



Epidemiologisches Bulletin

14. Dezember 2017 / Nr. 50

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ablehnung der Behandlung von Patienten mit MRE in geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen: Einzelfälle oder gängige Praxis?

Einleitung

Die Zunahme multiresistenter Erreger (MRE) stellt für alle Beteiligten im Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar. Im Umgang mit MRE gilt es, die Balance zu wahren zwischen der Umsetzung sinnvoller Hygienemaßnahmen und der Erfüllung des Behandlungsauftrages, im Sinne einer gleichberechtigten und optimalen Patientenversorgung.

Es existieren umfangreiche Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN)¹ und zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen² sowie zum Umgang mit besiedelten/infizierten Patienten in Heimen.³ Da die Epidemiologie und die Verbreitungsdynamik von MRE in Abhängigkeit vom Patienten- und Einrichtungsprofil zwischen verschiedenen Einrichtungen erheblich variieren können, ist für die Festlegung von spezifisch angepassten Präventionsbündeln eine individuelle Risikoabwägung erforderlich.¹⁻⁴ Hierbei sollen insbesondere das Übertragungs-, Kolonisations- und Infektionsrisiko für den jeweiligen Patienten, die durchzuführende medizinische Maßnahme und das Risikoprofil der Einrichtung berücksichtigt werden. Ziel ist es, Patienten mit MRE sicher zu versorgen und andere Patienten sowie das Personal zu schützen.

In diesem Bericht soll auf die Probleme, die bei der Verlegung von Patienten mit MRE-Besiedlung/-Infektion auftreten können, hingewiesen werden.

Problembeschreibung und Ausgangssituation

Der Anlass für die Erstellung dieses Artikels war die Ablehnung der Kostenübernahme für eine Rehabilitationsmaßnahme: Ein Patient hatte sich nach seiner Entlassung Hilfe suchend an die vorbehandelnde Klinik gewandt; der Antrag auf Rehabilitation war vom Kostenträger mit dem Hinweis abgelehnt worden, dass eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erst nach Sanierung der MRE-Besiedlung möglich sei. Bei diesem Patienten war während des stationären Aufenthaltes im Aufnahmescreening auf der Intensivstation eine intestinale Besiedlung mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) festgestellt worden.

Die Kostenübernahme für die Rehabilitationsmaßnahme wurde erst nach Einspruch des Patienten sowie Intervention des Chefarztes der Klinik und des zuständigen Gesundheitsamtes bewilligt.

In oben genannter Klinik werden internistische Patienten mit den Schwerpunkten Intermediärpflege (schwer pflegebedürftige, aber nicht intensivpflichtige Patienten), Transplantation, Herzinsuffizienz, Wundversorgung und Links-

Diese Woche 50/2017

Ablehnung der Behandlung von Patienten mit MRE in geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen: Einzelfälle oder gängige Praxis?

Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums für Influenza

Publikationshinweis: Neue Ausgabe „Krebs in Deutschland“ erschienen

In eigener Sache

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
47. Woche 2017

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 49. KW 2017



herzunterstützungssysteme versorgt. Zusätzlich gehört eine große Intensivstation (21 Betten) zur Einrichtung. Ein MRE-Aufnahme-Screening (MRSA und 4MRGN) ist auf den Normalstationen gemäß KRINKO-Empfehlungen für Risikopatienten etabliert. Externe auf die Intensivstation aufgenommene Patienten werden auf MRSA, MRGN und VRE untersucht. Im Jahr 2016 lag die Aufnahmeprävalenz für VRE im Vergleich zu allen Intensivstationen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) im Modul ITS-KISS um den Faktor 15 höher. Die Aufnahmeprävalenz für MRSA und MRGN lag unterhalb des 75 %-Quantils der Referenzwerte.

Nach herzchirurgischen Eingriffen werden fast alle Patienten in ambulanten oder stationären Einrichtungen für Rehabilitation nachbehandelt und Patienten über 70 Jahre nicht selten in geriatrischen Abteilungen.

Im Rahmen des Entlassmanagements fiel in der Vergangenheit auf, dass die Patienten-Übernahme von nachsorgenden Einrichtungen in einigen Fällen mit dem Hinweis auf eine diagnostizierte MRE-Besiedelung verzögert oder sogar abgelehnt wurde. Begründet wurde dies unter anderem damit, dass nur eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit bestehe, da solche Patienten nicht an den Gruppentherapien teilnehmen könnten. In einigen Fällen wurden von Patienten mit MRGN- oder VRE-Besiedelung vor der Übernahme drei negative rektale Abstriche gefordert.

Hinzu kommt, dass bislang der Umgang mit VRE-besiedelten Patienten in Krankenhäusern und Folgeeinrichtungen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Da hierzu noch keine Empfehlungen der KRINKO existieren (Anmerkung der Redaktion: Eine KRINKO-Empfehlung zu VRE ist in Vorbereitung), finden sich selbst in vergleichbaren klinischen Bereichen große Unterschiede in den vorgegebenen Hygienemaßnahmen – von Standard-/Basishygiene über Barriere-Maßnahmen im Mehrbettzimmer bis hin zur Einzelzimmerisolierung.

Nicht nur die entlassenden Krankenhäuser stehen damit vor großen Problemen. Vor allem die Patienten erleben solche Forderungen und Vorgaben der Rehakliniken, und im beschriebenen Fall auch des Kostenträgers, als Diskriminierung und werden um eine wichtige ihnen zustehende Leistung gebracht.

Diskussion und Schlussfolgerung

Es besteht allgemein Konsens darüber, dass alle Patienten ein Recht auf eine Rehabilitation haben, welches nicht durch eine MRE-Besiedelung oder -Infektion beeinträchtigt werden darf. Die KRINKO hat in der Empfehlung Infektionsprävention in Heimen³ hierzu klar Stellung bezogen (s. Zitat im Kasten unten).

Die Ablehnung von MRE-Patienten bzw. die unterschiedliche Handhabung im Umgang mit diesen Patienten lässt auf Verunsicherung und Wissensdefizite schließen. Diese Defizite können in erster Linie durch gut ausgebildetes und ausreichend vorhandenes Hygienefachpersonal behoben werden. Zu dessen Aufgaben gehören die Erstellung von Hygieneplänen und Pflegestandards in denen auch Besonderheiten beim Umgang mit MRE-Patienten niedergelegt sein sollten und die Schulung des Personals hinsichtlich der festgelegten Hygienemaßnahmen. Des Weiteren sollte das Hygienefachpersonal als Ansprechpartner in besonderen Situationen und bei speziellen Fragestellungen fungieren.

Die Forderung eines Nachweises von negativen Abstrichen vor Verlegung von Patienten mit MRE entspricht nicht den Empfehlungen der KRINKO. Eine Sanierung einer intestinalen Besiedelung mit 3/4MRGN oder VRE ist im Übrigen prinzipiell nicht möglich.

Bei Patienten mit einer 3MRGN-Besiedelung ist zudem laut KRINKO-Empfehlung außerhalb von Hochrisikobereichen die Einhaltung von Basishygienemaßnahmen ausreichend.¹ Es ist daher nicht plausibel, dass Patienten, die auf der Normalstation mit Basishygienemaßnahmen versorgt werden, in einer Reha-Einrichtung mit nicht nach-

Zitat:³ „Jede Institution, die pflegebedürftige Personen betreut (also Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Heime etc.), muss in der Lage sein, auch solche Menschen zu versorgen, die mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind. Aufgrund der Tatsache, dass Übertragungen in Einrichtungen der Langzeitpflege und in Altenheimen selten vorkommen und dann gewöhnlich nur zu einer Kolonisierung führen [97, 100], ist eine Ablehnung der Übernahme kolonisierter oder infizierter Personen – sei es in Altenwohnheimen bis hin zu Einrichtungen für Schwerstpflegebedürftige – mit Verweis auf den Nachweis von z. B. MRSA oder gar der Forde-

rung, dass zunächst 3 negative Abstrichergebnisse vorliegen müssen, weder mit organisatorischen noch mit medizinischen Argumenten und schon gar nicht juristisch zu rechtfertigen [4, 100, 102, 103, 104], denn für die Prävention von Erregerübertragungen – ob MRSA, VRE, ESBL oder andere – ist in der Regel in den hier angesprochenen Einrichtungen die Beachtung der in Kapitel 5 aufgeführten Hygienemaßnahmen angemessen. Dies sind aber genau die Maßnahmen, die ohnehin im Umgang mit jedem Bewohner bzw. Patienten praktiziert werden müssen und zwar unabhängig davon, ob ein auffälliger Erreger festgestellt wurde oder nicht.“

vollziehbaren erweiterten Hygienemaßnahmen konfrontiert werden, welche oft nicht mit einer zeitnah durchführbaren Rehabilitation vereinbar sind.

Als Hilfestellung für den Umgang mit MRE-besiedelten Patienten wurde von einer Arbeitsgruppe der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger (LARE) in Zusammenarbeit mit dem RKI eine Handreichung für MRSA in der Rehabilitationsklinik veröffentlicht, in der die Risikoanalyse und -bewertung sowie Maßnahmen anhand von praktischen Beispielen aufgeführt werden.⁵

An dieser Stelle sei auch auf die Merkblätter regionaler MRE-Netzwerke hingewiesen, die sich unter anderem diesem speziellen Setting widmen, wie beispielsweise die des MRE-Netzwerkes Sachsen.⁶

Es bleibt festzuhalten, dass für Patienten aufgrund einer Besiedlung oder Infektion mit MRE kein Nachteil hinsichtlich der medizinischen Versorgung entstehen darf. Dies muss bei allen Anstrengungen, die Verbreitung von MRE durch Hygienemaßnahmen einzudämmen, berücksichtigt werden. Der Erfolg der Maßnahmen zur Vermeidung von Kolonisationen und Infektionen mit MRE hängt im Wesentlichen von einer konsequent durchgeführten Basishygiene ab.

Literatur

1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsblatt 2012;55:1311–1354
2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt 2014;57:696–732
3. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt 2005;48:1061–1080
4. Peter Bergen, et. al.: Informationen zu MRSA und weiteren multiresistenten Erregern für Rehabilitations-Einrichtungen – Eine Empfehlung der MRSA-Netzwerke Niedersachsen. Hyg Med 2012;37–6
5. Bundesgesundheitsblatt: Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt 2012M55:1453–1464
6. MRE-Netzwerk Sachsen: Personal-Informationsblatt zum Umgang mit Patienten mit MRGN in Rehabilitationskliniken (insbesondere 4MRGN). www.gesunde.sachsen.de

-
- *Christian Schweizer | **PD Dr. med. Manfred Hummel |
 Dr. med. Frank-Rainer Klefisch | *Dr. Anna Stolaroff
 * Fachpfleger für Krankenhaushygiene (Paulinenkrankenhaus)
 ** Ärztlicher Direktor (Paulinenkrankenhaus)
 *** Hygienebeauftragter Oberarzt (Paulinenkrankenhaus)
 **** Robert Koch-Institut Abt. für Infektionskrankheiten | FG für Angewandte Infektions- u. Krankenhaushygiene
 - Vorgeschlagene Zitierweise:
 Schweizer C, Hummel M, Klefisch FR, Stolaroff A: Ablehnung der Behandlung von Patienten mit MRE in geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen: Einzelfälle oder gängige Praxis?
 Epid Bull 2017;50:567–569 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-069

Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums für Influenza

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Fortentwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut (RKI) zusätzliche ausgewiesene Fachexpertise und labordiagnostische Erfahrung erforderlich, die durch Nationale Referenzzentren (NRZ) und Konsiliarlabore (KL) erbracht werden.

Es wird die Leitung des NRZ für Influenza ausgeschrieben. Als NRZ kommt ein Labor infrage, das alle oder eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten allgemeinen und speziellen Aufgaben erfüllt.

Allgemeiner Aufgabenkatalog für NRZ

- Entwicklung bzw. Verbesserung diagnostischer Verfahren, Koordination bei der Standardisierung und Verbreitung allgemein gültiger Testverfahren; Initiierung von Untersuchungen zur Qualitätssicherung;
- Über die Routine hinausreichende Diagnostik und Feintypisierung von Erregern einschließlich molekularbiologischer Untersuchungen zur Aufklärung epidemiologischer Zusammenhänge;
- Führen einer Stammsammlung und Abgabe von Referenzstämmen bzw. von diagnostikspezifischen Referenzpräparaten, mit Ausnahme von kommerziell erhältlichen Isolaten, wie z. B. von ATCC (*American Type Culture Collection*)- und DSMZ (Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen)-Stämmen;
- Aufbau und koordinierende Pflege eines Netzwerkes diagnostischer Einrichtungen;
- Beratungstätigkeit für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Laboratorien, niedergelassene Ärzte, Kliniken und Forschungsinstitute, Durchführung von Weiterbildungen und Öffentlichkeitsarbeit;
- Zusammenarbeit mit Referenzlaboratorien anderer Länder sowie den Kollaborationszentren der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einschließlich der Teilnahme an internationalen Ringversuchen;
- In Abstimmung mit der RKI Auswertung und Interpretation der Daten mit dem Ziel, die epidemiologische Situation möglichst repräsentativ für Deutschland zu beschreiben, Initiierung von und Mitarbeit bei Surveillance-Projekten;
- Überwachung der eingehenden Daten mit dem Ziel der zeitnahen Aufdeckung von Ausbrüchen oder Ausbruchsgefahren. Unterstützung des ÖGD und des RKI bei ergänzenden Untersuchungen im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen. Umgehende Mitteilung der Ergebnisse aus Ausbruchsuntersuchungen in anonymisierter Form an das RKI;
- Epidemiologische Analyse und Bewertung der Resistenz- und Virulenzentwicklung;

- Regelmäßige Berichterstattung sowie Beratung des RKI zu den entsprechenden Sachfragen und Mitwirkung bei der Erarbeitung von Empfehlungen des RKI für Diagnostik, Therapie und Prävention sowie allgemein in der angewandten Infektionsepidemiologie.

Spezielle Aufgaben des NRZ für Influenza

- Beratung zu Fragen der Diagnostik, der Immunität, der Prophylaxe und Therapie sowie zur Bewertung der epidemischen Potenz von Varianten und zur Einschätzung der epidemiologischen Situation bzgl. saisonaler Influenzaviren sowie zoonotischer (aviärer, porciner und gegebenenfalls neuartiger) Influenzaviren mit pandemischem Potenzial;
- Antigene Charakterisierung von Influenzaviren mit Hilfe eines Panels spezifischer Immunsereen (HAI-Test, Neutralisationstest);
- Molekulare Charakterisierung von Influenzaviren (Identifizierung spezifischer Mutationen, phylogenetische Analyse, Variantencharakterisierung);
- Phänotypische und genotypische Resistenzanalyse;
- Genomnachweis, Typisierung und Subtypisierung (RT-PCR) im Rahmen der bundesweiten Influenza-Surveillance;
- Unterstützung des RKI im Rahmen der Pandemieplanung und -bewältigung in allen im Nationalen Pandemieplan (2016) für das NRZ aufgeführten Funktionen.

Weiteres Vorgehen

Das ausgeschriebene NRZ soll voraussichtlich ab Juli 2018 seine Tätigkeit aufnehmen. Die NRZ und KL werden in der Regel für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Das NRZ für Influenza soll vorerst bis zum 31. Dezember 2019 berufen werden. Danach wird im Rahmen einer Evaluation über die weitere Berufung entschieden. Das Vorgehen bei Neubesetzungen von Konsiliarlaboren ist im Internet unter www.rki.de/nrz-kl veröffentlicht.

Die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgt durch Bewilligung von Zuwendungen auf der Grundlage des Bundeshaushaltsrechtes und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel. Zurzeit ist eine Förderung des NRZ für Influenza in Höhe von 95.000 Euro/Jahr vorgesehen. Die Förderung setzt eine Eigenbeteiligung des Labors voraus.

Interessierte, leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum

31. Januar 2018

(Datum des E-Mail-Eingangs im RKI) ein Konzept für das NRZ einzureichen. Das Konzept sollte in seiner Gliede-

rung entsprechend den oben aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben aufgebaut sein und einen vorläufigen Finanzplan enthalten, der Auskunft darüber gibt, wie die zur Verfügung stehenden Mittel verwendet und welche Eigenanteile eingesetzt werden sollen.

Den Bewerbungsunterlagen sollten der Lebenslauf des/der Antragsstellers/in sowie eine Publikationsliste mit den für die Arbeit des NRZ relevanten Publikationen beige-

fügt sein. Die Angebote müssen in deutscher Sprache in Form eines Antrags schriftlich und rechtsverbindlich unterschrieben per E-Mail gesandt werden an:

NRZ-KL-Koordination@rki.de

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an Dr. Astrid Milde-Busch (Tel. +49 (0)30 18754-3312 oder unter oben genannter E-Mail-Adresse).

Neue Ausgabe von „Krebs in Deutschland“ erschienen

Die Veröffentlichung „Krebs in Deutschland“ erscheint alle zwei Jahre als gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI). Die Ergebnisse der vorliegenden 11. Ausgabe beruhen auf Daten der epidemiologischen Krebsregistrierung bis zum Jahr 2014.

Die Zahl der Krebsneuerkrankungen für Deutschland hat das ZfKD für das Jahr 2014 auf circa 476.000 geschätzt, davon 249.200 bei Männern und 227.000 bei Frauen. Frauen sind nach wie vor am häufigsten von Brustkrebs betroffen, Männer am häufigsten von Prostatakrebs. Zwischen 2004 und 2014 hat die Zahl der Krebsneuer-

krankungen bei Männern um 6 %, bei Frauen um 9 % zugenommen, bedingt durch die Zunahme der Zahl älterer Menschen. Altersstandardisiert lässt sich bei Männern ein Rückgang der Erkrankungsraten um 10 %, bei Frauen ein Anstieg von 3 % erkennen. Die Überlebensaussichten haben sich in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert, wobei es noch große Unterschiede zwischen den Krebsarten gibt.

Eine gedruckte Ausgabe von „Krebs in Deutschland“ können Sie kostenfrei bestellen. Bitte nutzen Sie dazu das Kontaktformular (www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Service/Kontakt/Integrator.html) und geben in der Betreffzeile den Titel der Publikation an.

In eigener Sache

Seit Anfang dieses Jahres erscheint das *Epidemiologische Bulletin* (*Epid. Bull.*) ausschließlich online, wie gewohnt wöchentlich (donnerstags) 50-mal im Jahr. Eine Auswertung der im Jahr 2017 veröffentlichten Artikel ergab, dass die Inhalte den in den öffentlichen Fachkreisen diskutierten Themen entsprechen. So befasste sich die überwiegende Zahl der Artikel mit Antibiotikaresistenz, Themen zur Hygiene, Impfen, Tuberkulose und Public Health (z. B. Depression, Rauchen). Dabei stammten etwa zwei Drittel der Autoren aus dem Robert Koch-Institut (RKI), insbesondere aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie, ca. ein Drittel kommt aus Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und Nationalen Referenzzentren/Konsiliarlaboren.

Erste Überlegungen zu Veröffentlichungen für das neue Jahr liegen vor. So soll ab 2018 vierteljährlich über aktuelle Entwicklungen im Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem (DEMIS) berichtet werden. Gerne können des Weiteren Artikel zur Arbeit bzw. Analysen, Fall- und Ausbruchsberichte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst

(ÖGD), aus Krankenhäusern und Laboren zur Veröffentlichung eingereicht werden.

Eine stetige Verbesserung und Weiterentwicklung des *Epidemiologischen Bulletins* wird von der Redaktion angestrebt. So ist in diesem Jahr eine Publikationsethik erstellt worden, die im neuen Jahr auf der Bulletin-Internetseite www.rki.de/epidbull abrufbar sein wird. Neu ab dem Jahr 2018 wird weiterhin sein, dass allen Autoren Formulare zur Rechteinräumung (einfaches Nutzungsrecht) vorgelegt werden.

Auf der Bulletin-Internetseite besteht die Möglichkeit, sich in einen Newsletter einzutragen, um jeden Donnerstag den Link zur aktuellen Ausgabe sowie einen Hinweis auf die veröffentlichten Artikel zu erhalten.

Wir möchten unseren Dank an alle Autoren und Peer-Reviewer sowie *last but not least* an unsere Leser richten. Das Redaktionsteam wünscht schöne Weihnachtsfeiertage und alles Gute für das kommende Jahr 2018.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 47. Woche 2017 (Datenstand: 13. Dezember 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.
Baden-Württemberg	122	5.968	6.557	3	181	148	29	1.219	1.262	0	29	25
Bayern	173	7.922	8.108	5	274	276	87	2.208	1.752	0	73	72
Berlin	49	2.198	2.802	1	113	102	8	427	483	0	51	57
Brandenburg	38	1.588	2.029	0	37	53	10	314	402	1	10	6
Bremen	4	454	402	0	8	2	0	60	58	0	2	5
Hamburg	30	1.567	1.739	0	42	52	4	294	309	2	47	42
Hessen	84	4.050	4.525	1	51	42	24	759	807	2	33	43
Mecklenburg-Vorpommern	43	1.862	1.776	0	49	50	5	354	289	0	3	4
Niedersachsen	88	5.184	5.425	4	225	218	28	1.347	967	0	7	18
Nordrhein-Westfalen	304	17.787	19.970	6	302	323	43	2.508	2.468	1	42	51
Rheinland-Pfalz	56	3.487	3.732	2	109	117	11	624	688	1	20	27
Saarland	25	1.100	1.208	0	6	8	5	109	109	0	4	4
Sachsen	101	4.508	5.181	1	137	95	16	1.115	990	0	26	20
Sachsen-Anhalt	36	1.557	1.678	5	127	79	5	506	529	0	10	8
Schleswig-Holstein	44	2.179	2.158	1	74	71	2	387	273	0	10	4
Thüringen	38	1.890	2.041	2	50	32	11	700	627	2	13	11
Deutschland	1.235	63.311	69.345	31	1.786	1.668	288	12.932	12.015	9	380	397

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.
Baden-Württemberg	4	85	99	87	4.986	4.026	10	2.267	902	0	328	427	0	74	72
Bayern	8	289	284	183	6.694	6.313	13	4.315	2.264	15	529	494	2	156	132
Berlin	4	67	76	108	2.791	2.943	19	1.770	1.320	9	359	365	1	126	127
Brandenburg	3	78	113	105	2.170	3.541	10	2.159	1.645	1	83	98	2	71	71
Bremen	0	16	6	9	194	325	0	218	142	0	19	21	0	7	3
Hamburg	1	56	45	57	1.401	1.919	4	1.273	770	3	112	129	3	72	94
Hessen	4	145	166	51	2.816	2.708	7	1.936	1.260	7	203	220	1	98	128
Mecklenburg-Vorpommern	1	62	69	127	2.404	3.031	9	2.151	1.652	3	89	81	5	137	132
Niedersachsen	3	187	209	91	3.633	4.422	17	2.705	1.355	3	163	141	1	95	125
Nordrhein-Westfalen	8	402	512	236	12.982	12.112	37	5.420	3.003	14	520	598	7	326	382
Rheinland-Pfalz	3	103	152	42	4.012	3.013	11	1.186	680	1	104	121	0	33	43
Saarland	0	16	11	18	1.193	821	1	404	199	0	15	38	0	4	9
Sachsen	5	331	362	216	5.589	7.107	19	4.417	2.957	3	241	256	2	131	207
Sachsen-Anhalt	5	171	136	211	3.661	4.180	18	2.092	1.154	6	91	81	4	186	85
Schleswig-Holstein	1	59	47	55	1.309	1.555	5	1.049	663	0	59	58	0	26	71
Thüringen	4	222	224	151	3.229	3.666	19	2.760	1.474	5	50	67	1	28	33
Deutschland	54	2.289	2.513	1.747	59.071	61.691	199	36.132	21.442	70	2.965	3.195	29	1.572	1.714

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 47. Woche 2017 (Datenstand: 13. Dezember 2017)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.
Baden-Württemberg	3	66	73	17	422	320	21	653	488	0	32	43	12	628	692
Bayern	3	134	105	35	876	863	26	858	835	2	46	37	38	736	928
Berlin	1	157	46	3	156	66	9	249	349	0	16	37	0	0	353
Brandenburg	0	28	19	4	67	52	0	48	55	0	8	6	2	127	153
Bremen	1	9	2	0	10	8	0	11	6	0	4	4	0	42	61
Hamburg	1	38	27	1	60	116	2	132	97	0	2	5	1	191	184
Hessen	1	107	49	6	339	327	12	371	344	0	16	20	11	499	533
Mecklenburg-Vorpommern	0	19	11	0	35	42	1	43	35	1	5	8	3	77	72
Niedersachsen	1	58	58	5	109	110	6	272	259	0	22	26	9	316	351
Nordrhein-Westfalen	7	331	156	16	412	316	19	871	730	0	46	67	28	1.081	1.198
Rheinland-Pfalz	3	44	36	11	226	50	4	176	234	0	18	23	0	225	282
Saarland	1	26	8	0	21	20	0	28	24	0	2	4	4	45	41
Sachsen	0	29	13	1	247	308	2	172	227	0	8	8	1	186	201
Sachsen-Anhalt	1	20	21	4	76	64	1	74	83	0	6	6	1	118	136
Schleswig-Holstein	0	18	22	4	104	71	2	203	199	0	9	7	2	124	125
Thüringen	2	14	17	0	15	14	3	68	48	0	5	10	1	101	102
Deutschland	25	1.098	663	107	3.176	2.749	108	4.230	4.015	3	245	311	113	4.496	5.414

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.	47.	1.–47.	1.–47.
Baden-Württemberg	3	49	21	4	49	79	0	0	2	34	1.325	1.397	77	2.722	3.274
Bayern	1	48	31	1	109	123	0	0	1	71	3.102	2.633	75	4.622	4.859
Berlin	0	66	75	1	29	47	0	0	3	12	579	962	25	1.171	1.947
Brandenburg	0	7	33	0	13	5	0	0	1	12	653	556	5	504	758
Bremen	0	3	1	0	3	8	0	0	0	0	92	53	4	345	279
Hamburg	0	8	10	0	13	15	0	1	6	9	538	379	8	385	483
Hessen	0	76	9	1	73	59	0	0	1	18	856	845	25	980	1.260
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	7	7	0	0	0	7	556	186	4	146	169
Niedersachsen	1	15	17	1	51	39	0	1	1	23	769	705	30	1.202	1.191
Nordrhein-Westfalen	0	520	27	1	149	175	0	5	8	53	3.091	2.362	64	3.837	4.508
Rheinland-Pfalz	0	21	11	1	35	29	0	5	2	14	732	494	13	610	727
Saarland	0	2	0	0	4	6	0	0	0	6	171	49	4	95	112
Sachsen	0	69	32	1	13	18	0	1	1	14	749	455	36	1.366	1.703
Sachsen-Anhalt	0	9	7	0	14	16	0	0	0	19	569	225	7	339	346
Schleswig-Holstein	0	9	4	0	20	26	0	0	1	9	393	288	8	691	544
Thüringen	0	6	24	0	6	13	0	5	0	22	695	620	5	385	260
Deutschland	5	909	303	11	588	665	0	18	27	323	14.875	12.209	391	19.404	22.424

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

Allgemeiner Hinweis: Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle aus folgenden Landkreisen (LK) seit der 1. Meldewoche 2017 nicht ausgewiesen: LK Prignitz und LK Teltow-Fläming sowie übermittelte Fälle aus dem Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

47. Woche 2017 (Datenstand: 13. Dezember 2017)

Krankheit	2017	2017	2016	2016
	47. Woche	1.–47. Woche	1.–47. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	19	616	631	727
Brucellose	1	37	32	36
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	29	65	74
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	52	2.489	2.093	2.334
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	66	91	99
Denguefieber	8	467	905	955
FSME	3	454	338	347
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	93	66	69
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	16	702	544	626
Hantavirus-Erkrankung	7	1.652	249	282
Hepatitis D	5	26	31	34
Hepatitis E	61	2.600	1.777	1.994
Influenza	75	91.879	61.979	65.671
Legionellose	21	1.150	915	993
Leptospirose	0	113	87	93
Listeriose	12	698	656	704
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	49	2.427	2.891	3.160
Ornithose	0	9	9	9
Paratyphus	0	37	33	36
Q-Fieber	3	101	267	274
Trichinellose	1	2	4	4
Tularämie	0	45	35	41
Typhus abdominalis	3	75	57	60

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Diphtherie

Baden-Württemberg, 67 Jahre, männlich (*C. diphtheriae*, Hautdiphtherie)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 49. Kalenderwoche (KW) 2017

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 49. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit stabil geblieben, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Die 42 Länder (darunter Deutschland), die für die 48. KW 2017 Daten an TESSy sandten, berichteten über eine geringe Influenza-Aktivität. Weitere Informationen und Karten zur Influenza-Intensität und -ausbreitung, zum Trend und zum dominierenden Influenztyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: www.flunewseurope.org/.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 304 vom 11.12.2017)

Die Ergebnisse im Update der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen auf Daten bis zum 26.11.2017. In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über einen leichten Anstieg der Influenza-Aktivität berichtet. Eine abnehmende Influenza-Aktivität auf ein jahreszeitlich übliches, niedriges Niveau wurde in den Ländern der gemäßigten Zone der südlichen Hemisphäre beobachtet. In Zentralamerika und in der Karibik wurde weiterhin über eine niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Weltweit dominierten Influenza-A(H3N2)- und Influenza-B-Viren. Informationen sind abrufbar unter: www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

Hinweis zur Influenza-Aktivität in den USA

Die Werte der Influenza-Aktivität in den USA steigen dieses Jahr früher an als in der Vorsaison. Es dominieren Influenza A(H3N2)-Viren. Insbesondere ältere Menschen wurden mit laborbestätigter Influenza vermehrt in Krankenhäuser eingewiesen. Weitere Informationen sind abrufbar unter www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6648a2.htm. Der wöchentliche Influenza-Bericht der USA ist abrufbar unter: www.cdc.gov/flu/weekly/.

Quelle; Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 49. KW 2017 <https://influenza.rki.de>

Impressum

Herausgeber

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

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18 754-23 24

E-Mail: Seedatj@rki.de

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

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Das Epidemiologische Bulletin

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

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

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

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

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273