

Epi - Info

Wochenbericht

***Epidemiologischer Wochenbericht für die Meldewochen 48-49/2016
über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten
herausgegeben am 15. Dezember 2016 (Datenstand: 14.12.2016 - 10:00 Uhr)***

Inhalt

1. Allgemeine Lage

2. Besondere Fälle

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. Norovirus-Saison: Situation im Land Berlin
- 5.2. Epidemiologische Bulletins 48 und 49/2016
- 5.3. Aviäre Influenza: Aktualisierung des Arztemeldebogens
- 5.4. Acinetobacter baumannii: Rapid Risk Assessment des ECDC
- 5.5. Impfaufklärungsbögen in verschiedenen Fremdsprachen
- 5.6. Veranstaltungshinweis: "Tuberkulose Aktuell" - Tagung zum Welttuberkulosestag
- 5.7. Veranstaltungshinweis: 5. Nationale Impfkongferenz

6. Spezial

Hepatitis C- und HIV-Prophylaxe aus der Mikrowelle

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

Borreliose, Campylobacter-Erkrankung, EHEC/ESTEC, Legionellose, Rotavirus-Erkrankung, Salmonellose

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz (I C 2)
Hr. Schubert / Fr. Dr. Bitzegeio / Fr. Wendt / Hr. PD Dr. Werber
Darwinstraße 15, 10589 Berlin (Charlottenburg). Tel. 90229-2427/-2428/-2432/-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

Über die Hälfte der in den beiden Berichtswochen (Meldewochen „MW“ 48 und 49) an das LAGeSo übermittelten Fälle entfielen auf *Norovirus*-Gastroenteritiden. Die in diesem Jahr früher einsetzende Noroviruswelle befindet sich auf einem im Vergleich zu den Vorjahren hohen Niveau. Aussagen zu den in dieser Saison zirkulierenden Norovirus-Genotypen können derzeit noch nicht getroffen werden (*siehe unter 3., 5.1., 7. und 8.*).

Es wurden 17 der Referenzdefinition entsprechende *Influenza*-Erkrankungen in dem Berichtszeitraum erfasst. Die Gesamtzahl in dieser Saison beträgt somit 35, wovon für 32 kein Impfschutz dokumentiert war. Fälle wurden aus allen Bezirken übermittelt. Derzeit ist unklar, welcher Influenza-Subtyp in der bevorstehenden Grippewelle vorherrschen wird (*siehe unter 4., und 7.*).

Mit sechs weiteren *Legionellosen* in den letzten zwei Berichtswochen stieg die Fallzahl in diesem Jahr auf 95. Dies ist die höchste Zahl, die seit Beginn des Infektionsschutzgesetzes (2001) in Berlin festgestellt wurde. Hinweise für epidemische Zusammenhänge zwischen den Fällen liegen nicht vor (*siehe unter 2., 7. und 8.*).

In den beiden Berichtswochen wurden 35 Ausbrüche übermittelt, darunter 10 nosokomial bedingte *Norovirus*-Ausbrüche und drei durch das *Influenzavirus*. Übermittelt wurden auch drei kleinere Ausbrüche durch *Skabies*, die in Asylbewerberunterkünften auftraten.

Mit der Übermittlung eines MRSA-Ausbruchs wurden in diesem Jahr bislang insgesamt 55 nosokomial bedingte Ausbrüche mit 353 Fällen erfasst. Fast die Hälfte aller Ausbrüche (n=24) wurden durch Infektionen mit *Rotavirus* ausgelöst (*siehe unter 3.*).

Bei den weiteren Meldekategorien wurden keine Infektionsereignisse von gesamtstädtischer Bedeutung erfasst.

2. Besondere Fälle

EHEC/STEC

GA Mitte

Bauchschmerzen, Erbrechen und Durchfall bei einem 74-jährigen Mann, bei dem aus der *E. coli*-Kultur das Gen für das Shiga Toxin 1 (*stx*₁) nachgewiesen wurde.

GA Pankow

Erbrechen und Durchfall bei einer 46-jährigen Frau, bei der aus der *E. coli*-Kultur das Gen für das Shiga Toxin 1 (*stx*₁) nachgewiesen wurde.

GA Spandau

Bauchschmerzen bei einer 41-jährigen Frau, bei der aus der *E. coli*-Kultur das Gen für das Shiga Toxin 1 (*stx*₁) nachgewiesen wurde.

GA Steglitz-Zehlendorf

Durchfall bei einer 48-jährigen Frau, bei der aus der *E. coli*-Kultur das Gen für das Shiga Toxin 1 (*stx*₁) nachgewiesen wurde.

GA Tempelhof-Schöneberg

Durchfall bei einer 76-jährigen Frau, bei der aus der *E. coli*-Kultur das Gen für das Shiga Toxin 2 (*stx*₂) nachgewiesen wurde.

Hepatitis A

GA Mitte

Fieber, Oberbauchbeschwerden und erhöhte Transaminasen bei einem 34-jährigen Mann, der keinen Impfschutz hatte. Es erfolgte ein IgM-Antikörpernachweis. Hinweise zur Infektionsquelle wurden nicht bekannt.

Hepatitis E

GA Marzahn-Hellersdorf

Oberbauchbeschwerden und weitere unbekannte Symptome bei einer 26-jährigen Frau, die hospitalisiert und intensivmedizinisch behandelt wurde. Es erfolgten IgG- und IgM-Antikörpernachweise. Hinweise zur Infektionsquelle wurden nicht bekannt.

Oberbauchbeschwerden und weitere unbekannte Symptome bei einem 48-jährigen Mann. Es erfolgte ein IgM-Antikörpernachweis. Hinweise zur Infektionsquelle wurden nicht bekannt.

GA Tempelhof-Schöneberg

Ikterus bei einer 73-jährigen Frau, die hospitalisiert wurde. Es erfolgten IgG- und IgM-Antikörpernachweise. Hinweise zur Infektionsquelle wurden nicht bekannt.

Legionellose

GA Neukölln

Lungenentzündung bei einem 33-jährigen Mann. Aus Urin erfolgte der Antigennachweis *Legionella pneumophila*. Durch das Gesundheitsamt wurde ermittelt, dass die Exposition im privaten oder beruflichen Umfeld erfolgte.

GA Neukölln

Lungenentzündung bei einem 65-jährigen Mann. Aus Urin erfolgte der Antigennachweis *Legionella pneumophila* Serogruppe 1. Das Gesundheitsamt ermittelt derzeit noch Hinweise zur Exposition.

GA Tempelhof-Schöneberg

Lungenentzündung bei einem 55-jährigen Mann. Aus Urin erfolgte der Antigennachweis *Legionella pneumophila* Serogruppe 1.

Zikavirus

GA Spandau

Fieber und allgemeine Schmerzen bei einem 30-jährigen Mann, bei dem die Infektion mittels IgM-Antikörper-Untersuchung nachgewiesen wurde. Der Mann erkrankte wenige Tage vor seiner Rückkehr aus Mexiko, wo er sich drei Wochen aufhielt.

Mexiko gehört zu den Ländern, in denen klimabedingt derartige Infektionen gehäuft auftreten. Seit Jahresbeginn wurden im Land Berlin insgesamt 29 Zikavirus-Infektionen übermittelt.

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 48. und 49. Berichtswoche

Erreger / Krankheit	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
Influenza	3	2 - 4	10
Keuchhusten	2	2	4
Norovirus ¹	24	2 - 24	104
Rotavirus	1	3	3
Salmonellose	1	2	2
Windpocken	1	7	7
WBK (Skabies) ²	3	2 - 5	11
Summe / Spanne	35	2 - 24	141

¹ darunter 10 nosokomial bedingte Ausbrüche

² Ausbrüche in drei Asylbewerberunterkünften (siehe auch unter 3.3.)

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

Kumulative Übersicht 2016 bis einschließlich der 49. 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> (2MRGN)	1	12	12
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN)	1	4	4
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (4MRGN)	2	2 - 3	5
MRSA ¹	10	2 - 7	34
Rotavirus	24	2 - 24	168
<i>Serratia marcescens</i> (3MRGN)	1	2	2
VRE ²	5	8 - 27	74
Summe / Spanne	55	2 - 27	353

¹ Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*

² Vancomycin resistente Enterokokken

3.3. Besondere Ausbrüche

WBK (Skabies)

Aus Pankow wurde ein Ausbruch aus einem Asylbewerberheim mit vier Erkrankungen übermittelt. Betroffen waren zwei Kinder (drei und fünf Jahre) und zwei Erwachsene (24 und 26 Jahre) aus Afghanistan. Der Erkrankungszeitraum lag zwischen dem 01. und 03.12.2016. Es handelt sich um klinisch-epidemiologische Fälle.

Aus Treptow-Köpenick wurden zwei Ausbrüche aus verschiedenen Asylbewerberheimen mit insgesamt sieben Erkrankungen übermittelt. Bei einem Ausbruch waren zwei Erwachsene (20 und 24 Jahre) aus Libyen bzw. Syrien betroffen, bei dem anderen Ausbruch zwei Kinder (sieben und neun Jahre) und drei Erwachsene (18, 24 und 37 Jahre) aus Afghanistan. Es handelt sich um klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankungen.

4. Influenza-Saison 2016/2017

4.1. Zur aktuellen Situation im Land Berlin

In der aktuellen Saison wurden im Land Berlin bislang 35 der Referenzdefinition entsprechende Influenza-Erkrankungen an das LAGeSo übermittelt, darunter acht für die 48. MW (fünf zum Datenstand der letzten Woche) und neun für die 49. Meldewoche. In beinahe allen Fällen (n=30) wurde das Influenza A Virus diagnostiziert, in zwei Fällen wurde Influenza A (H1N1)pdm09 Virus und in je einem Fall das Influenza A (H3N2) bzw. ohne Differenzierung nachgewiesen.

Fälle wurden aus allen Berliner Bezirken übermittelt. Der Altersmedian der Fälle liegt derzeit bei 39 Jahren, 50% sind zwischen 14 und 50 Jahre alt, für vier Patienten ist angegeben, dass sie hospitalisiert wurden. Lediglich drei Erkrankte hatten einen Impfschutz.

Der Praxisindex der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) lag in der AGI-Großregion Osten, Region Brandenburg/Berlin etwas über der ARE-Hintergrund-Aktivität.

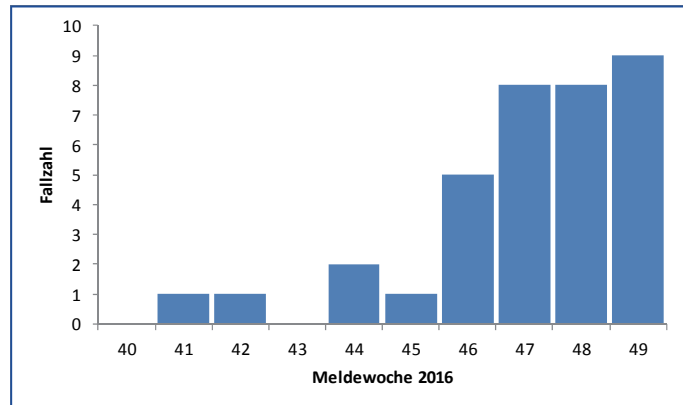


Abb.1: An das LAGeSo übermittelte Influenza-Erkrankungen nach Meldewoche in der aktuellen Influenzasaison, Stand: 14.12.2016

Hinweis: Durch nachträglich eingehende Meldungen und Übermittlungen, insbesondere für die Berichtswoche, werden sich die Zahlen in den Folgewochen noch verändern

Quelle: LAGeSo/SurvNet

Weitere Informationen:

www.impfen-info.de/grippe

www.rki.de/influenza

www.pei.de/influenza-impfstoffe

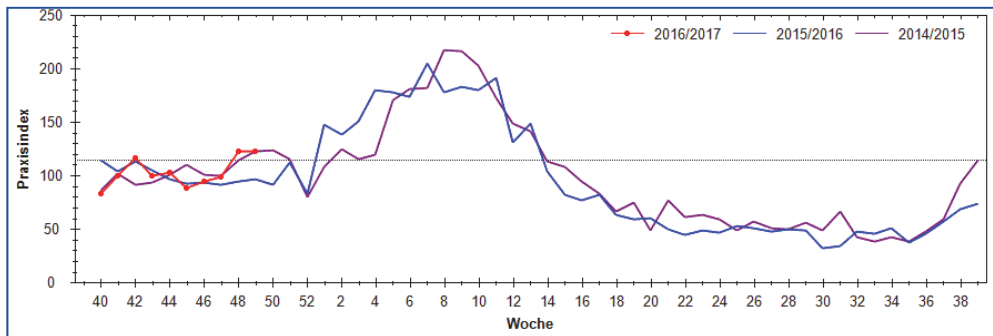
www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza/

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

Quelle: LAGeSo/SurvNet/AGI/

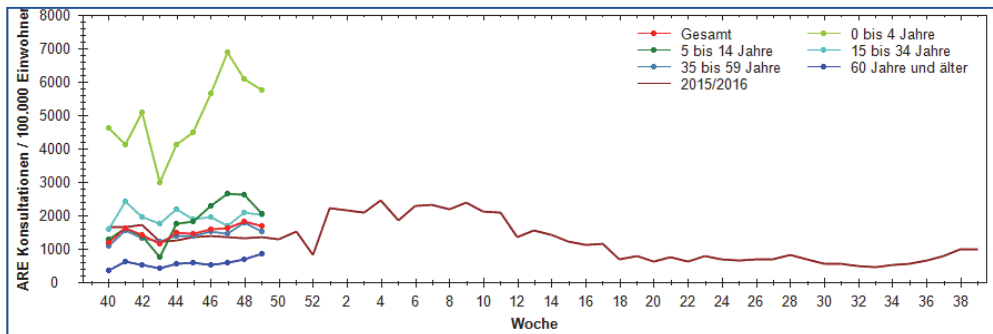
4.2. Informationen der AGI für Berlin, Brandenburg und Deutschland (Stand: 13.12.2016)

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

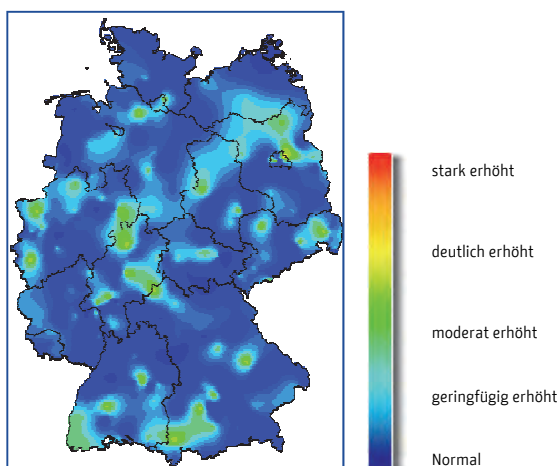


Konsultationsinzidenz aufgrund akuter respiratorischer Erkrankungen in der aktuellen Saison im Vergleich zur Saison 2015/2016

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 49. Kalenderwoche (KW) 2016 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz sind im Vergleich zur Vorwoche ebenfalls gestiegen.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 49. KW 2016 in 47 (34 %) von 138 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Von diesen 47 Proben mit Virusnachweis waren 24 (51 %) Proben positiv für Rhinoviren, zehn für Influenza A(H3N2)-Viren, zehn für Respiratorische Synzytial (RS)-Viren und sechs für Adenoviren.

Für die 49. Meldewoche 2016 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 275 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt (Datenstand 13.12.2016).

5. Besondere Hinweise

5.1. Norovirus-Saison: Situation im Land Berlin

Für die beiden Berichtswochen wurden im Land Berlin 282 der Referenzdefinition entsprechende Norovirus-Gastroenteritiden an das LAGeSo übermittelt, 166 für die 48. MW (123 zum Datenstand der letzten Woche) und 116 für die 49. MW.

Die höchsten Fallzahlen (und Inzidenzen) wurden aus Tempelhof-Schöneberg (n=54), Steglitz-Zehlendorf (n=48) und Reinickendorf (n=35) übermittelt. Der Altersmedian der Fälle liegt derzeit bei 60 Jahren, 50% sind zwischen 26 und 79 Jahre alt. Für 149 (53%) ist angegeben, dass sie hospitalisiert wurden. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine labor-diagnostische Untersuchung v.a. bei hospitalisierten Patienten veranlasst wurde. Dessen ungeachtet hat die Norovirus-saison in diesem Jahr (bundesweit) früher begonnen und ist auf einem vergleichsweise hohen Niveau (s. Abb. 1). Informationen zu den in dieser Saison zirkulierenden Norovirus-Genotypen liegen derzeit noch nicht vor.



Das RKI teilte mit, dass derzeit noch keine Norovirus-Genotypen ermittelt werden konnten, da nicht genug Proben am NRZ eingehen. Das RKI bittet, Proben an das NRZ zu senden.

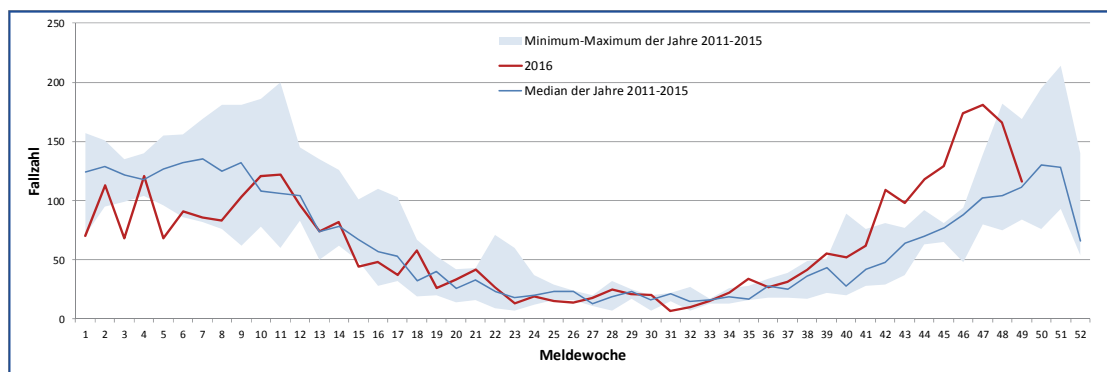


Abb.1: An das LAGeSo übermittelte Norovirus-Erkrankungen nach Meldewoche 2016 sowie Median mit Minimum und Maximum der Jahre 2011-2015, Stand: 14.12.2016

Hinweis: Durch nachträglich eingehende Meldungen und Übermittlungen, insbesondere für die Berichtswoche, werden sich die Zahlen in den Folgewochen noch verändern
Quelle: LAGeSo/SurvNet

Quelle: LAGeSo

5.2. Epidemiologische Bulletins 48 und 49/2016

Im Epidemiologischen Bulletin 48/2016 vom 05.12.2016 berichtet ein Gesundheitsamt über die Untersuchung eines Norovirus-Ausbruchs, der im September d. J. im Landkreis Amberg-Sulzbach (Bayern) stattfand. Die sehr hohe Infektiosität der Noroviren mit einer minimalen Infektionsdosis von ca. 10 - 100 Viruspartikeln stellt ein großes Problem gerade auch für die Gastronomie dar. Regelmäßige Hygieneschulungen sind daher von größter Bedeutung.

Die Dateneingabe und -auswertung der Befragungsergebnisse erfolgte mit dem Linelist-Werkzeug des Robert Koch-Instituts. Das Linelist-Werkzeug liefert nach Eingabe der Daten zum Erkrankungsbeginn automatisch eine Epidemiekurve und berechnet anhand der Daten der Erkrankten und Nichterkrankten zum Verzehr einzelner Speisen die relativen Risiken (RR) bzw. Odds Ratios (OR) mit 95 % Konfidenzintervallen zur Beschreibung des

Zusammenhangs zwischen dem Verzehr der Speisen und den Erkrankungen. Damit konnte eingeschätzt werden, ob der Verzehr eines bestimmten Lebensmittels in dem Ausbruchsgeschehen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden war. Das Linelist-Werkzeug ist auf den Internetseiten des RKI abufbar (www.rki.de/linelisttool).

Hingewiesen wird im Weiterem auf eine Tagung zum Welttuberkulosestag 2017, die am 20. März 2017 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin stattfinden wird. Die Veranstaltung richtet sich an alle in der Tuberkulosekontrolle, -fürsorge, -patientenversorgung und -forschung tätigen Personen, Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Hausärzte, Pneumologen, Internisten sowie andere im Gesundheitswesen Beschäftigte und Studierende.

Download-Link: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/48/Tabelle.html

Das Epidemiologische Bulletin 49/2016 vom 12.12.2016 beschreibt die Surveillance von Tuberkulose/HIV anhand eines Beispiels aus Botswana.

Nahezu jeder Staat hat einen nationalen TB-Kontaktpunkt oder ein TB-Programm, die sich der Kontrolle und Surveillance dieser Erkrankung widmen. Gilt es, die TB-Surveillance entsprechend epidemiologischer und strategischer Anforderungen weiterzuentwickeln, dienen häufig Systeme ausgewählter nördlicher Industrienationen als Vorbild. In dem Beitrag soll sich der Blick südwärts nach Botswana richten, dessen Surveillance von gleichzeitigen Diagnosen einer TB- und einer HIV-Infektion beispielhaft ist.

Des Weiteren werden die Kontaktdaten der neuberufenen Nationalen Referenzzentren (NRZ) und Konsiliarlaboren (KL) aufgeführt: NRZ für *Helicobacter pylori* und für Retroviren sowie die KL für Chlamydien, für Kryptokokkose und seltene Systemmykosen, für Noroviren und für Rotaviren.

Download-Link: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/49/Tabelle.html

Quelle: RKI

5.3. Aviäre Influenza: Aktualisierung des Arztemeldebogens

Der Mustervorschlag für den Meldebogen für aviäre Influenza wurde auf den RKI-Internetseiten aktualisiert. Sollte eine entsprechende Verdachtsmeldung beim Gesundheitsamt eingehen, so sollte diese gemäß § 12 IfSG der zuständigen Landesbehörde (LAGeSo) und nach deren Bewertung dem Robert Koch-Institut unverzüglich übermittelt werden. Die Meldepflicht besteht bei Krankheitsverdacht, Erkrankung sowie Tod an zoonotischer Influenza gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung.

Die Meldung eines Krankheitsverdachts hat nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist.

Link zum Übermittlungsbogen für aviäre Influenza:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldebogen/Arztmeldungen/Aviare-Influenza_Meldebogen_Vorschlag_des_RKI.html

Link zum §12-Meldebogen:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldebogen/Meldung_12/meldung_12_node.html

Quelle: RKI

5.4. Acinetobacter baumannii: Rapid Risk Assessment des ECDC

Das ECDC hat am 08.12.2016 ein Rapid Risk Assessment (RRA) zum Thema carbapenem-resistente Acinetobacter baumannii in Gesundheitseinrichtungen veröffentlicht. Im RRA wird darauf hingewiesen, dass sich die Verbreitung von carbapenem-resistenten Acinetobacter baumannii in Gesundheitseinrichtungen europaweit in den letzten Jahren erhöht hat. Zudem wird auf Möglichkeiten zur Reduzierung von Risiken der weiteren Verbreitung eingegangen.

Download-Link:

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/8-Dec-2016-RRA-Acinetobacter%20baumannii-Europe.pdf>

Quelle: RKI

5.5. Impfaufklärungsbögen in verschiedenen Fremdsprachen

Das Angebot an fremdsprachigen Impfaufklärungsmaterialien wurde durch das Fachgebiet Impfprävention des RKI erneut erweitert. Neu sind die Aufklärungsbögen zur Impfung gegen Rotavirus und zur Impfung gegen Meningokokken C mit Konjugatimpfstoff. Mittlerweile sind Aufklärungsbögen zu 11 verschiedenen Impfungen in je 19 verschiedenen Fremdsprachen verfügbar. Als Grundlage dienen die vom Deutschen Grünen Kreuz e.V. zur Verfügung gestellten Impfaufklärungsbögen.

Links:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Stichwortliste/A/Asylsuchende_und_Impfen.html.pdf

Quelle: RKI

5.6. Veranstaltungshinweis: "Tuberkulose Aktuell" - Tagung zum Welttuberkulosestag

Anlässlich des Welttuberkulosestages findet am 20. März 2017 in Berlin im Langenbeck-Virchow-Haus die Tagung „Tuberkulose aktuell“ statt. Die vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell unterstützte Tagung in Berlin im Vorfeld des Welttuberkulosestages ist seit einigen Jahren ein Forum für Gesundheitsämter, Praxen, Kliniken und Laboratorien zum Austausch über die Herausforderungen in der Tuberkulose-Bekämpfung. Veranstalter sind neben dem Robert Koch-Institut das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und das Forschungszentrum Borstel mit dem dort angesiedelten Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien. Die Tagung 2017 wird federführend vom Robert Koch-Institut organisiert.

Termin: 20.03.2017, 09:30 Uhr bis 17:30 Uhr

Veranstaltungsort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58, 10117 Berlin

Das Programm und die Anmeldung sind über diesen Link erreichbar:

www.rki.de/DE/Content/Service/Veranstaltungen/TB2017.html

Quelle: RKI



5.7. Veranstaltungshinweis: 5. Nationale Impfkonzferenz

Am 10. und 11. Mai 2017 findet die 5. Nationale Impfkonzferenz in den Weser-Ems-Hallen in Oldenburg statt. Die Konferenz unter dem Motto „Impfen in unterschiedlichen Lebenswelten - Gemeinsam Impflücken schließen!“ wird gemeinsam von den Bundesländern Bremen und Niedersachsen ausgerichtet. Die Impfkonzferenz soll ein Forum bieten, auf dem sich alle Akteurinnen und Akteure des Impfwesens direkt austauschen können, um die bestehenden Rahmenbedingungen kritisch zu beleuchten und Verbesserungen anzuregen. Plenarvorträge, Posterpräsentationen und Workshops ermöglichen es, sich zu informieren und persönliche Erfahrungen einzubringen. Insbesondere bietet auch die Posterausstellung eine gute Gelegenheit, lokale sowie überregionale Aktivitäten im Bereich des Impfens zu präsentieren. Abgabeschluss für die Poster ist der 31.01.2017.

Neben den Mitgliedern von Gesundheitsfachberufen, Ärztinnen und Ärzten aus der ambulanten, stationären und betriebsärztlichen Versorgung, der Wissenschaft und den Kostenträgern richtet sich die Einladung insbesondere auch an den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Weitere Informationen rund um die Tagung finden Sie unter www.nationale-impfkonzferenz.de



Quelle: NLGA

6. Spezial

Hepatitis C- und HIV-Prophylaxe aus der Mikrowelle

Die Übertragung von Hepatitis C- und HI-Viren zwischen Drogenabhängigen, die sich Heroin injizieren, ist ein globales Gesundheitsproblem. Beispielsweise infizieren sich inzwischen über 80 Prozent der neuen Hepatitis C-Patienten durch den Austausch kontaminierter Drogenbestecke untereinander. Wissenschaftler des TWINCORE (Zentrum für Experimentelle und Klinische Infektionsforschung GmbH, Hannover) haben eine einfach anzuwendende, zuverlässige Methode entwickelt, mit der sie das Risiko der Virusübertragung durch Drogenbestecke minimieren können: Mikrowellenbestrahlung. Die Methode wurde kürzlich in *Scientific Reports* veröffentlicht.

Eine einfache und zuverlässige Methode zur Abtötung dieser Viren ist aus zwei Gründen besonders wichtig: Zum einen ist das Ansteckungsrisiko mit Viren die von Blut zu Blut übertragen werden im Drogenmilieu durch das Verleihen von Spritzbestecken besonders hoch. Zum anderen stehen für die Behandlung einer Hepatitis C-Virusinfektion zwar grundsätzlich potente Medikamente zur Verfügung, die sind jedoch sehr kostspielig und ein infizierter Drogenabhängiger hat kaum Zugang zu den Medikamenten. Zudem schützt die Behandlung auch nicht vor einer Neuinfektion. Jedoch, eine Mikrowelle befindet sich ja bekanntlich in vielen Haushalten.



Quelle: Jörg Brinckheger/pixelio.de

Das Funktionsprinzip der Mikrowelle basiert auf der Anregung von Wasser in der Probe und damit letztlich auf Erwärmung. Da die Wissenschaftler aus früheren Untersuchungen wussten, dass zumindest das Hepatitis C-Virus temperaturempfindlich ist, war der Ansatz erfolgversprechend. Und tatsächlich: Zwei Minuten bei 360 Watt reichten aus, um wässrige HCV-Lösungen zu inaktivieren. In Kooperation mit der Arbeitsgruppe Angeborene Immunität und Virale Evasion am TWINCORE, erweiterten sie die Versuche noch auf das HI-Virus, denn etwa ein Drittel der HIV Infizierten ist ebenfalls mit HCV infiziert – mit demselben Erfolg. Mehr Watt und weniger Zeit hingegen führen nicht zur Inaktivierung der Viren. Um die Viruslösungen auf die nötige Temperatur zu bringen, reichen weniger als zwei Minuten nicht aus.

Das Prinzip haben die TWINCORE-Wissenschaftler nicht nur mit sauberen Virenlösungen getestet, sondern auch mit virushaltigen, straßenüblichen Heroinzubereitungen, um beurteilen zu können, ob das Heroin eventuell Einfluss auf die Virenaktivität nimmt. Ein weiterer kritischer Punkt für die Alltagstauglichkeit der Mikrowellenbehandlung im Drogenmilieu ist die Behandlung der Spritzbestecke, so die Wissenschaftler. Dazu gehören neben Spritze und Löffel vor allem kleine Zigarettenfilter, durch die die Drogenabhängigen ihre Heroinzubereitung in die Spritze ziehen. Damit verhindern sie, dass die Nadel beim Spritzen durch Verunreinigungen verstopft. Diese Filter werden – da sie immer noch Reste von Heroin enthalten –

häufig wieder verwendet und auch verliehen. Somit bergen diese Filter das größte Ansteckungsrisiko. Hier kamen die Wissenschaftler zur Erkenntnis, dass sowohl Filter als auch Spritzen nach drei Minuten bei 360 Watt nicht mehr infektiös, selbst wenn sie 24 Stunden angetrocknet sind. Kritisch ist dann noch die Metallnadel der Spritze, die darf natürlich nicht in die Mikrowelle und müsste anders behandelt werden. Die Behandlung des Filters dauert ein wenig länger, damit die Wärme auch wirklich den gesamten Filter durchdringt aber nach drei Minuten sind Filter und Spritzen frei von infektiösen Viren und die Gefahr sich mit Hepatitis C oder HIV anzustecken, ist zumindest auf diesem Wege gebannt.

Originalpublikation:

Siddhartha et al., Inactivation of HCV and HIV by microwave: a novel approach for prevention of virus transmission among people who inject drugs (2016);6:36619. DOI:10.1038/srep36619

Download-Link der Publikation (open):

<http://www.nature.com/articles/srep36619>

Quelle:

Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung GmbH

7.1. Übersicht der 48. 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	17	0,5	0	6
Borreliose ³	3	0,1	0	728	20,7	0	595
Botulismus	0	0,0	0	1	0,0	0	1
Brucellose	0	0,0	0	3	0,1	0	2
Campylobacter-Enteritis	28	0,8	0	2.818	80,1	0	2.947
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,0	0	1	0,0	0	8
Clostridium difficile	1	0,0	0	149	4,2	49	139
Denguefieber	0	0,0	0	94	2,7	0	55
Diphtherie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
EHEC-Erkrankung	4	0,1	0	104	3,0	0	88
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	0	0,0	0	2	0,1	0	0
Giardiasis	3	0,1	0	366	10,4	0	337
Haemophilus influenzae, inv. Erkrankung	0	0,0	0	25	0,7	0	25
Hantavirus-Erkrankung	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Hepatitis A	1	0,0	0	46	1,3	0	44
Hepatitis B	1	0,0	0	66	1,9	0	61
Hepatitis C	9	0,3	0	367	10,4	0	380
Hepatitis D	0	0,0	0	0	0,0	0	2
Hepatitis E	1	0,0	0	104	3,0	0	59
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	0	0,0	0	3	0,1	2	3
Influenza	5	0,1	0	4.266	121,3	6	3.134
Keuchhusten ⁴	12	0,3	0	967	27,5	0	624
Kryptosporidiose	2	0,1	0	129	3,7	0	141
Legionellose	3	0,1	0	90	2,6	3	90
Lepra	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Leptospirose	0	0,0	0	4	0,1	0	5
Listeriose	0	0,0	0	37	1,1	1	16
Masern	0	0,0	0	76	2,2	0	1.242
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,0	0	37	1,1	1	11
MRSA, invasive Infektion	1	0,0	0	238	6,8	18	284
Mumps ⁴	3	0,1	0	50	1,4	0	41
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	123	3,5	0	3.019	85,8	0	2.636
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	1.323	37,6	0	1.381
Röteln, postnatal ⁴	0	0,0	0	3	0,1	0	6
Salmonellose	5	0,1	0	487	13,8	0	479
Shigellose	1	0,0	0	58	1,6	0	83
Trichinellose	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Tuberkulose	5	0,1	0	356	10,1	6	348
Tularämie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
Typhus abdominalis	0	0,0	0	7	0,2	0	10
VHF (Chikungunya)	0	0,0	0	7	0,2	0	17
Yersiniose	0	0,0	0	76	2,2	0	65
Summe	214		0	16.134		86	15.375

7.2. Übersicht der 49. 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	17	0,5	0	7
Borreliose ³	3	0,1	0	735	20,9	0	602
Botulismus	0	0,0	0	1	0,0	0	1
Brucellose	0	0,0	0	3	0,1	0	2
Campylobacter-Enteritis	23	0,7	0	2.856	81,2	0	2.993
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,0	0	1	0,0	0	8
Clostridium difficile	3	0,1	0	152	4,3	49	141
Denguefieber	0	0,0	0	94	2,7	0	57
Diphtherie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
EHEC-Erkrankung	2	0,1	0	107	3,0	0	90
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	0	0,0	0	2	0,1	0	0
Giardiasis	3	0,1	0	370	10,5	0	344
Haemophilus influenzae, inv. Erkrankung	0	0,0	0	26	0,7	0	25
Hantavirus-Erkrankung	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Hepatitis A	1	0,0	0	47	1,3	0	45
Hepatitis B	1	0,0	0	67	1,9	0	62
Hepatitis C	7	0,2	0	372	10,6	0	391
Hepatitis D	0	0,0	0	0	0,0	0	2
Hepatitis E	3	0,1	0	108	3,1	0	61
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	0	0,0	0	3	0,1	2	3
Influenza	9	0,3	0	4.280	121,7	6	3.136
Keuchhusten ⁴	10	0,3	0	984	28,0	0	642
Kryptosporidiose	2	0,1	0	132	3,8	0	144
Legionellose	3	0,1	0	95	2,7	3	90
Lepra	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Leptospirose	0	0,0	0	4	0,1	0	5
Listeriose	0	0,0	0	37	1,1	1	16
Masern	0	0,0	0	76	2,2	0	1.242
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,0	0	37	1,1	1	11
MRSA, invasive Infektion	4	0,1	1	243	6,9	19	289
Mumps ⁴	1	0,0	0	51	1,4	0	41
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	116	3,3	0	3.206	91,1	0	2.720
Paratyphus	0	0,0	0	3	0,1	0	3
Q-Fieber	0	0,0	0	4	0,1	0	5
Rotavirus-Gastroenteritis	6	0,2	0	1.330	37,8	0	1.397
Röteln, postnatal ⁴	0	0,0	0	3	0,1	0	6
Salmonellose	5	0,1	0	495	14,1	0	490
Shigellose	2	0,1	0	60	1,7	0	87
Trichinellose	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Tuberkulose	0	0,0	0	356	10,1	6	355
Tularämie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
Typhus abdominalis	0	0,0	0	7	0,2	0	10
VHF (Chikungunya)	0	0,0	0	8	0,2	0	17
Yersiniose	0	0,0	0	76	2,2	0	66
Summe	204		1	16.451		87	15.608

7.3. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der 49. 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	2	0	1	1	1	17	
Borreliose ¹	52	81	139	37	20	78	48	54	39	104	50	33	735	
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	233	215	336	276	143	270	293	201	200	223	228	238	2.856	
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Clostridium difficile	12	10	21	6	6	20	7	10	17	11	18	14	152	
Denguefieber	13	23	23	4	2	6	8	6	2	0	3	4	94	
EHEC-Erkrankung	12	6	6	10	9	20	20	9	1	3	3	8	107	
FSME (Frühsommer-Meningoenz.)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
Giardiasis	48	64	54	24	12	17	47	38	18	15	18	15	370	
Haemophilus influenzae, inv. Erkr.	3	3	2	1	1	2	3	2	1	4	2	2	26	
Hantavirus-Erkrankung	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Hepatitis A	9	0	3	5	4	2	15	3	0	2	0	4	47	
Hepatitis B	16	10	6	3	5	5	5	3	1	2	3	8	67	
Hepatitis C	41	36	44	21	35	37	35	25	31	24	3	40	372	
Hepatitis E	8	8	15	5	6	7	12	8	6	7	11	15	108	
HUS (Hämol.-urämisches Syndrom)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
Influenza	319	357	758	522	194	451	499	275	191	320	149	245	4.280	
Keuchhusten ⁴	84	68	131	86	52	160	124	55	74	69	49	32	984	
Kryptosporidiose	12	14	25	9	4	9	19	11	12	7	1	9	132	
Legionellose	8	2	4	6	7	16	17	14	2	0	4	15	95	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Leptospirose	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	
Listeriose	4	1	6	1	2	2	7	5	1	4	3	1	37	
Masern	7	9	3	1	5	2	12	17	3	3	8	6	76	
Meningokokken, inv. Erkrankung	6	3	1	3	4	2	5	4	1	4	1	3	37	
MRSA, invasive Infektion	19	16	29	17	18	30	19	31	7	24	10	23	243	
Mumps ⁴	4	4	11	0	5	4	9	4	1	2	5	2	51	
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	180	143	345	233	220	417	395	187	284	259	287	256	3.206	
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	65	76	47	56	92	171	304	162	77	128	113	1.330	
Röteln	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	
Salmonellose	37	42	42	37	28	32	53	42	36	37	48	61	495	
Shigellose	12	7	10	8	0	3	7	1	4	0	5	3	60	
Trichinellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Tuberkulose	38	17	17	27	27	18	30	24	8	20	116	14	356	
Typhus abdominalis	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	7	
Virale hämorrhagische Fieber	2	1	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	8	
Yersiniose	9	6	7	7	5	10	8	6	1	7	5	5	76	
Summe	1.234	1.217	2.121	1.399	874	1.716	1.875	1.344	1.105	1.232	1.162	1.172	16.451	

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 49. Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

Rangfolge der in 2016 gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. Serogruppen, kumuliert bis einschließlich der 49. Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Gruppe	n 2016	Anteil %	n 2015	Anteil %
1	S.Enteritidis	D1	125	25,3	130	26,5
2	S.Typhimurium	B	92	18,6	97	19,8
3	Salmonella der Gruppe B		70	14,1	75	15,3
4	Salmonella der Gruppe D1		53	10,7	32	6,5
5	Salmonella der Gruppe C1		17	3,4	24	4,9
6	S.Derby	B	15	3,0	11	2,2
7	S.Infantis	C1	12	2,4	18	3,7
8	S.Agona	B	10	2,0	6	1,2
9	S.Braenderup	C1	3	0,6	0	0,0
10	S.Hadar	C2 - C3	3	0,6	2	0,4
11	S.Kentucky	C2 - C3	3	0,6	2	0,4
	andere Serovare*		49	9,9	63	12,9
	ohne Angabe		2	0,4	2	0,4
	nicht ermittelbar		41	8,3	28	5,7
	gesamt		495	100,0	490	100,0

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

Rangfolge der gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. -gruppen in der 48. und 49. Berichtswoche

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Fallzahl
1	S.Enteritidis	4
2	Salmonella der Gruppe B	4
3	S.Typhimurium	1
4	Salmonella der Gruppe D1	1
5	-nicht ermittelbar-	1
6	-andere/sonstige-	2
	gesamt	13

8. Abbildungen ausgewählter wöchentlicher Fallzahlen 2016 mit Vorjahresvergleich

