

Epi - Info

Wochenbericht

***Epidemiologischer Wochenbericht für die Meldewoche 43/2016
über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten
herausgegeben am 03. November 2016 (Datenstand: 02.11.2016 - 10:00 Uhr)***

Inhalt

1. Allgemeine Lage

2. Besondere Fälle

- 2.1. Zur Situation der Legionellose im Land Berlin

3. Ausbrüche

- 3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG
- 3.2. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG
- 3.3. Besondere Ausbrüche

4. Influenza-Saison 2016/2017

- 4.1. Zur aktuellen Situation im Land Berlin
- 4.2. Information der AGI für Berlin, Brandenburg und Deutschland

5. Besondere Hinweise

- 5.1. Meldepflichtige Erkrankungen / Erregernachweise unter Asylsuchenden in Berlin
- 5.2. Epidemiologisches Bulletin 43/2016
- 5.3. Hinweis auf kostenloses Untersuchungsangebot des NRZMHi
- 5.4. Zikavirus: Aktualisiertes Rapid Risk Assessment des ECDC
- 5.5. Flüchtlinge: Charité startet mobile Impfversorgung mit dem DB medibus

6. Spezial

- Masern: Neue Studie weist niedrige Impfquote bei Kleinkindern in Deutschland aus

7. Tabellen

- 7.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen / Inzidenzen)
- 7.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche
- 7.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

8. Abbildungen ausgewählter wöchentlicher Fallzahlen im Berichtsjahr mit Vorjahresvergleich

- Campylobacter-Erkrankung, Hepatitis C, Kryptosporidiose, Legionellose, Norovirus, Salmonellose

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)

Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz (I C 2)

Hr. Schubert / Fr. Dr. Bitzegeio / Fr. Wendt / Fr. Dr. Simon / Hr. PD Dr. Werber

Darwinstraße 15, 10589 Berlin (Charlottenburg). Tel. 90229-2427/-2428/-2432/-2430/-2421, Fax: (030) 90229-2096

Groupmail: infektionsschutz@lageso.berlin.de, Groupfax-IfSG: (030) 90283385, www.berlin.de/lageso/gesundheit/index.html

Neben dem statistischen Teil enthalten die Berichte im Textteil auch allgemeine und weiterführende Informationen, deren Interpretation infektiologischen und epidemiologischen Sachverstand und Kenntnisse über die Datengrundlagen erfordern.

Eine Weitergabe sowie Be- und/oder Verarbeitung der Daten zu kommerziellen Zwecken ist ohne Genehmigung des Herausgebers nicht zulässig.

© 2016



Link zum Download
der Wochenberichte
des LAGeSo

1. Allgemeine Lage

Im Berichtszeitraum entfielen die meisten Meldungen auf *Norovirus*-Gastroenteritiden, die Fallzahl (n=66) ist aber für die Jahreszeit nicht ungewöhnlich (*siehe unter 7. und 8.*).

Des Weiteren wurden fünf *Legionellosen* übermittelt. Somit stieg die Fallzahl in diesem Jahr auf 82, höher als jemals zuvor im Vergleichszeitraum seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes. Berlin hat, wie in den Vorjahren, die höchste Meldeinzidenz unter allen Bundesländern in Deutschland (*Details siehe unter 2.1.*).

Darüber hinaus wurden zwei *Masernerkrankungen* übermittelt (*siehe unter 2.*).

In der Berichtswoche wurde im Rahmen der laufenden *Influenza*-Saison 2016/17 im Land Berlin kein Erkrankungsfall registriert. Ebenso blieb die von der Arbeitsgemeinschaft Influenza ermittelte Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen stabil (*siehe unter 4.*).

Die Zahl der übermittelten Infektionserkrankungen unter Asylsuchenden ist rückläufig (*Details siehe unter 5.1.*).

Im Berichtszeitraum wurden 12 Ausbrüche übermittelt, darunter neun bedingt durch *Norovirus*. Zwei dieser Ausbrüche hatten jeweils einen nosokomialen Ursprung. Weitere nosokomial bedingte Ausbrüche wurden nicht übermittelt (*siehe unter 3.*).

Insgesamt wurden in der Berichtswoche keine Infektionsereignisse von gesamtstädtischer Bedeutung festgestellt.

Hinweis:

Der nächste Wochenbericht erscheint voraussichtlich am 17. November 2016

2. Besondere Fälle

EHEC/STEC

GA Reinickendorf

Durchfall bei einer 46-jährigen Frau, bei der aus der *E. coli*-Kultur Gene für die Shiga Toxine 1 (stx1) und 2 (stx2) nachgewiesen wurden.

GA Spandau

Bauchschmerzen und Durchfall bei einer 17-jährigen Jugendlichen, bei der aus der *E. coli*-Kultur Gene für die Shiga Toxine 1 (stx1) und 2 (stx2) nachgewiesen wurden.

GA Tempelhof-Schöneberg

Bauchschmerzen und Durchfall bei einer 15-jährigen Jugendlichen, bei der aus der *E. coli*-Kultur Gene für die Shiga Toxine 1 (stx1) und 2 (stx2) nachgewiesen wurden.

Hepatitis A

GA Reinickendorf

Fieber und Ikterus bei einem sechsjährigen ungeimpften Jungen, der in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut wird. Es erfolgte ein IgM-Antikörper-Nachweis.

GA Tempelhof-Schöneberg

Ikterus bei einem 45-jährigen ungeimpften Mann. Es erfolgte ein IgM-Antikörper-Nachweis.

Kryptosporidiose

GA Marzahn-Hellersdorf

Bauchschmerzen und Durchfall bei einem 36-jährigen Mann, die sich im Infektionszeitraum im Wohnbezirk aufhielt. Die Infektion wurde mittels mikroskopischen Nachweis bestätigt.

GA Reinickendorf

Bauchschmerzen und Durchfall bei einem 37-jährigen Mann, die sich im Infektionszeitraum u. a. in Koblenz (Rheinland-Pfalz) aufhielt. Die Infektion wurde mittels mikroskopischen Nachweis bestätigt.

Legionellose

GA Charlottenburg-Wilmersdorf

Lungenentzündung bei einem 81-jährigen Mann. Labordiagnostisch wurde mittels Antigen-Nachweis aus Urin *Legionella pneumophila* der Serogruppe 1 festgestellt. Der Mann hielt sich im Infektionszeitraum u. a. in einem Hotel in Neuruppin (Brandenburg) auf.

GA Neukölln

Lungenentzündung bei einer 86-jährigen Frau. Labordiagnostisch wurde mittels Antigen-Nachweis aus Urin *Legionella pneumophila* festgestellt.

GA Spandau

Lungenentzündung bei einem 75-jährigen Mann. Labordiagnostisch wurde mittels Antigen-Nachweis aus Urin *Legionella pneumophila* der Serogruppe 1 festgestellt.

GA Steglitz-Zehlendorf

Lungenentzündung bei einem 59-jährigen Mann. Labordiagnostisch wurde mittels Antigen-Nachweis aus Urin *Legionella pneumophila* festgestellt. Der Mann hielt sich im Infektionszeitraum u. a. im Main-Tauber-Kreis (Baden-Württemberg) auf.

GA Tempelhof-Schöneberg

Lungenentzündung bei einem 70-jährigen Mann. Labordiagnostisch wurde mittels Antigen-Nachweis aus Urin *Legionella pneumophila* der Serogruppe 1 festgestellt.

Masern**GA Spandau**

Hautausschlag, Katarrh und Konjunktivitis (ohne Fieber) bei einem 39-jährigen Mann, der den Ermittlungen des Gesundheitsamtes nach in seiner Kindheit einen zweifachen Impfschutz erhalten hatte und nun in einer abgeschwächten Form erkrankte. Labordiagnostisch wurde ein ausreichender Antikörperstatus festgestellt. Das Gesundheitsamt vermutet als Infektionsquelle die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln.

GA Tempelhof-Schöneberg

Typische Symptomatik bei einem 13-jährigen Jugendlichen ohne Impfschutz. Der klinisch-epidemiologisch bestätigte Fall gehört zu einem familiären Ausbruch mit einer labordiagnostisch bestätigten Erkrankung aus der 40. Meldewoche.

Zikavirus (WBK)**GA Tempelhof-Schöneberg**

Fieber und Hautausschlag bei einer 28-jährigen nichtschwangeren Frau während ihres einmonatigen Aufenthalts in Mexiko. Nach Rückkehr erfolgte ein IgM-Antikörper-Nachweis. Die Erkrankte hat einen vollständigen Reise-Impfschutz. Weitere Untersuchungen am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenkrankheiten in Hamburg wurden eingeleitet.

Es handelt sich um den 28. Zikavirus-Fall im Land Berlin.

2.1. Die Epidemiologische Lupe: Zur Situation der Legionellosen im Land Berlin



In der 43. Meldewoche (MW) sind im Land Berlin fünf Legionellosen aus fünf verschiedenen Bezirken übermittelt worden (siehe unter 2.). Bei den betroffenen Personen handelt es sich um vier Männer und eine Frau, der Altersmedian beträgt 75 Jahre (Min.-Max.: 59-86 Jahre), alle Erkrankten wurden hospitalisiert.

Insgesamt stieg die Zahl der Legionellosen in diesem Jahr auf 82 (1. bis 43. MW). Seit Einführung des IfSG ist die höchste übermittelte Fallzahl in diesem Zeitraum in Berlin. Wie auch in den Vorjahren hat Berlin im Vergleich mit anderen Bundesländern die mit Abstand höchste Inzidenz (Anzahl Neuerkrankungen bezogen auf die Bevölkerungsgröße). Bisher wurden in Berlin 23 Fälle pro 1 Million Einwohner übermittelt. In Bayern beispielsweise, dem Land mit der zweithöchsten Inzidenz, wurden im gleichen Zeitraum lediglich 13 Fälle pro 1 Million Einwohner im Meldesystem erfasst. Die Ursachen für die hohe Meldeinzidenz in Berlin sind unklar, annähernd 88% (n=72) der Fälle im Jahr 2016 wurden nach den Ermittlungen der bezirklichen Gesundheitsämter im Land Berlin erworben. Auffällig ist, dass 90% (65 von 72) der in Berlin erworbenen Fälle ihren Wohnsitz auf dem Gebiet des ehemaligen Westberlins haben – ein Anteil, der vergleichbar ist mit dem der Vorjahre.

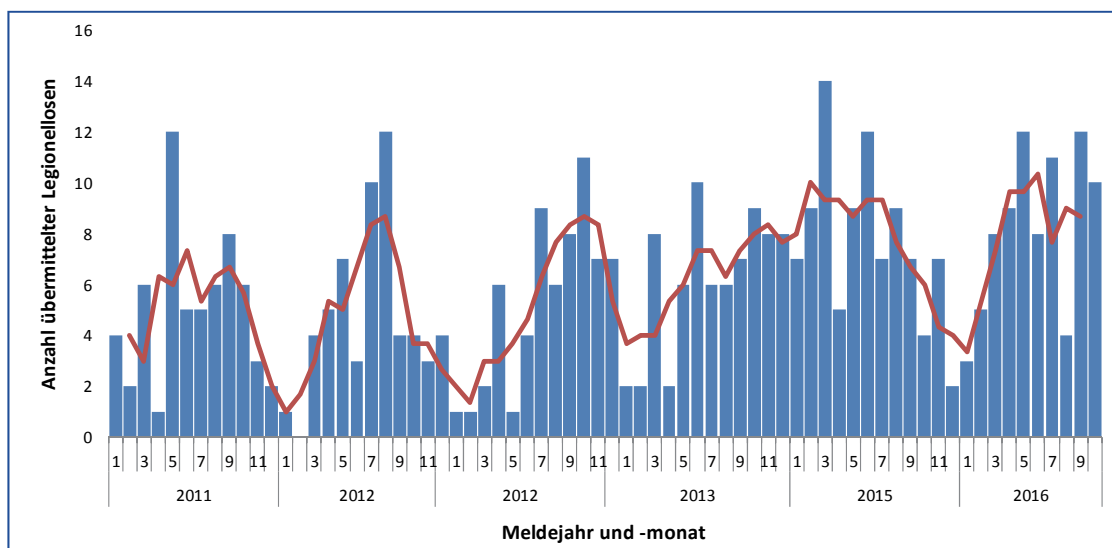


Abb.: Zahl übermittelter Legionellosen nach Meldejahr und -monat seit 2011, inkl. des über drei Wochen gleitenden Mittelwertes (rote Linie)
Quelle: LAGeSo/SurvNet

Hintergrund

Legionellen sind weit verbreitete Umweltkeime. Günstige Lebensbedingungen finden Legionellen vor allem in großen Warmwasseranlagen mit umfangreichen Rohrsystemen. Ideale Wachstumsbedingungen finden Legionellen bei Temperaturen zwischen 25 °C und 45 °C. Oberhalb von 60 °C kommt es zum Absterben der Keime. Eine Infektion erfolgt in der Regel durch die Inhalation Legionellenhaltiger Aerosole.

Quelle: LAGeSo/RKI
Abb.: stummi123/pixelio.de

3. Ausbrüche

3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG

Gesamtzahl der Häufungen nach Erreger / Krankheit und Fallzahlen, Fallzahlspannen und Gesamtfallzahl in der Berichtswoche

Erreger / Krankheit	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
<i>E. coli-Enteritis</i>	1	3	3
<i>Norovirus</i> ^{1,2}	9	2 - 11	29
Windpocken	2	2	4
Summe / Spanne	12	2 - 11	36

¹ darunter zwei nosokomial bedingte Ausbrüche

² darunter ein Ausbruch, der einem anderem Bundesland zugehörig ist

3.2. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG

Kumulative Übersicht 2016 bis einschließlich der Berichtswoche (ohne *Norovirus*)

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
<i>Acinetobacter baumannii</i> (4MRGN)	1	3	3
<i>Citrobacter freundii</i> (4MRGN)	1	2	2
<i>Clostridium difficile</i>	4	2 - 4	12
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	2	2
Influenza	4	2 - 22	35
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN)	1	4	4
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (4MRGN)	2	2 - 3	5
MRSA ¹	6	2 - 6	19
Rotavirus	24	2 - 24	168
VRE ²	4	18 - 21	57
Summe / Spanne	48	2 - 24	307

¹ Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*

² Vancomycin resistente Enterokokken

3.3. Besondere Ausbrüche

keine

4. Influenza-Saison 2016/2017

4.1. Zur aktuellen Situation im Land Berlin (Stand: 03.11.2016, 10:00 Uhr)

In der Berichtswoche (43/2016) wurde keine der Referenzdefinition entsprechende Influenza-Erkrankung übermittelt.

Für die aktuelle Kalenderwoche wurden bis zum o. g. Stand keine weiteren Influenzafälle (nach Referenzdefinition) erfasst.

Der Praxisindex der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) lag in der AGI-Großregion Osten, Region Brandenburg/Berlin, bei 108 und leicht unter der ARE-Hintergrund-Aktivität.

Weitere Informationen:

www.impfen-info.de/grippe

www.rki.de/influenza

www.pei.de/influenza-impfstoffe

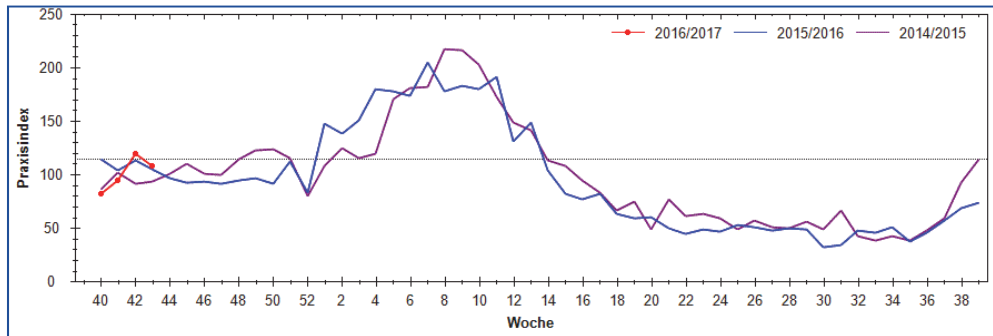
www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza/

www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/

Quelle: LAGeSo/SurvNet/AGI/

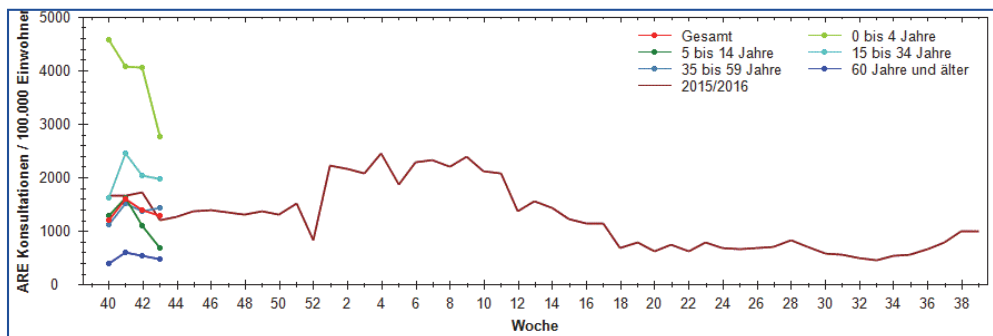
4.2. Informationen der AGI für Berlin, Brandenburg und Deutschland (Stand: 01.11.2016)

Praxisindex Region Berlin Brandenburg



Der Praxisindex basiert auf Daten zu akuten respiratorischen Erkrankungen der aktuellen Saison (rot), im Vergleich zu 2015/2016 und 2014/2015. Indexwerte bis 115 entsprechen der Hintergrundaktivität.

Konsultationsinzidenz Region Berlin Brandenburg

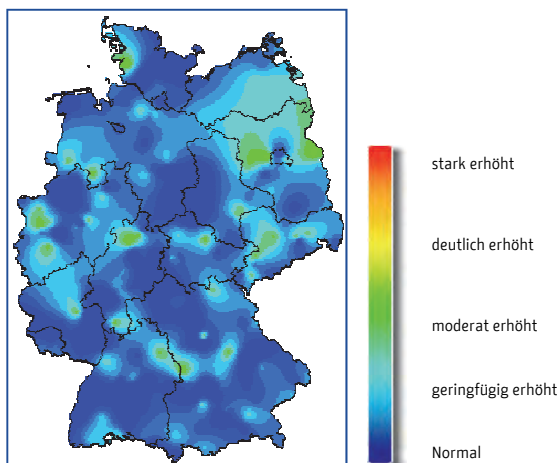


Konsultationsinzidenz aufgrund akuter respiratorischer Erkrankungen in der aktuellen Saison im Vergleich zur Saison 2015/2016

Übersicht Deutschland

Auf dem Praxisindex basierende Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen in der Berichtswoche

Quelle: AG Influenza: <https://influenza.rki.de>



alle Abb.: © Robert Koch-Institut

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage:

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 43. Kalenderwoche (KW) 2016 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.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 43. KW 2016 in 23 (34 %) von 67 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. In 20 Proben wurden Rhinoviren, in jeweils einer Probe wurden Influenza A(H3N2)- bzw. RS-Viren und in zwei Proben wurden Adenoviren nachgewiesen. Ein Patient hatte eine Doppelinfektion.

Für die 43. Meldeweche 2016 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 36 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt.

5. Besondere Hinweise

5.1. Meldepflichtige Erkrankungen / Erregernachweise unter Asylsuchenden in Berlin

(Datengrundlage: Übermittlungen seit der 40. Kalenderwoche 2015 [KW])

Für die 40.-43. MW 2016 wurden insgesamt nur neun Erkrankungen übermittelt (Tabelle 1), davon waren drei (33%) impfpräventabel. Das Alter der Erkrankten lag im Median bei 18 Jahren (Spanne 3- 41 Jahre), sechs (66%) der Erkrankten waren männlich. Bei den impfpräventablen Erkrankungen handelte es sich ausschließlich um *Windpocken* (n=3).

Die drei *Windpocken*fälle sind in einem Ausbruch bei 3 bis 6-jährigen Kindern (zwei Jungen und ein Mädchen) zusammengefasst. Auch die drei *Skabies*fälle sind in einem Ausbruch zusammengefasst, der in einer Gemeinschaftsunterkunft beobachtet wurde. Es handelt sich bei den Erkrankten um Erwachsene (zwei Männer und eine Frau) im Alter von 18 bis 41 Jahren.

Des Weiteren wurden im Berichtszeitraum Erkrankungen mit *Hepatitis C* (n=2) und *Tuberkulose* (n=1) übermittelt. Der Statistik hinzugefügt wurde auch ein *Lep*rafall der in der 35. Woche gemeldet wurde, aber erst seit der 42. Woche den Kriterien der Referenzdefinition entspricht und im Wochenbericht 42/2016 beschrieben wurde.

Für die 40.-43. Meldewoche (MW) 2016 wurden zwei neue Häufungen erfasst, einmal *Skabies* und einmal *Windpocken*. Insgesamt wurden 64 Häufungen seit der 40. MW 2015 mit mindestens zwei der Referenzdefinition (Ausnahme: *Skabies*) entsprechenden Erkrankungen übermittelt (Tabelle 2). Es handelt sich um Häufungen durch *Windpocken* (n=42), *Skabies* (n=11), *Hepatitis A*-Virus (n=4), *Masern* (n=2), *Rotavirus*-Gastroenteritis (n=2) sowie durch *Keuchhusten* und *Mumps*- und *Norovirus*-Gastroenteritis (jeweils n=1).

Analog zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland wird auch in Berlin ein Rückgang der Fallzahlen beobachtet. Es liegt weiterhin ein stabiles

Meldekategorie	MW 40-43, N	Kumulativ, N(%)
<i>Windpocken</i>	3	421 (57)
<i>Skabies</i>	3	71 (10)
<i>Tuberkulose</i>	1	65 (9)
<i>Rotavirus</i>	0	34 (5)
<i>Hepatitis A</i>	0	30 (4)
<i>Hepatitis C</i>	2	27 (4)
<i>Influenza</i>	0	22 (3)
<i>Giardiasis</i>	0	17 (2)
<i>Norovirus</i>	0	12 (2)
<i>Masern</i>	0	8 (1)
<i>Hepatitis B</i>	0	6 (1)
<i>Mumps</i>	0	4 (0,5)
<i>Campylobacter</i>	0	3 (0,4)
<i>Brucellose</i>	0	2 (0,3)
<i>Keuchhusten</i>	0	2 (0,3)
<i>MRSA</i>	0	2 (0,3)
<i>Salmonellose</i>	0	2 (0,3)
<i>E.-coli-Enteritis</i>	0	2 (0,3)
<i>Legionellose</i>	0	1 (0,1)
<i>Lepra</i>	0	1 (0,1)
<i>Kryptosporidiose</i>	0	1 (0,1)
<i>Lyme-Borreliose</i>	0	1 (0,1)
<i>Typhus</i>	0	1 (0,1)
Summe	9	735 (100)

Tab. 1: Erkrankungen und Erregernachweise unter Asylsuchenden im Land Berlin übermittelt von der 40. bis 43. MW 2016 und kumulativ seit der 40. MW 2015, Datenstand 02.11.2016, 10.00 Uhr
(Quelle: LAGeSo Berlin)

Bild hinsichtlich des Spektrums der auftretenden Erkrankungen vor (Abbildung).

Hinweise zur Datenqualität:
Die Auswertung dieser Angaben, die softwarebedingt in Berlin noch immer über ein Textfeld erfasst werden, ist fehleranfällig. Zudem ist davon auszugehen, dass Behandlungen häufig ohne begleitende labordiagnostische Untersuchungen erfolgen (z.B. Therapie von Durchfall- und Atemwegserkrankungen). Insgesamt ist, wie bei allen Meldedaten, von einer Untererfassung der Erkrankungen auszugehen. Dies betrifft insbesondere solche, bei denen der labordiagnostische Nachweis die Grundlage der Meldung nach IfSG ist. Bei der Meldekategorie Windpocken kommt es zudem aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Standards in der Meldesoftware der Gesundheitsämter einerseits und in der der Landesbehörde andererseits zu Fehlern in der Fallzählung (weswegen Zahlen zu Windpocken in den Tabellen des Wochenberichts seit dem Frühjahr 2015 nicht mehr aufgeführt werden). Darüber hinaus kann die Zahl der übermittelten Erkrankungen aktuell nicht verlässlich in Relation zur Gesamtzahl der Asylsuchenden in Berlin gesetzt werden. Zusammenfassend ist eine Bewertung der Zahlen nur sehr eingeschränkt möglich.

Meldekategorie	Anzahl der Häufungen	Anzahl der Fälle
Windpocken	42	2-61
Skabies	11	2-10
Hepatitis A	4	2-7
Masern	2	2-3
Rotavirus	2	2-4
Keuchhusten	1	2
Norovirus	1	2
Mumps	1	2
Summe/Spanne	64	2-61

Tab. 2: Übermittelte Häufungen unter Asylsuchenden seit der 40. MW 2015, Datenstand 02.11.2016, 10.00 Uhr

(Quelle: LAGeSo Berlin)

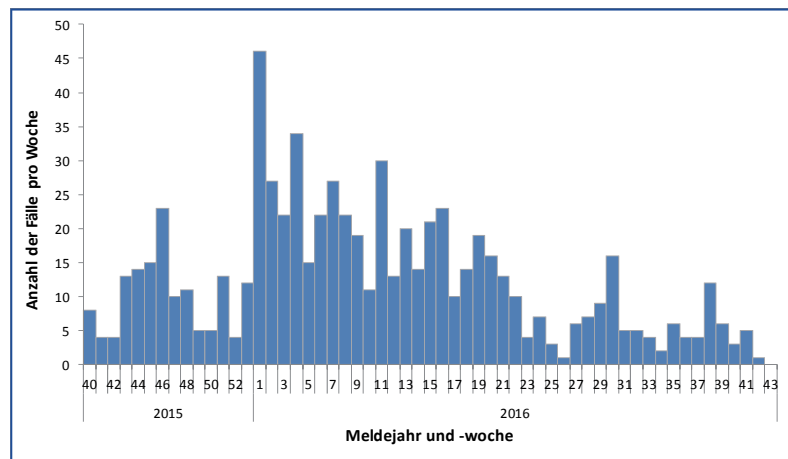


Abb.: Übermittelte Erkrankungsfälle unter Asylsuchenden nach Wochen, ab 40. Meldewoche 2015, Datenstand 02.11.2016, 10.00 Uhr

(Quelle: LAGeSo Berlin)

Quelle: / Abb.: LAGeSo

5.2. Epidemiologisches Bulletin 43/2016

Das aktuelle Epidemiologische Bulletin 43/2016 vom 31.10.2016 beschreibt die Epidemiologie der invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) in Deutschland seit 2001, mit Schwerpunkt auf den Zeitraum 2012 – 2015. Ausgewertet wurden die nach Infektionsschutz (IfSG) gemeldeten Erkrankungsdaten sowie die Daten des Nationalen Referenzentrums für Meningokokken und Haemophilus influenzae (NRZMHi). Die verfügbaren

Daten bilden eine gute Grundlage, um die epidemiologische Situation sorgfältig zu überwachen und Impfeempfehlungen zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Dennoch könnte die Datenqualität durch eine Zunahme von Angaben insbesondere bei der klinischen Ausprägung, Serogruppe und zum Impfstatus weiter verbessert werden. Eine weitere Steigerung der Einsendungen von Stämmen oder Serum- oder Liquorproben von IME-Patienten an das NRZMHi sollte angestrebt werden. Der geringfügige Anstieg der Letalität könnte auch ein Hinweis auf eine mögliche Untererfassung leichterer Fälle sein.

Download-Link: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/43/Tabelle.html

Quelle: RKI

5.3. Hinweis auf kostenloses Untersuchungsangebot des NRZMHi

Das NRZ für Meningokokken und Haemophilus influenzae (NRZMHi) bietet die kostenlose Untersuchung aller von primär diagnostizierenden Laboratorien gewonnenen Stämme oder Proben von Patienten mit invasiven Meningokokken-Erkrankungen an. Dort wird an allen Proben eine Feintypisierung durchgeführt, welche für die Aufdeckung von Krankheitshäufungen und die Ausbreitung spezifischer Klone unabdingbar ist. Weiterhin kann das NRZMHi an Proben (Blut, Liquor oder anderes steriles Material), bei denen aufgrund einer bereits begonnenen antibiotischen Therapie die Kultur nicht gelingt, eine PCR-Diagnostik durchführen, die in der Regel auch eine Feintypisierung ermöglicht.

Am NRZMHi wurde im Zeitraum 2012 – 2015 für insgesamt 154 der 1.100 (14%) untersuchten Proben von Patienten mit IME die Diagnose ausschließlich mit kulturunabhängigen molekularen Methoden gesichert.

Das NRZMHi verfolgt darüber hinaus die Entwicklung der Antibiotikaresistenz bei Meningokokken und fasst diese für den Resistenzatlas GERMAP regelmäßig zusammen. Es untersucht die geografische Verbreitung von Erregervarianten, inklusive zeitlicher und räumlicher Häufungen und meldet diese an Landesstellen und Gesundheitsämter. Die Jahresberichte des NRZMHi und Informationen zum Versand und zur kostenlosen Diagnostik von Untersuchungsmaterial können auf der Internetseite des NRZMHi unter www.nrzmhi.de, Rubrik „Versand“, und www.episcangis.org abgerufen werden.



Die Gesundheitsämter sollten jede Gelegenheit nutzen, die meldenden Laboratorien auf dieses Angebot aufmerksam zu machen.

Hinweise

Meningokokken- und Haemophilus-Stämme, die zufällig und nicht im Kontext von invasiven Infektionen gewonnen wurden (z. B. aus Atemwegsmaterial), können nur in Ausnahmefällen für die Feintypisierung berücksichtigt werden und sollten nur nach Rücksprache eingesandt werden.

Einsendungen sollten stets mit einem vollständig ausgefüllten Begleitschein (unter der oben genannten Homepage erhältlich) eingesendet werden.

Die für den Versand der Stämme und Materialien geeigneten Medien, Transportgefäße und Verpackungen sollten der Homepage des NRZ entnommen werden. Insbesondere die postalischen Regelungen können Veränderungen unterliegen, die regelmäßig vom NRZ angepasst werden.

Quelle: EpiBull 43/2016

5.3. Zikavirus: Aktualisiertes Rapid Risk Assessment des ECDC

Das ECDC hat am 31.10.2016 die neunte Aktualisierung des Rapid Risk Assessments (RRA) zum Zikavirus-Ausbruch veröffentlicht. Wesentliche Neuerungen seit der letzten Aktualisierung vom August 2016 beinhalten die weitere geografische Ausbreitung von Zikavirus (z. B. Auftreten von lokal-erworbenen Zikavirus-Infektionen in sieben neuen Ländern bzw. Territorien, darunter auch Singapur, Thailand, Malaysia und die Philippinen).

Weiterhin wurde die Definition potenziell ansteckender Personen erweitert: als potenziell ansteckend werden nun auch Männer eingestuft, die sich in den letzten sechs Monaten in einem von Zikavirus betroffenen Gebiet aufgehalten haben und asymptomatisch geblieben sind. Damit schließt sich das ECDC in diesem Punkt der WHO an.

Im RRA ist außerdem eine Übersicht neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse enthalten, z. B. Studien zu Vektoren und zur Persistenz des Virus in Samenflüssigkeit und weiblichen Genitalsekreten sowie Neuigkeiten zur Zikavirus-Impfstoffentwicklung. Die allgemeine Risikoeinschätzung bleibt unverändert.

Das RRA ist unter folgendem Link zugänglich:

http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1595

Quelle: ECDC/RKI

5.4. Flüchtlinge: Charité startet mobile Impfversorgung mit dem DB medibus

Die Charité teilte mit, dass die mobile Impfkation in Berlin am 03.11.2016 startete: Das deutschlandweit erste Impfmobil für die Flüchtlingsversorgung soll bestehende Impflücken passgenau schließen. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin und das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten haben das mobile Versorgungskonzept entwickelt und es mit den Kooperationspartnern Deutsche Bahn, Cisco und SAVD Videodolmetschen GmbH (Wien) erfolgreich umgesetzt.

Personal der Charité wird ab sofort die Notunterkünfte in Berlin anfahren und Impfungen vor Ort direkt im medibus durchführen.

Der zwölf Meter lange umgebaute Linienbus verfügt über zwei voll ausgestattete Behandlungsbereiche und eine leistungsfähige IT-Infrastruktur, über die ein innovativer Dolmetscherdienst per Bild und Ton zugeschaltet werden kann. Die LIVE-Videoübersetzung funktioniert per Knopfdruck und ermöglicht die Verständigung in allen relevanten Sprachen.

Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales, sieht im Einsatz des neuen medibusses einen weiteren wichtigen Schritt zur Verbesserung des Infektionsschutzes. Mit dieser



Abb.: medibus auf dem Campus Charité Mitte

Quelle: Charité.de

ergänzenden und sehr effektiven Maßnahme sollen direkt und unkompliziert viele Menschen mit dem Impfangebot und der Impfberatung erreicht werden.

Der medibus wurde von der Deutschen Bahn entwickelt. Das Verkehrsunternehmen will mit diesem Projekt praktische Erfahrungen sammeln, um auch Lösungen für die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum künftig innovativ unterstützen zu können.

Links:

Ein kurzes Erklärungsvideo zum medibus finden Sie unten auf der Seite:

https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/charite_hilft/medibus/

Das Projekt "Charité hilft":

https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/charite_hilft/

Quelle: Charité

6. Spezial

Masern: Neue Studie weist niedrige Impfquote bei Kleinkindern in Deutschland aus

Um die Masern in Europa auszurotten, müssten laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) 95% der Bevölkerung geimpft sein. Davon ist Deutschland noch immer weit entfernt: Nur 63% aller Kleinkinder sind hierzulande vor Vollendung des zweiten Lebensjahres komplett gegen Masern geimpft.

Dies fanden Wissenschaftler vom Versorgungsatlas anhand von Auswertungen des Impfstatus von insgesamt 2,2 Millionen Kindern, die in den Jahren 2009 bis 2012 geboren wurden und eine Früherkennungsuntersuchung U4 hatten, heraus. Als Basis dienten pseudonymisierte Abrechnungsdaten aus Arztpraxen der Jahre 2009 bis 2014.

Zwar verzeichnen die Forscher leichte Quotensteigerungen, doch Sorgen bereiten die ausgeprägten Unterschiede auf Kreisebene sowie sinkende Quoten in manchen Kreisen. Die Spitzenreiter liegen in Niedersachsen: In Peine und in Wolfsburg sind 78% der Kleinkinder bis zu ihrem zweiten Geburtstag vollständig – zweimal – gegen Masern geimpft. Die Kreise Osterode und Osterholz erreichen diese Quoten zwar nicht, verzeichnen aber bundesweit die höchsten Steigerungen von je rund sechs Prozentpunkten pro Jahr für beide Impfungen. Die Schlusslichter liegen im Süden der Republik: die Landkreise Garmisch-Partenkirchen, Bad Tölz und Rosenheim in Bayern. Dort erhalten nur 36 bis 42% der Kinder die erforderlichen zwei Impfungen. Da die Quoten in vielen bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten – ähnlich wie in Baden-Württemberg – unter dem Bundesdurchschnitt liegen, sind die beiden Südländer die Schlusslichter auf Länderebene. Daran können auch respektable Werte in etlichen Landkreisen nichts ändern, beispielsweise die überdurchschnittlichen Quoten im oberfränkischen Landkreis Wunsiedel (78%) oder im badischen Landkreis Lörrach (70%). Berlin und Brandenburg liegen im Bundesvergleich leicht unter dem Durchschnitt. Nur rund 62% der 2012 in Berlin und Brandenburg geborenen Kinder haben bis zu ihrem zweiten Geburtstag die nötige Doppelimpfung bekommen.

Zahlreiche Masern-Ausbrüche, wie der letztjährige große Ausbruch in Berlin und knapp 2.500 gemeldete Masernfälle 2015 zeigen, dass der Impfschutz löchrig ist. Als alarmierend sehen die Autoren auch, dass in 13 Kreisen bei den Jahrgängen 2009 bis 2012 die Quote für die zweite Impfung durchgängig gesunken ist (*siehe auch Abbildung auf der nächsten Seite*). Auffallend sind die regionalen Unterschiede der Impfquoten. Diese sind innerhalb der Bundesländer größer als zwischen den Bundesländern. In Bayern etwa erhalten in Garmisch-Partenkirchen 36 Prozent der Kinder die zweite Impfung, im Landkreis Wunsiedel aber 78%. In Baden-Württemberg liegt die Spanne zwischen 49 und 70% und in Rheinland-Pfalz – ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen – zwischen 55 und 77%. Auffallend ist auch, dass Landkreise mit extrem niedrigen Quoten oft in der Nähe von Kreisen mit Höchstquote liegen. So beträgt etwa der Unterschied in der Quote für die zweite Impfung zwischen den benachbarten Kreisen Straubing-Bogen (72 %) und Landshut (50 %) 22 Prozentpunkte. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass in der kreisfreien Stadt Landshut die Impfquote mit 43 Prozent nochmals niedriger liegt als im Landkreis.

Deutlich sind auch die Unterschiede zwischen den Quoten der ersten und der zweiten Impfung.

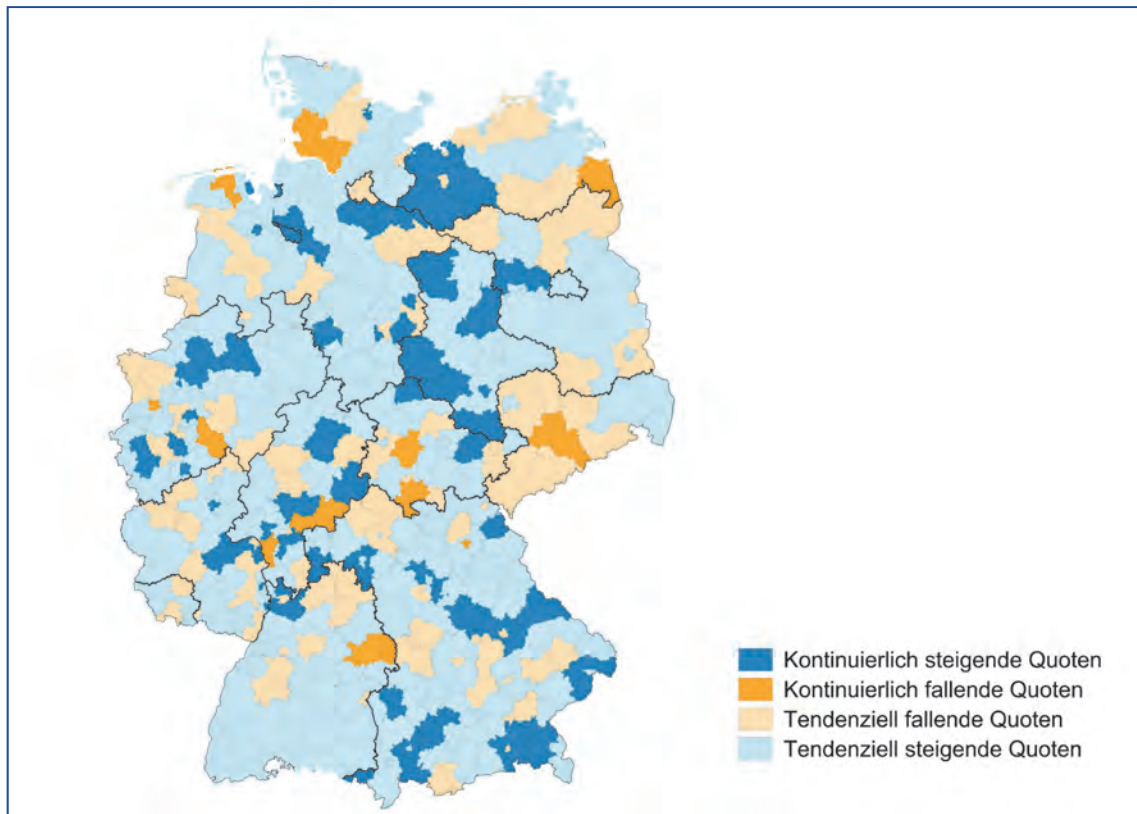


Abb.: Masernimpfungen bei GKV-versicherten Kindern. Entwicklung der Impfquoten der zweiten Masernimpfung bei den Geburtsjahrgängen 2009 bis 2012 auf Landkreisebene
Quelle: Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/07

Bei der ersten Immunisierung liegt die Quote auf Bundesebene kaum verändert bei 88%. Einzelne Landkreise erreichen sogar die Vorgaben der WHO: Im Saale-Orla- Kreis in Thüringen erhalten 96% der Kleinkinder die erste Impfung. Doch nach diesem starken Anfang liegt auch in diesem Kreis die Quote bei der zweiten Impfung mit 63% auf dem Bundesdurchschnitt. Dabei sorgt diese zweite Impfung dafür, dass jene knapp fünf Prozent der Kinder, bei denen die erste Impfung nicht anschlägt, noch eine Immunität aufbauen können. Bezogen auf die Studienpopulation bedeutet dies, dass über 7.000 Kinder pro Jahrgang mit Erstimpfung in den untersuchten Jahrgängen ohne Zweitimpfung nicht geschützt sind, obwohl die Eltern das möglicherweise denken. Hinzu kommen noch rund 66.000 Kinder pro Jahrgang, die bis zum zweiten Lebensjahr gar keine Impfung erhalten haben. Summa summarum sind also 73.000 Kleinkinder nicht gegen Masern geschützt.

Hinweis: In Sachsen weichen die Empfehlungen der sächsischen Impfkommision (SIKO) von den Empfehlungen der STIKO ab. Darum werden die sächsischen Impfquoten gesondert ausgewiesen und fließen nicht in den Bundesdurchschnitt ein.

Link:

www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=76

Quelle:

Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J.
Maserngrundimmunisierung gemäß STIKO-Empfehlungen nach Geburtsjahrgängen anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten von 2009 bis 2014. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/07. Berlin 2016; DOI: 10.20364/VA-16.07

7.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen¹ und Inzidenzen²)

^{1/2/3/4/5} Erläuterungen am Ende der folgenden Seite

Krankheit bzw. Infektionserreger	Berichtswoche			kumulativ 2016			kumul. 2015
	Fallzahl	Inzidenz	Todesfälle	Fallzahl	Inzidenz	Todesfälle	Fallzahl
Adenovirus-K(eratok)onjunktivitis	0	0,0	0	15	0,4	0	5
Borreliose ³	5	0,1	0	684	19,4	0	544
Botulismus	0	0,0	0	1	0,0	0	1
Brucellose	0	0,0	0	3	0,1	0	0
Campylobacter-Enteritis	29	0,8	0	2.546	72,4	0	2.672
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,0	0	1	0,0	0	8
Clostridium difficile	7	0,2	4	130	3,7	39	125
Denguefieber	0	0,0	0	91	2,6	0	45
Diphtherie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
EHEC-Erkrankung	3	0,1	0	88	2,5	0	73
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	0	0,0	0	2	0,1	0	0
Giardiasis	4	0,1	0	328	9,3	0	297
Haemophilus influenzae, inv. Erkrankung	0	0,0	0	23	0,7	0	20
Hantavirus-Erkrankung	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Hepatitis A	2	0,1	0	42	1,2	0	31
Hepatitis B	2	0,1	0	57	1,6	0	52
Hepatitis C	11	0,3	0	329	9,4	0	342
Hepatitis D	0	0,0	0	0	0,0	0	2
Hepatitis E	0	0,0	0	97	2,8	0	52
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	0	0,0	0	3	0,1	2	2
Influenza	0	0,0	0	4.247	120,7	6	3.126
Keuchhusten ⁴	7	0,2	0	857	24,4	0	532
Kryptosporidiose	2	0,1	0	110	3,1	0	123
Legionellose	5	0,1	0	82	2,3	3	81
Lepra	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Leptospirose	0	0,0	0	2	0,1	0	5
Listeriose	0	0,0	0	31	0,9	1	15
Masern	2	0,1	0	74	2,1	0	1.239
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,0	0	34	1,0	1	9
MRSA, invasive Infektion	2	0,1	0	219	6,2	17	242
Mumps ⁴	0	0,0	0	44	1,3	0	40
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	66	1,9	0	2.278	64,8	1	2.281
Paratyphus	0	0,0	0	3	0,1	0	3
Q-Fieber	0	0,0	0	4	0,1	0	5
Rotavirus-Gastroenteritis	3	0,1	0	1.293	36,8	0	1.326
Röteln, postnatal ⁴	0	0,0	0	3	0,1	0	5
Salmonellose	12	0,3	0	438	12,5	0	423
Shigellose	0	0,0	0	48	1,4	0	64
Trichinellose	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Tuberkulose	3	0,1	0	324	9,2	6	317
Tularämie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
Typhus abdominalis	0	0,0	0	7	0,2	0	9
VHF (Chikungunya)	0	0,0	0	6	0,2	0	17
Yersiniose	0	0,0	0	71	2,0	0	57
Summe	165		4	14.618		76	14.192

7.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche (Fallzahlen¹)

Krankheit bzw. Infektionserreger	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Schöneberg	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-	Lichtenberg	Reinickendorf	Summe
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	1	1	3	2	1	3	1	1	0	1	1	0	15	
Borreliose ¹	48	75	132	31	18	71	47	52	34	99	45	32	684	
Botulismus	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Brucellose	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	
Campylobacter-Enteritis	201	198	293	243	130	246	254	178	177	202	206	218	2.546	
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Clostridium difficile	11	9	18	5	5	16	6	8	13	10	17	12	130	
Denguefieber	13	23	21	4	2	5	8	6	2	0	3	4	91	
EHEC-Erkrankung	10	6	5	10	8	12	15	8	1	3	3	7	88	
FSME (Frühsommer-Meningoenz.)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
Giardiasis	40	59	45	22	11	15	46	33	15	13	15	14	328	
Haemophilus influenzae, inv. Erkr.	2	1	2	1	1	2	3	2	1	4	2	2	23	
Hantavirus-Erkrankung	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Hepatitis A	8	0	2	4	3	2	15	2	0	2	0	4	42	
Hepatitis B	13	10	5	3	5	4	4	1	1	2	3	6	57	
Hepatitis C	36	34	39	17	31	33	28	22	28	19	2	40	329	
Hepatitis E	8	8	15	5	5	5	10	6	6	5	10	14	97	
HUS (Hämol.-urämisches Syndrom)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
Influenza	316	355	752	516	193	446	496	274	190	318	148	243	4.247	
Keuchhusten ⁴	72	57	123	76	48	141	102	47	59	61	42	29	857	
Kryptosporidiose	10	8	25	9	3	9	15	10	11	4	0	6	110	
Legionellose	7	2	4	6	6	15	15	9	1	0	4	13	82	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Leptospirose	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Listeriose	3	1	6	0	2	0	7	4	0	4	3	1	31	
Masern	7	9	3	1	5	2	12	17	3	2	8	5	74	
Meningokokken, inv. Erkrankung	6	2	1	2	4	2	4	4	1	4	1	3	34	
MRSA, invasive Infektion	18	13	25	16	17	27	17	30	7	20	9	20	219	
Mumps ⁴	4	2	11	0	5	2	9	3	1	2	3	2	44	
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	137	98	267	166	150	260	263	149	225	175	204	184	2.278	
Paratyphus	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	
Q-Fieber	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4	
Rotavirus-Gastroenteritis	39	63	72	47	54	91	168	303	152	75	122	107	1.293	
Röteln	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	
Salmonellose	34	36	39	34	24	28	46	38	30	28	40	61	438	
Shigellose	11	6	7	7	0	2	5	1	2	0	5	2	48	
Trichinellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Tuberkulose	37	15	15	23	23	18	27	23	8	19	102	14	324	
Typhus abdominalis	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	7	
Virale hämorrhagische Fieber	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	6	
Yersiniose	9	6	7	7	3	10	8	6	1	4	5	5	71	
Summe	1.108	1.103	1.940	1.258	760	1.468	1.635	1.240	971	1.079	1.006	1.050	14.618	

¹ Veröffentlichung der Fälle entspr. Referenzdefinition des RKI (U. a. weichen wegen noch nicht erfolgter Freigabe durch das RKI die Fallzahlen von den beschriebenen Einzelfällen ab) / ² Die angegebenen Inzidenzen sind berechnet als Fallzahl pro 100.000 Einw. Dabei wird die Einwohnerzahl Berlins von 3.517.424 mit Stand vom 31.12.2013 zugrunde gelegt. (Datenquelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg) / ³ Arzt- und Labormeldepflicht in Berlin seit 07.04.2013 (vorher nur Arztmeldepflicht) / ⁴ Meldepflicht seit 29.03.2013 / ⁵ Angabe nur lab.-best. Fälle (o. aggregierte Daten)

7.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

Rangfolge der in 2016 gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. Serogruppen, kumuliert bis einschließlich der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Gruppe	n 2016	Anteil %	n 2015	Anteil %
1	S.Enteritidis	D1	106	24,2	119	28,1
2	S.Typhimurium	B	77	17,6	83	19,6
3	Salmonella der Gruppe B		62	14,2	57	13,5
4	Salmonella der Gruppe D1		49	11,2	29	6,9
5	Salmonella der Gruppe C1		18	4,1	21	5,0
6	S.Derby	B	13	3,0	10	2,4
7	S.Infantis	C1	11	2,5	17	4,0
8	S.Agona	B	9	2,1	6	1,4
9	S.Braenderup	C1	3	0,7	0	0,0
	andere Serovare		48	11,0	55	13,2
	ohne Angabe		3	0,7	2	0,5
	nicht ermittelbar		39	8,9	23	5,4
	gesamt		438	100,0	422	100,0

* In der Kategorie „andere Serovare / Gruppen“ werden Serovare, die bisher nur weniger als dreimal nachgewiesen wurden, und andere nicht häufige Gruppen zusammengefasst.

Rangfolge der gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. -gruppen in der Berichtswoche

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Fallzahl
1	Salmonella der Gruppe B	3
2	S.Enteritidis	2
3	S.Derby	1
4	S.Typhimurium	1
6	Salmonella der Gruppe D1	1
7	-andere/sonstige-	1
	(-nicht ermittelbar-)	3
	gesamt	12

8. Abbildungen ausgewählter wöchentlicher Fallzahlen 2016 mit Vorjahresvergleich

