parallel zu weltweit beobachteten Entwicklungen werden dabei insbesondere Echinocandinresistenzen bei *Candida* spp. und Azolresistenz bei *A. fumigatus* analysiert. Für beide Resistenzen stehen am NRZMyk neben der phänotypischen Testung mittels EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing)-Referenzmethodik auch molekularbiologische Verfahren zur Verfügung, mit denen entsprechende Resistenzmutationen detektiert werden können. Alle über die Routinediagnostik hinausgehenden diagnostischen Verfahren am NRZMyk werden bei klinischer Indikation kostenfrei angeboten.

Einer der Schwerpunkte in der Forschungstätigkeit des NRZMyk liegt in der Erhebung von Daten zur Epidemiologie von invasiven Pilzinfektionen. Dazu arbeitet das NRZMyk eng mit dem Register *FungiScope* (www.fungiscope.net, Leitung: Prof. O. Cornely, Universitätsklinikum Köln) sowie mit dem Projekt AlertsNet 2.0 am *Center for Sepsis Control and Care* (www.alertsnet.org, Leitung Prof. F. M. Brunkhorst) am Universitätsklinikum Jena zusammen.

Eine zentrale Aufgabe des NRZMyk ist es, Änderungen und Auffälligkeiten bei den zu diagnostischen Zwecken an das NRZMyk eingesandten Materialien kontinuierlich zu beobachten. Im Rahmen dieser Analyse fiel zuletzt eine Häufung von Fällen mit Schimmelpilzkeratitis auf.

Diese Woche 9/2016

NRZMyk – Nationales Register für Mykotische Keratitiden neu gegründet

Hinweis auf Veranstaltungen

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Dezember 2015

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 6. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen für die 8. Kalenderwoche 2016



Seit Anfang 2014 sind allein 18 Isolate (Stand 12/2015) von *Fusarium* spp. von Patienten mit mykotischer Keratitis im NRZMyk eingegangen. Die Ursachen hierfür sind unklar, es liegen keine Vergleichszahlen aus den vorhergehenden Jahren vor. Sieben dieser Fälle wurden bereits aufgearbeitet. Erste Analysen zeigen, dass sich diese Fälle klinisch-epidemiologisch von publizierten Fallserien oder Studien (z. B. aus Indien) unterscheiden, in denen vorangegangene Traumata in etwa 60% der Fälle als Risikofaktor vorlagen.^{1,2}

Nielsen et al. berichten ebenfalls über insgesamt 25 Fälle von mykotischen Keratitiden aus zwei dänischen ophthalmologischen Zentren.³ Auch in dieser Fallserie – mit lediglich fünf durch *Fusarium* spp. verursachten Fällen – wiesen drei der fünf Patienten mit Fusarienkeratitis zusätzlich zum Tragen von Kontaktlinsen weitere Risikofaktoren auf (zwei Patienten erhielten eine Steroidbehandlung, ein Patient wies ein Trauma auf).

Im Gegensatz dazu konnte bei keinem der sieben am NRZMyk analysierten Fälle ein Trauma oder eine vorhergegangene Steroidbehandlung festgestellt werden. Das Tragen weicher Kontaktlinsen, das bekanntermaßen das Risiko für die Entstehung einer Keratitis erhöht, scheint somit bei diesen Patienten der einzige Risikofaktor gewesen zu sein. Zudem zeigten alle bisher aufgearbeiteten, am NRZMyk konsiliarisch diagnostizierten Infektionen einen klinisch dramatischen Verlauf mit der Notwendigkeit einer Keratoplastik oder sogar einer Enukleation des befallenen Auges.

In Deutschland existieren bisher keine epidemiologischen Daten zu mykotischen Keratitiden. Darüber hinaus ist das therapeutische Vorgehen kaum standardisiert, relevante Therapieoptionen wie Natamycin 5%^{4,5} sind nur im Rahmen von Sonderanforderungen erhältlich.

Auf gemeinsame Initiative des NRZMyk und der Universitätsaugenklinik Düsseldorf wurde deshalb ein nationales Register (für weitere Informationen s. Kasten) für mykotische Keratitiden in diesem Jahr etabliert. Die Sektion Kornea der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft wurde über die Einrichtung des Registers informiert und hat der Initiierung des Registers zugestimmt. Alle klinischen Daten von registrierten Fällen werden zukünftig in einer von der Universitätsaugenklinik Düsseldorf entwickelten Datenbank dokumentiert. Gleichzeitig erfolgt eine Charakterisierung der zugehörigen Schimmelpilzisolat am NRZMyk. Diese beinhaltet sowohl eine molekulare Bestimmung der Art auch bei schwer bestimmbareren Genera (z. B.

Fusarium) als auch eine umfangreiche Resistenztestung, die auch *second-line*-Antimykotika umfasst. Alle klinischen Isolate werden in der Stammsammlung des NRZMyk asserviert. Im Rahmen des Registers sollen deutschlandweit möglichst umfassend alle Fälle einer mykotischen Keratitis erfasst werden. Durch die Verknüpfung klinischer und mikrobiologischer Daten können bisher nicht bekannte Risikofaktoren erkannt oder Ansätze zur Therapieoptimierung identifiziert werden.

Das NRZMyk bittet alle diagnostischen Labors um Mithilfe bei der Datenerhebung: Bitte senden Sie Schimmelpilzisolat von Keratitiden zur Asservierung an das NRZMyk. Die Erhebung der Daten von behandelnden Augenärzten sowie von den betroffenen Patienten erfolgt dann über die Augenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf. Fälle und Isolate können auch noch retrospektiv erfasst werden.

Wenn Sie an weiteren Informationen zum Register interessiert sind, wenden Sie sich bitte an folgende Personen:

► Ansprechpartnerin am NRZMyk: Prof. Dr. Marie von Lilienfeld-Toal (Marie.von_Lilienfeld-Toal@med.uni-jena.de)

► Ansprechpartner an der Universitätsaugenklinik Düsseldorf: Dr. Mathias Roth (Mathias.Roth@med.uni-duesseldorf.de).

Weitergehende Informationen sind auch auf der Homepage des Registers verfügbar: www.pilzkeratitis.de

Literatur

1. Prajna NV, Srinivasan M, Lalitha P, Krishnan T, Rajaraman R, Ravindran M, Mascarenhas J, Oldenburg CE, Ray KJ, McLeod SD, Acharya NR, Lietman TM: Differences in clinical outcomes in keratitis due to fungus and bacteria. *JAMA Ophthalmol* 2013;131(8):1088–9
2. Mascarenhas J, Lalitha P, Prajna NV, Srinivasan M, Das M, D'Silva SS, Oldenburg CE, Borkar DS, Esterberg EJ, Lietman TM, Keenan JD: Acanthamoeba, fungal, and bacterial keratitis: a comparison of risk factors and clinical features. *Am J Ophthalmol* 2014;157(1):56–62
3. Nielsen SE, Nielsen E, Julian HO, Lindegaard J, Højgaard K, Ivarsen A, Hjortdal J, Heegaard S: Incidence and clinical characteristics of fungal keratitis in a Danish population from 2000 to 2013. *Acta Ophthalmol* 2015;93(1):54–8
4. FlorCruz NV, Evans JR: Medical interventions for fungal keratitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;4:CD004241. doi: 10.1002/14651858
5. Behrens-Baumann W, Finis D, MacKenzie C, Roth M, Geerling G: [Keratomycosis – Therapy Standards and New Developments]. *Klinische Monatsblätter Für Augenheilkunde* 2015;232(6),754–764

Für diesen Bericht danken wir Prof. Marie von Lilienfeld-Toal und Prof. Oliver Kurzai (Nationales Referenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen NRZMyk, Leibniz-Institut für Naturstoff-Forschung und Infektionsbiologie – Hans-Knöll-Institut) sowie Dr. Mathias Roth und Prof. Dr. Gerd Geerling (Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Düsseldorf). Prof. Kurzai steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: oliver.kurzai@leibniz-hki.de).

Hinweis auf Veranstaltungen**Drug Resistant Tuberculosis
„Old Disease – New Challenge“**

Termin: 12. März 2016
Veranstaltungsort: Department of Anatomy
 Auditorium A202
 University Hospital of Munich
 Pettenkoflerstraße 11 | Munich, Germany
Veranstalter: Center for International Health
Homepage: www.cih.lmu.de

Themen

Tuberculosis and Migration – current scenario in Germany, Mechanisms of Tuberculosis resistance development, Epidemiology of resistance – transmission vs. new generation of resistance, The impact of diagnostics on patient outcomes – beyond sensitivity and specificity, The Bangladesh regimen – an overview on studies, MDR/XDR Tuberculosis from Europe

Anmeldung

Seats are limited, preregistrations is free via email until 7th March 2016: Symposium.infections@lrz.uni-muenchen.de

13. Kongress für Krankenhaushygiene

Termin: 10. bis 13. April 2016
Veranstaltungsort: Maritim Hotel Berlin
 Stauffenbergstraße 26
 10785 Berlin
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.
E-Mail: info@krankenhaushygiene.de
Homepage: www.krankenhaushygiene.de/2016

Themen

Antibiotic Stewardship, Antiseptik, Aufbereitung und Reinigung, Ausbruchmanagement, Berufspolitik, Bündelstrategie, Endoskopie, Hygiene in der Pflege, Hygieneausbildung, Internationale Sitzung – Netzwerk EUNETIPS, Krankenhausbau/RLT-Anlagen, Krankenhausbau – neue Norm, MRE-Strategie in Krankenhaus und Rehabilitationsklinik, Neonatologie, Hämatookologie, Intensivtherapie, Neue Empfehlung der KRINKO, Neue Medien in der Hygiene, Null Toleranz für Infektionen, Offensive Hygiene, ÖGD-Session, Prävention von postoperativen Wundinfektionen, Raumdesinfektion, Rehabilitationskliniken, Reinigung und Flächendesinfektion, Rettungsdienst, Risikofaktoren und Reservoir außerhalb des Krankenhauses, Wasser als Infektionsreservoir (Krankenhaus und ambulant), Zahnmedizin

Anmeldung

Die Anmeldung erfolgt über die o.g. Internetseite.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger InfektionskrankheitenBerichtsmonat: **Dezember 2015** (Datenstand: 1.3.2016)**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.			
	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014				
Land	Dez.*	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.		
Baden-Württemberg	-	-	24	400	345	5	100	123	3	35	24	0	1	0
Bayern	-	-	63	643	592	20	232	226	6	29	23	0	1	2
Berlin	-	-	30	372	442	6	75	67	0	3	4	0	0	1
Brandenburg	-	-	8	60	63	2	14	7	0	0	0	0	0	0
Bremen	-	-	4	54	44	0	17	27	0	0	1	0	0	0
Hamburg	-	-	22	217	198	5	123	77	0	1	1	0	0	0
Hessen	-	-	25	316	261	11	125	110	0	16	17	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	2	40	61	0	6	13	0	1	1	0	0	0
Niedersachsen	-	-	21	228	197	5	53	46	0	8	6	0	2	0
Nordrhein-Westfalen	-	-	77	794	781	21	213	201	0	28	31	0	6	0
Rheinland-Pfalz	-	-	9	137	109	2	31	42	1	10	10	0	0	1
Saarland	-	-	5	38	34	1	17	20	0	7	5	0	0	0
Sachsen	-	-	15	190	168	1	14	22	0	2	1	0	3	1
Sachsen-Anhalt	-	-	8	84	83	2	6	4	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	-	-	1	60	83	2	29	22	0	1	0	0	0	0
Thüringen	-	-	2	41	39	1	12	5	0	4	3	0	0	0
Deutschland	-	-	316	3.674	3.500	84	1.067	1.012	10	145	127	0	14	6

* Es stehen derzeit keine Daten zur Syphilis zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2016 (Datenstand: 2. März 2016)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
Baden-Württemberg	55	612	689	6	11	2	23	116	83	0	6	6
Bayern	64	800	827	2	15	26	12	131	121	1	6	10
Berlin	48	339	358	3	10	8	12	50	25	2	15	2
Brandenburg	21	170	235	4	6	5	4	44	57	0	0	0
Bremen	2	35	53	0	0	1	2	5	5	0	2	0
Hamburg	17	147	202	0	3	0	5	31	17	0	1	4
Hessen	64	488	505	2	6	2	8	83	69	0	9	4
Mecklenburg-Vorpommern	14	124	128	0	5	6	3	23	37	0	1	0
Niedersachsen	89	637	513	2	19	24	22	78	95	1	5	0
Nordrhein-Westfalen	193	2.104	2.017	7	28	31	34	254	287	0	6	5
Rheinland-Pfalz	34	371	412	2	14	10	12	84	62	0	8	2
Saarland	13	109	141	0	1	1	0	11	10	0	2	0
Sachsen	61	537	523	1	9	6	10	66	98	0	0	1
Sachsen-Anhalt	28	187	134	1	11	7	5	55	49	0	1	0
Schleswig-Holstein	45	218	255	1	5	1	6	24	23	0	0	1
Thüringen	26	219	181	0	1	2	7	38	41	0	0	0
Deutschland	774	7.098	7.178	31	144	132	165	1.093	1.079	4	62	35

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
Baden-Württemberg	0	13	10	92	577	1.417	22	131	200	7	36	42	0	7	1
Bayern	7	48	40	178	1.172	2.277	44	238	202	11	76	68	1	8	14
Berlin	2	17	11	90	527	667	33	172	126	14	47	40	1	9	14
Brandenburg	1	13	13	115	766	990	42	239	163	1	11	27	1	6	4
Bremen	0	2	0	8	55	90	5	16	4	2	8	3	0	0	0
Hamburg	1	6	6	31	198	435	4	45	61	4	11	11	3	7	2
Hessen	2	20	20	61	391	994	30	152	215	2	29	29	1	18	12
Mecklenburg-Vorpommern	1	7	7	74	517	1.002	48	292	131	3	10	14	2	14	6
Niedersachsen	2	38	21	166	816	1.589	30	177	219	1	18	14	0	9	6
Nordrhein-Westfalen	8	78	54	250	1.516	4.693	80	409	487	6	70	51	2	17	17
Rheinland-Pfalz	4	26	12	79	462	1.340	38	97	93	3	11	13	0	3	0
Saarland	1	3	5	29	166	557	3	14	19	1	4	2	0	7	0
Sachsen	4	47	25	207	1.329	2.038	76	412	381	5	29	31	2	9	11
Sachsen-Anhalt	6	18	34	102	543	1.133	29	190	204	2	11	3	3	13	6
Schleswig-Holstein	0	8	8	30	245	526	8	59	54	0	5	7	1	5	1
Thüringen	3	27	26	100	731	1.051	19	186	242	3	13	18	1	2	2
Deutschland	42	371	292	1.612	10.013	20.801	511	2.829	2.801	65	389	373	18	134	96

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2016 (Datenstand: 2. März 2016)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	5	20	5	5	29	6	19	66	76	1	5	6	14	84	56
Bayern	1	27	19	12	94	21	12	96	104	2	6	7	16	144	84
Berlin	4	15	2	2	9	8	12	45	51	1	5	3	16	57	40
Brandenburg	0	5	0	0	3	3	1	4	13	0	1	0	3	25	15
Bremen	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	2	7	6
Hamburg	1	5	4	5	20	4	1	13	13	0	1	1	3	23	24
Hessen	4	11	7	7	44	11	8	52	66	1	4	0	7	59	56
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	0	2	6	2	1	4	8	0	0	2	1	5	8
Niedersachsen	1	14	11	3	14	5	8	44	10	1	5	5	8	45	45
Nordrhein-Westfalen	0	30	21	6	47	20	14	73	66	1	10	4	18	150	133
Rheinland-Pfalz	0	8	5	0	3	1	2	31	30	0	6	5	6	45	26
Saarland	0	2	0	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0	4	1
Sachsen	0	3	2	0	36	4	4	23	16	0	1	0	1	18	27
Sachsen-Anhalt	2	6	7	0	5	0	3	11	4	0	1	1	4	19	10
Schleswig-Holstein	0	10	2	3	7	4	7	26	33	0	1	0	4	13	9
Thüringen	1	3	1	0	1	4	1	8	11	0	1	1	1	7	4
Deutschland	20	162	87	45	319	93	93	504	505	7	49	35	104	706	544

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	0	0	6	3	10	8	0	0	0	5	77	110	76	669	361
Bayern	0	0	47	1	7	9	0	0	3	1	96	353	129	803	447
Berlin	0	4	327	0	4	4	0	2	0	25	132	119	58	417	196
Brandenburg	0	0	41	0	1	1	0	0	0	6	45	89	28	132	82
Bremen	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	6	2	16	67	37
Hamburg	0	0	6	0	4	9	0	0	0	0	12	27	10	79	57
Hessen	0	0	2	2	7	4	0	0	0	3	47	92	43	234	149
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	7	0	2	3	0	0	0	1	17	27	5	34	42
Niedersachsen	1	1	23	0	6	4	0	0	0	13	74	86	41	211	217
Nordrhein-Westfalen	0	3	21	2	13	41	0	1	1	2	73	224	123	738	538
Rheinland-Pfalz	0	1	0	2	7	6	0	0	0	6	51	45	21	137	74
Saarland	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	8	1	18	19
Sachsen	0	0	7	0	2	1	0	0	0	0	24	51	49	276	285
Sachsen-Anhalt	0	0	9	0	2	0	0	0	0	0	23	19	8	51	53
Schleswig-Holstein	0	1	11	0	4	6	0	0	0	0	17	17	20	99	60
Thüringen	0	0	4	1	3	2	0	0	0	1	55	75	7	35	107
Deutschland	1	10	511	12	73	102	0	3	4	63	754	1.344	635	4.000	2.724

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

⁺⁺ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2016 (Datenstand: 2. März 2016)

Krankheit	2016	2016	2015	2015
	6. Woche	1.–6. Woche	1.–6. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	8	59	115	567
Brucellose	1	4	3	44
Chikungunya-Fieber	2	4	40	110
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	6	13	70
Dengue-Fieber	7	96	67	722
FSME	1	3	8	223
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	5	6	69
Hantavirus-Erkrankung	1	18	83	823
Hepatitis D	0	0	4	19
Hepatitis E	33	155	106	1.267
Influenza	1.733	6.225	13.585	77.870
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	11	81	82	549
Legionellose	15	66	88	880
Leptospirose	1	6	7	86
Listeriose	4	83	72	662
Ornithose	0	1	1	10
Paratyphus	0	2	4	36
Q-Fieber	3	23	18	322
Trichinellose	1	1	0	8
Tularämie	3	6	4	34
Typhus abdominalis	0	4	6	68

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Läuserückfallfieber**

1. Bayern, 18 Jahre, männlich (52. Meldewoche 2015)
(43. Läuserückfallfieber-Fall 2015)
2. Hessen, 22 Jahre, weiblich (3. Läuserückfallfieber-Fall 2016)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 8. Kalenderwoche (KW) 2016

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 8. KW 2016 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität.

Empfehlung der Impfstoffkomposition für die kommende Saison

Die WHO hat am 25.2.2016 ihre Empfehlung der Komponenten für Influenzaimpfstoffe der kommenden Saison 2016/17 auf der Nordhalbkugel veröffentlicht. Die Empfehlung entspricht der Zusammensetzung für die Impfstoffkomponenten für die Südhalbkugel 2016:

- a) Trivalente Impfstoffe:** • A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-ähnliches Virus • A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-ähnliches Virus • B/Brisbane/60/2008-ähnliches Virus (B/Victoria-Linie)
- b) Quadrivalente Impfstoffe:** • enthalten neben den trivalenten Komponenten noch ein B/Phuket/3073/2013-like Virus, das die B/Yamagata-Linie repräsentiert.
(http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2016_17_north/en/)

Kodierung von Grippediagnosen gemäß ICD-10-GM Version 2016

Seit dem 1.1.2016 gilt für die Kodierung von Diagnosen die ICD-10-GM Version 2016. Im Kapitel X gilt für Grippediagnosen folgende Änderung (DIMDI): Die Schlüsselnummern J09 und J10.- wurden mit Blick auf die Richtlinien des globalen Influenzaprogrammes der WHO angepasst. Dadurch soll erreicht werden, dass in Zukunft einerseits sofort eine eindeutige Kodierung für Fälle von neu identifizierten zoonotischen und pandemischen Grippeviren zur Verfügung steht, andererseits zunächst der Kategorie J09 zugeordnete Fälle, die zu einem späteren Zeitpunkt in der Gruppe der saisonalen Influenzafälle aufgehen, ebenfalls eindeutig zugeordnet werden können (www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/zusatz-04-kommentar.htm). Die in der aktuellen Saison am häufigsten nachgewiesenen Influenzaviren A(H1N1)pdm09 zirkulieren als saisonale Influenzaviren und werden bei Nachweis entsprechend mit ICD-10-GM-Kode J10.- kodiert (www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-j09-j18.htm#J10), siehe auch FAQ des RKI zu Influenza: „Was hat sich bezüglich des Influenza A(H1N1)pdm09-Virus seit seinem ersten Auftreten 2009 verändert?“ (www.rki.de > Infektionskrankheiten A-Z > Influenza > FAQ).

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI von der 8. KW 2016
<https://influenza.rki.de/>

Impressum**Herausgeber**

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

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18 754-23 24
E-Mail: Seedatj@rki.de
► Dr. med. Markus Kirchner (Vertretung)
E-Mail: KirchnerM@rki.de
► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski,
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18 754-24 55, Fax: -24 59
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.330 998 23, Fax: 030.330 998 25
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerkes 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 Kostenbeitrag 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