



Epidemiologisches Bulletin

17. Oktober 2011 / Nr. 41

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland Reiseassoziierte Infektionskrankheiten 2010

Dieser Bericht basiert auf den Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem RKI mit Datenstand 1.3.2011 übermittelt worden waren. Bei der Malaria werden außerdem Daten für das Vereinigte Königreich (für das Jahr 2010) und aus den USA (für das Jahr 2009) sowie zu lokal in der europäischen Region (laut WHO) erworbenen Malariafällen vorgestellt.

Malaria

Im Berichtsjahr 2010 wurden 617 Malaria-Fälle gemeldet. Unter diesen wurden 2 Sterbefälle (0,3%) angegeben. Im Vergleich zum Vorjahr kam es zu einem Anstieg der Zahl der gemeldeten Malaria-Fälle. Nachdem sich seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 die Zahl der gemeldeten Fälle zunächst von Jahr zu Jahr verringert hatte, wurden von 2006 bis 2009 annähernd gleiche Fallzahlen registriert (s. Abb. 1). Bezogen auf die Bevölkerungszahl errechnet sich für Deutschland im Jahr 2010 eine Inzidenz von 0,8 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Anzahl der in den einzelnen Monaten diagnostizierten Malaria-Erkrankungen reichte von 30 Fällen im März bis zu 90 Fällen im August.

Erkrankungen pro Bundesland

Da für die Malaria gemäß § 7 Abs. 3 IfSG eine nichtnamentliche Meldepflicht (ohne Angabe des Wohnortes des Patienten) gilt, basiert die Zuordnung der Fälle zu Bundesländern auf Angaben zu den dreistelligen Postleitzahlen (PLZ) des Wohnortes des Patienten, des einsendenden Arztes oder ersatzweise des Labors. Damit kann nur eine annähernde Verteilung nach Bundesländern bestimmt werden (siehe dazu *Epid. Bull.* 41/2001).

Die Anzahl der Malaria-Fälle, die für die verschiedenen Bundesländer ermittelt wurde, differierte – wie auch in allen Vorjahren – sehr stark (s. Abb. 2, S. 372). Für Hamburg wurde 2010 eine Inzidenz von 4,6 Fällen pro 100.000 Einwohner

Erkr. pro 100.000 Einw.

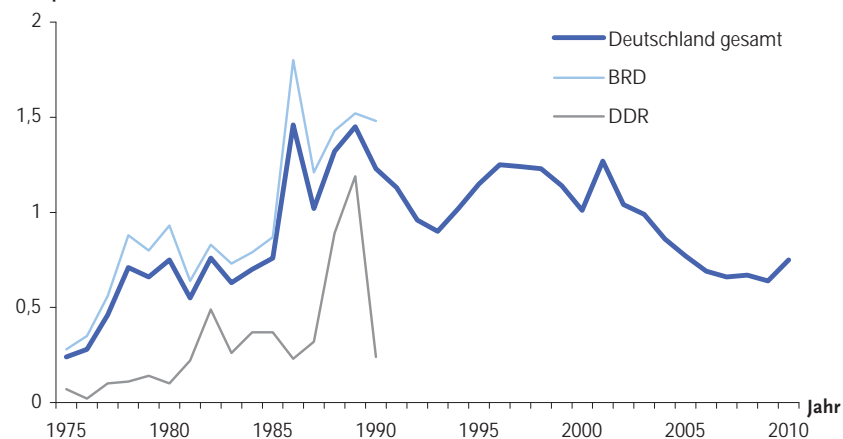


Abb. 1: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 1975 bis 2010
(Zahlen des Statistischen Bundesamtes bis 2000; IfSG-Meldedaten ab 2001)

Diese Woche

41/2011

Reiseassoziierte Infektionskrankheiten Deutschland 2010

- ▶ Malaria mit Anmerkungen zur Situation im Vereinigten Königreich, in den USA und in der WHO-Region Europa
- ▶ Shigellose
- ▶ Typhus abdominalis
- ▶ Paratyphus
- ▶ Brucellose
- ▶ Trichinellose
- ▶ Cholera
- ▶ Fleckfieber
- ▶ Läuserückfallfieber
- ▶ Lepra
- ▶ Dengue-Fieber
- ▶ Chikungunya-Fieber

Antibiotikaresistenz

Zum Auftreten von MRE bei Patienten aus Libyen

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

KiGGS Welle 1 –
Aktueller Stand der
Datenerhebung

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
38. Woche 2011
(Datenstand: 12. Oktober 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der
40. Woche 2011



ermittelt, für Bremen von 2,1 und für Berlin von 1,6. Für Sachsen und Sachsen-Anhalt wurde nur eine Inzidenz von 0,2 bzw. 0,1 errechnet. Auch in allen Vorjahren wurden diese Unterschiede beobachtet.

Diesen Unterschieden könnten folgende Ursachen zugrunde liegen: Das Reiseverhalten der deutschen Wohnbevölkerung könnte in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sein, ebenso wie auch der Anteil von Bürgern aus Malaria-Endemiegebieten. Einwohner, die aus Endemiegebieten stammen und die wegen nachlassender Immunität nach Aufenthalt in ihren Heimatländern an Malaria erkranken, leben häufiger in Ballungsgebieten. Auftretende Unterschiede zwischen den Jahren können Ausdruck für ein unterschiedliches Infektionsrisiko in bestimmten bereisten Regionen bzw. für ein unterschiedliches Reiseaufkommen sein. Auffällig in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass die ermittelten Inzidenzen in einzelnen Bundesländern von Jahr zu Jahr teilweise sehr unterschiedlich sind und keinem einheitlichen Trend folgen. Als ein weiterer Einflussfaktor auf die Höhe der Inzidenz kommt auch

die Zuordnung des Falles vorzugsweise nach PLZ des diagnostizierenden Labors (wegen fehlender PLZ des Patienten bzw. PLZ des Arztes auf dem Meldebogen) in Betracht, was in früheren Jahren dazu geführt haben könnte, dass für ein Bundesland mit dort ansässigen auf die Malaria-Diagnostik spezialisierten Institutionen mit großem Einzugsgebiet überproportional hohe Inzidenzen ausgewiesen werden. Als Erklärung für die vorliegenden Unterschiede kommen sicherlich nicht zuletzt auch Unterschiede im Einhalten der Meldepflicht in Betracht, die bei entsprechend großen Einrichtungen mit großer Patientenzahl einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Inzidenz in einem Bundesland haben können.

Infektionsgebiete

Der größte Teil (92 %) der Malaria-Erkrankungen wurde – wie auch in den Vorjahren – aus afrikanischen Ländern importiert (s. Tab. 1, S. 373). Besonders viele Fälle traten bei Reisen in westafrikanische Länder auf. Indien war mit 14 Fällen das wichtigste Infektionsland außerhalb Afrikas. Keine Fälle wurden aus Ozeanien bzw. aus europäischen

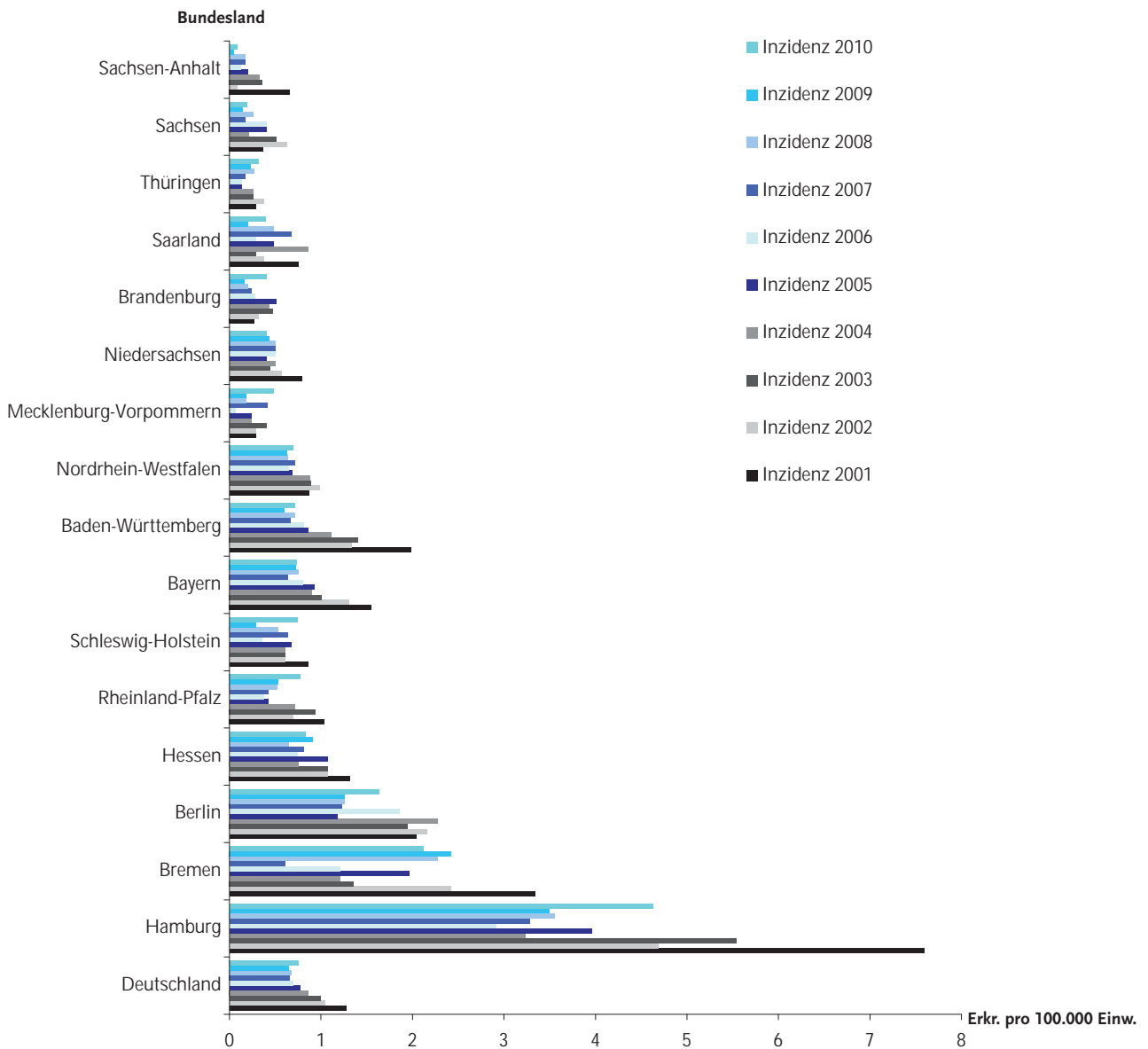


Abb. 2: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2001 bis 2010, Verteilung nach Bundesland, IfSG-Melddaten

Kontinent	Nennungen	Anteil
Afrika	402	92%
Asien	27	6%
Amerika	7	2%
Australien/Ozeanien	0	0%
Europa	0	0%
Summe	436	100%

Tab. 1: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2010 – Verteilung nach Kontinenten, IfSG-Melddaten (Angaben für 436 Fälle)

Ländern importiert. Eine Liste der am häufigsten angegebenen Infektionsländer findet sich in Tabelle 2. Einschränkung muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Infektionsland nur für 436 Fälle bekannt ist, so dass Angaben hierzu für immerhin 181 Fälle fehlen.

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Ghana	77	18%
Nigeria	69	16%
Kamerun	42	10%
Togo	41	9%
Westafrikanisches Land ohne nähere Bezeichnung	21	5%
Kenia	16	4%
Elfenbeinküste	15	3%
Indien	14	3%
Uganda	12	3%
Benin	11	3%
Andere	118	27%
Summe	436	100%

Tab. 2: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2010 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Melddaten (Angaben für 436 Fälle)

Alter und Geschlecht der Erkrankten

Erwachsene im Alter zwischen 30 und 39 Jahren wiesen die höchsten Inzidenzen auf, wobei die Inzidenzen bei Männern in einigen Altersgruppen im Vergleich zu denen bei Frauen nahezu 3-mal so hoch waren. Wie schon in den Vorjahren erkrankten insgesamt wiederum deutlich mehr männliche als weibliche Personen (1,0 Fälle pro 100.000 Einwohner bzw. 0,5 Fälle pro 100.000 Einwohner).

Die Unterschiede zwischen den Inzidenzen bei Männern und Frauen, die auch in den Vorjahren in sehr ähnlicher Weise ausgeprägt waren, sind vermutlich auf ein unterschiedliches Reise- oder Präventionsverhalten zurückzuführen. Auch Geschlechtsunterschiede bei der aus Endemiegebieten stammenden Bevölkerung kommen als Erklärung in Betracht.

Erregerspezies

Unter den 596 Fällen mit Angaben zur Erregerspezies wurde *Plasmodium (P.) falciparum* mit 83% am häufigsten diagnostiziert. Dies steht im Einklang damit, dass die meisten Erkrankungen in Afrika erworben wurden. An zweiter Stelle lag *P. vivax* mit 8%, gefolgt von *P. malariae* und *P. ovale* (3% bzw. 2%). Malaria tertiana (*P. vivax* oder

P. ovale, ohne weitere Differenzierung des Erregers) machte 2% aus. Mischinfektionen hatten einen Anteil von 3% (s. Abb. 3). In 21 Fällen blieben die Erreger ohne Differenzierung.

Herkunft der Erkrankten und Reisegründe

Der Anteil von Bürgern deutscher Herkunft betrug 2010 bei den an Malaria tropica Erkrankten 43%, bei den an Malaria tertiana und quartana Erkrankten 55%. Circa 65% der an Malaria erkrankten Deutschen erwarben die Infektion auf touristischen Reisen bzw. bei Besuchen von Freunden oder Verwandten (Vorjahr: 66%). Circa 14% waren Geschäftsreisende (Vorjahr: 7%). Weitere Reisegründe waren Ausbildung und Forschung, humanitäre Hilfe, Missionsdienst bzw. Militäreinsatz oder die Tätigkeit als Seemann bzw. Flugpersonal. Bei den Bürgern ausländischer Herkunft lagen Reisen zu Verwandten und Bekannten mit ca. 80% (Vorjahr ca. 70%) an der Spitze der Nennungen.

Prophylaxe

Der größte Teil der Erkrankten (etwa 80%) hatte 2010 keinerlei Medikamente zur Prophylaxe verwendet. Diejenigen, die Prophylaxemedikamente eingenommen hatten, nahmen diese in vielen Fällen nicht den Empfehlungen entsprechend ein. Immerhin 28% (n=25) derjenigen mit durchgeführter Chemoprophylaxe gaben an, dass sie regelmäßig Medikamente eingenommen hatten. Bei der Bewertung dieser Tatsache muss berücksichtigt werden, dass die auf dem Meldebogen angegebenen Medikamente zur Prophylaxe zum Teil nicht den Empfehlungen entsprachen, z.B. alleiniges Proguanil bzw. alleiniges Chloroquin für Togo bzw. für Ghana. In einigen Fällen wurden die regelrecht verordneten Medikamente unregelmäßig angewendet. Insgesamt kam es im Vergleich zu den Vorjahren zu keinen wesentlichen Veränderungen im Prophylaxe- bzw. Einnahmeverhalten der an Malaria Erkrankten.

Sterbefälle

Im Jahr 2010 wurden zwei Malaria-Sterbefälle gemeldet. Betroffen waren zwei Frauen im Alter von 57 bzw. 48 Jahren

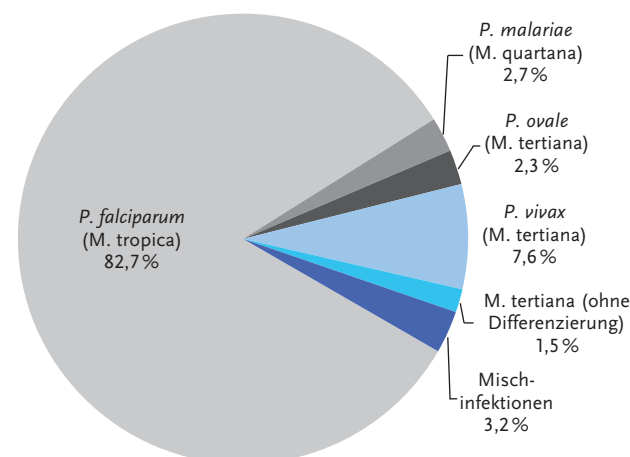


Abb. 3: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2010, Verteilung nach Erregerspezies, IfSG-Melddaten (Angaben für 596 Fälle)

Malaria im Vereinigten Königreich (UK)

(Health Protection Agency, 19 April 2011; http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733773780)

Insgesamt 1.761 Malaria-Fälle wurden 2010 im UK gemeldet (2009: 1.495, 2008: 1.370, 2007: 1.548). Dabei wurden 1.263 Fälle (72%) durch *P. falciparum* verursacht. Es wurden 7 Todesfälle registriert (Vorjahr: 6). Die Infektionen wurden zu einem großen Teil in Westafrika erworben (n=886). Aus weiteren afrikanischen Regionen stammten 284 Fälle, aus Asien kamen 276 Fälle. Unter den Erkrankten befanden sich überproportional viele Personen, die ihre Familie im Heimatland besucht hatten (n=679). Es folgten ausländische Besucher im UK (n=125), Touristen (n=83), neu in das UK eingereiste Personen (n=80), Geschäftsreisende (n=76) und ausländische Studenten im UK (n=56).

Malaria in den USA

(MMWR, 22. April 2011, Vol. 60, SS03; 1–15)

Daten zur Malariasituation in den USA für das Jahr 2009 wurden im April dieses Jahres veröffentlicht. Insgesamt 1.484 Fälle wurden für 2009 gemeldet (2008: 1.298, 2007: 1.505, 2006: 1.564, 2005: 1.528, 2004: 1.324, 2003: 1.278, 2002: 1.337, 2001: 1.383 Fälle). Damit erhöhte sich die Zahl gegenüber dem Vorjahr um 14% und erreichte annähernd das Niveau der Jahre 2005 bis 2007. Der Anteil von *P. falciparum* betrug 74%, der von *P. vivax* 18% (bezogen auf alle Fälle mit Speziesdifferenzierung). In 38% aller erfassten Fälle blieb die Erregerspezies unbekannt (nicht übermittelt oder nicht bestimmt). 2009 wurden in den USA vier Malaria-Sterbefälle gemeldet, verursacht in drei Fällen durch *P. falciparum*, in einem Fall keine Erregerdifferenzierung. Betroffen waren ein 71-jähriger aus Indien eingereister Mann, eine 61-jährige Frau nach Arbeitsaufenthalt im Kongo, eine 33-jährige Frau nach Studienaufenthalt in Burkina Faso und ein 43-jähriger aus Simbabwe eingereister Mann. Mit Ausnahme von zwei transfusionsassoziierten Fällen (*P. falciparum*), drei möglichen kongenitalen Fällen (*P. falciparum* bzw. *P. vivax*; Bezug zu Indien in allen 3 Fällen) und eines Falles nach Transplantation (*P. falciparum*) wurden

die Fälle importiert. Dabei hatten Fälle aus Afrika den größten Anteil (735 Fälle). Aus Ländern Asiens oder Amerikas wurden 142 bzw. 103 Fälle importiert, aus Ozeanien 7 Fälle (für 491 Fälle waren keine diesbezüglichen Angaben vorhanden).

Der weitaus größte Teil der Erkrankungsfälle trat bei Zivilpersonen auf, 18 Fälle betrafen Militärpersonal. In ca. 77% der Fälle waren US-Bürger betroffen, in ca. 23% Bürger anderer Länder.

Die Angaben zur Prophylaxe zeigten, dass ein großer Teil der an Malaria erkrankten US-Bürger entweder keine Prophylaxe durchgeführt hatte (ca. 75%) bzw. dafür nicht empfohlene Medikamente genommen hatte. Die Gruppe derer, die Freunde und Verwandte besuchte, sowie Missionare wiesen die geringsten Raten bei der Vornahme von Chemoprophylaxe auf.

Malaria in der WHO-Region Europa

(<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/malaria/news2/news/2011/8/continued-fall-in-malaria-cases-across-europe#>)

Aus der Europäischen Region der WHO wurden 2010 insgesamt 176 lokal erworbene Malaria-Fälle gemeldet. Diese stammen aus fünf der 53 Staaten der Region: Aserbaidschan, Kirgisistan, Tadschikistan, der Türkei und Usbekistan. Die Gesamtzahl solcher Fälle sank von 1995 bis 2009 von 90.712 auf 285. Experten gehen davon aus, dass in Georgien die Übertragung von Malaria gestoppt ist. Turkmenistan wurde im Oktober 2010 als malariafrei zertifiziert. Armenien strebt – in Zusammenarbeit mit der WHO – für Ende 2011 eine Zertifizierung an. Die Länder, in denen Malaria noch auftritt, haben das Ziel, die Krankheit aus der Region bis 2015 zu eliminieren.

In der Europäischen Union gilt die Malaria als weitgehend eradiert, nahezu alle berichteten Malaria-Fälle werden importiert. Aus Spanien wurde 2010 ein autochthoner Fall von *P. vivax* berichtet. Eine Infektionsquelle wurde nicht identifiziert, jedoch ist das Vorkommen des Vektors *Anopheles atroparvus* bekannt. Davor trat der letzte autochthone Fall in Spanien 1961 auf, 1964 wurde die Malaria-Eradikation offiziell erklärt.

deutscher Herkunft nach Touristen-Reisen nach Gambia bzw. nach Kenia. Als verursachende Erreger wurde in einem Fall eine Mischinfektion, im anderen Fall *P. falciparum* angegeben. Beide an Malaria Verstorbene hatten keine Chemoprophylaxe durchgeführt.

In den letzten Jahren setzte sich die positive Entwicklung bei den Todesfall-Zahlen in Deutschland weiter fort. Durch die IfSG-Meldepflicht wurden weniger Sterbefälle erfasst (2009: 3, 2008: 2, 2007: 1, 2006: 4, 2005: 6, 2004: 2, 2003: 5, 2002: 3, 2001: 8) als vor dem Jahr 2000 nach Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG), wo in mehreren Jahren jeweils um die 20 Sterbefälle bekannt wurden. Auch in der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, die auf der Auswertung der Totenscheine basiert, wurden in den letzten Jahren weniger Malaria-Todesfälle erfasst (2009: 4, 2008: 5, 2007: 3, 2006: 5, 2005: 6, 2004: 8, 2003: 11, 2002: 7, 2001: 8). Die Daten aus der Todesursachenstatistik für 2010 liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

Probleme bei der Erfassung der Malaria in Deutschland – Vollständigkeit der gemeldeten Angaben

Die Unvollständigkeit der übermittelten Angaben im Rahmen der IfSG-Meldepflicht beeinträchtigte – wie schon in den vergangenen Jahren – auch im Jahr 2010 die Qualität der verfügbaren Daten. Für insgesamt 472 Fälle (76%) lagen die Meldebögen sowohl vom Labor als auch vom Arzt vor, für 143 Fälle nur der Laborbogen, für zwei Fälle nur der Arztbogen. Deshalb fehlten für einen größeren Teil der Fälle insbesondere die Angaben, die von den behandelnden

Ärzten beizutragen sind, z. B. zum Infektionsland oder zur Prophylaxe. Um eine Analyse und Bewertung der Situation auf der Basis qualitativ guter Daten vornehmen zu können, ist eine größere Vollständigkeit der Datensätze anzustreben.

Die Malariasituation in Deutschland

Die Zahl der 2010 gemeldeten Fälle erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 17%. Sie war von 2006 bis 2009 annähernd gleich geblieben, nachdem sich seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 die Fallzahlen von Jahr zu Jahr verringert hatten. Mit insgesamt 617 Fällen gehörte die Malaria jedoch auch 2010 zu den häufig importierten Krankheiten. Infektionen durch *P. falciparum*, die potenziell lebensbedrohlich sind, haben mit ca. 80% einen hohen Anteil. Es bleibt abzuwarten, ob sich der gegenüber dem Vorjahr steigende Trend registrierter Fallzahlen weiter fortsetzt.

Es wäre wünschenswert, die Malaria-Fallzahlen in Deutschland zu verringern. Das kann erreicht werden, wenn **Reisende**

- ▶ adäquat reisemedizinisch beraten werden,
- ▶ geeignete Prophylaxemaßnahmen (Expositions- und Chemoprophylaxe) regelmäßig vornehmen,
- ▶ über mögliche Symptome einer Malaria-Erkrankung informiert sind,
- ▶ umgehend einen **Arzt** aufsuchen, der
- ▶ möglichst zu Beginn der Erkrankung schnell eine Diagnose stellt und
- ▶ sofort entsprechende therapeutische Maßnahmen einleitet.

Shigellose

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 731 Shigellosen übermittelt, entsprechend 0,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (s. Tab. 3).

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	1.611
2002	1.183
2003	793
2004	1.150
2005	1.170
2006	817
2007	869
2008	574
2009	617
2010	731

Tab. 3: Shigellose in Deutschland 2001 bis 2010, IfSG-Melddaten

Die bundesweite Verteilung der Krankheitsfälle zeigte ein heterogenes Bild. Der Anteil der in Deutschland erworbenen Shigellosen ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (s. Tab. 4, Vorjahr: 33%). Inwieweit es sich bei den in Deutschland erworbenen Shigellosen um autochthone Fälle oder um Sekundärinfektionen nach Kontakt mit im Ausland erkrankten Personen handelte, kann auf der Basis der übermittelten Daten nicht immer bestimmt werden. Die am häufigsten genannten anderen Infektionsländer waren – wie in den vergangenen Jahren – Ägypten (11%), Indien (8%), die Türkei, Marokko und Tunesien (je 3%).

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Deutschland	352	48 %
Ägypten	79	11 %
Indien	57	8 %
Türkei	22	3 %
Marokko	20	3 %
Tunesien	20	3 %
Spanien	11	2 %
Peru	9	1 %
Afrikanisches Land ohne nähere Bezeichnung	9	1 %
Indonesien	8	1 %
Sri Lanka	8	1 %
Andere	132	18 %
Summe	727	100 %

Tab. 4: Shigellose in Deutschland 2010 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Melddaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 718 Erkrankungen)

Wie bereits in den Vorjahren zeigte die Altersverteilung der Shigellosen zwei Gipfel. Der erste betraf Kinder unter 5 Jahren. Der zweite Gipfel lag bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 49 Jahren.

Für 692 (95%) übermittelte Shigellosen fanden sich Eintragungen zur Spezies. In 78% der Fälle handelte es sich um Infektionen mit *S. sonnei*, es folgten Infektionen mit *S. flexneri* (18%), *S. boydii* (3%) und *S. dysenteriae* (1%). Es wurden 35 Häufungen mit insgesamt 103 Erkrankungen übermittelt. Die beiden größten Häufungen umfassten jeweils neun Erkrankungen und traten in Kindergärten/Kitas in Berlin bzw. in Rheinland-Pfalz auf.

Typhus abdominalis

Im Jahr 2010 wurden 71 Erkrankungen übermittelt (s. Tab. 5). Die bundesweite Inzidenz lag damit bei unter 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	89
2002	59
2003	66
2004	82
2005	80
2006	75
2007	59
2008	69
2009	65
2010	71

Tab. 5: Typhus in Deutschland 2001 bis 2010, IfSG-Melddaten

Monatlich wurden eine bis 17 Erkrankungen übermittelt, die Fälle kamen aus 13 Bundesländern. Angaben zum Infektionsland lagen für 70 Erkrankungen vor. Mindestens 89% der Erkrankungen wurden vermutlich importiert (s. Tab. 6), 32 Fälle hatten als Infektionsland Indien.

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Indien	32	43 %
Pakistan	11	15 %
Deutschland	8	11 %
Bangladesch	5	7 %
Ägypten	3	4 %
Ghana	2	3 %
Nepal	2	3 %
Irak	2	3 %
Türkei	2	3 %
Andere	8	11 %
Summe	75	100 %

Tab. 6: Typhus in Deutschland 2010 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Melddaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 70 Erkrankungen)

Alle Altersgruppen waren vertreten. Kinder von 3 bzw. 4 Jahren sowie junge Erwachsene zwischen 25 und 29 Jahren wiesen die höchste Erkrankungsinzidenz auf. Unter den im Jahr 2010 übermittelten Typhus-Erkrankungen gab es keinen Sterbefall.

Paratyphus

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 57 Erkrankungen (Inzidenz unter 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) übermittelt (s. Tab. 7).

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	71
2002	67
2003	74
2004	107
2005	56
2006	73
2007	73
2008	87
2009	77
2010	57

Tab. 7: Paratyphus in Deutschland 2001 bis 2010, IfSG-Meldedaten

Die monatlich übermittelten Erkrankungszahlen schwankten zwischen einem und zehn Fällen. Zwischen Juli und September wurden 46 % der Erkrankungen gemeldet. Nicht in allen Bundesländern wurden Erkrankungen registriert. Die größten Fallzahlen kamen aus Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, die zusammen 40 % aller Fälle übermittelten. Für alle 57 Erkrankungen lagen Angaben zum Infektionsland vor. Circa 79 % der Erkrankungen waren demnach importiert, davon wurde für 19 Fälle Indien und für 14 Fälle die Türkei genannt. In 12 Fällen wurde Deutschland als Infektionsland angegeben. Ob es sich hierbei um in Deutschland originäre Erkrankungsfälle oder um sekundäre Infektionen in Folge importierter Erkrankungsfälle handelt, bleibt unklar (s. Tab. 8).

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Indien	19	33 %
Türkei	14	25 %
Deutschland	12	21 %
Pakistan	4	7 %
Bangladesch	3	5 %
Nepal	2	4 %
Peru	1	2 %
Bolivien	1	2 %
Asiatisches Land ohne nähere Bezeichnung	1	2 %
Summe	57	100 %

Tab. 8: Paratyphus in Deutschland 2010 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 57 Erkrankungen)

Es waren alle Altersgruppen vertreten, mit höheren Inzidenzen bei Kindern und jungen Erwachsenen unter 30 Jahren. Jungen und Männer (61 % der Fälle) waren etwas häufiger betroffen als Mädchen und Frauen.

Bei allen Erkrankungen wurde ein Serotyp übermittelt, darunter *Salmonella (S.) Paratyphi A* bei 56 %, *S. Para-*

typhi B bei 44 %. Infektionen mit *S. Paratyphi C* wurden 2010 nicht übermittelt. Bei 10 der 12 Fälle (83 %) mit Infektionsland Deutschland und bei 13 der 14 in der Türkei erworbenen Infektionen handelte es sich um Infektionen mit *S. Paratyphi B*. Dagegen wurden bei allen 29 Fällen aus Indien, Pakistan, Bangladesch, Nepal und einem weiteren asiatischen Land ohne nähere Bezeichnung Infektionen mit *S. Paratyphi A* nachgewiesen. Unter den 2010 übermittelten Paratyphus-Erkrankungen gab es keinen Sterbefall.

Brucellose

Mit 22 Brucellosen lag die Zahl der 2010 übermittelten Fälle etwa auf dem Niveau der drei Vorjahre (s. Tab. 9).

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	24
2002	35
2003	27
2004	32
2005	31
2006	37
2007	21
2008	24
2009	19
2010	22

Tab. 9: Brucellose in Deutschland 2001 bis 2010, IfSG-Meldedaten

Die 22 Erkrankungen traten über das ganze Jahr verteilt auf. Brucellosen wurden aus insgesamt neun Bundesländern übermittelt (1 bis 5 Fälle je Bundesland). Bei ca. 70 % der Erkrankungen handelte es sich den Angaben zufolge um importierte Fälle, für sechs von ihnen wurde die Türkei als Infektionsland genannt (s. Tab. 10).

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Deutschland	7	30 %
Türkei	6	26 %
Syrien	2	9 %
Tschechische Republik	1	4 %
Italien	1	4 %
Kroatien	1	4 %
Libanon	1	4 %
Ägypten	1	4 %
Albanien	1	4 %
Australien	1	4 %
Summe	23	100 %

Tab. 10: Brucellose in Deutschland 2010 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 22 Erkrankungen)

Von Brucellose waren 14 männliche und acht weibliche Personen verschiedener Altersgruppen betroffen. Eine Erregerdifferenzierung erfolgte nur für einen Teil der Erkrankungsfälle. Für 13 Fälle wurde *Brucella (B.)* spp. angegeben, für neun Fälle *B. melitensis*. Unter den im Jahr 2010 übermittelten Brucellosen gab es keinen Sterbefall.

Trichinellose

Im Jahr 2010 wurden dem RKI 3 Trichinellosen und 2 Nachweise von *Trichinella spiralis* (ohne klinische Symptomatik gemäß Falldefinition) übermittelt. Zwei Erkrankungen betrafen Männer im Alter von 44 bzw. 51 Jahren, verursachende Lebensmittel konnten nicht identifiziert werden. Als mögliches Infektionsland wurde Deutschland genannt. Für eine weitere bei einer 31-jährigen Frau übermittelten Trichinellose (ohne Hinweise auf eine Infektionsquelle) wurde Bulgarien als Infektionsland angegeben. Seit 2001 hatten die Fallzahlen ein Maximum im Jahr 2006 (22 Erkrankungen) und ein Minimum im Jahr 2005 (kein Fall).

Cholera

Im Jahr 2010 wurden dem RKI sechs Erkrankungen an Cholera übermittelt. Vier Kinder erkrankten unmittelbar nach einer Pakistan-Reise, wo infolge großflächiger Überflutungen seit August 2010 vermehrt *Vibrio cholerae* diagnostiziert wurde. Während ein 9 Monate altes Kind verstarb, genasen die 2-, 3- und 4-jährigen Geschwisterkinder nach Krankenhausaufenthalt. Die weiteren Erkrankungen betrafen eine 81-jährige Frau, die ebenfalls nach Einreise aus Pakistan erkrankte, sowie einen 80-jährigen Mann, der die Infektion in Indien erworben hatte. Zuletzt erkrankten im Jahr 2007 zwei Personen nach einer gemeinsamen Indien-Reise an Cholera. In den Vorjahren lag die Zahl übermittelter Fälle zwischen drei (2004) und 0 (2002, 2005, 2008 und 2009).

Fleckfieber

Im Jahr 2010 wurden dem RKI weder Erkrankungen an Fleckfieber noch Nachweise von *Rickettsia prowazekii* übermittelt. Zuletzt wurden dem RKI 2003 und 2001 eine bzw. zwei Fleckfieber-Erkrankungen übermittelt.

Läuserückfallfieber

Im Jahr 2010 wurde dem RKI keine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt. Zuvor wurden 2004 und 2002 jeweils eine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt.

Lepra

Zwei Erkrankungen an Lepra wurden 2010 erfasst. Betroffen waren ein 7-jähriger Junge, bei dem eine tuberkuloide Lepra diagnostiziert wurde (Infektionsland Thailand) und ein 29-jähriger Mann mit lepromatöser Lepra (Infektionsland Indien). In den Jahren davor wurden zwischen 0 (2007) und vier (2003) Erkrankungen an Lepra übermittelt.

Dengue-Fieber

Die vier Typen des Dengue-Virus werden von Stechmücken in über 100 Ländern der Tropen und Subtropen übertragen. Die Infektion kann als eine akute fieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen und manchmal Hautausschlag in Erscheinung treten. Die schweren, zum Teil tödlichen Verlaufsformen mit diffusen Blutungen (hämorrhagisches Dengue-Fieber) und Kreislaufversagen (Dengue-Schocksyndrom) treten in der Regel nur bei erneuter Infektion und vor allem bei in Endemiegebieten lebenden Kindern auf. Inzidenz und Verbreitung von Dengue haben

sich in den letzten 40 Jahren stark ausgeweitet. Nach WHO-Schätzungen erkranken jährlich weltweit rund 50 Millionen Menschen an Dengue-Fieber.

Von 2001 bis 2003 waren Erkrankungen an Dengue-Fieber in der Kategorie „Andere Erreger hämorrhagischer Fieber“ meldepflichtig, seit Mitte des Jahres 2003 besteht eine eigene Meldekategorie für Dengue-Fieber. Meldepflichtig sind auch nichthämorrhagisch verlaufende Infektionen mit dem Dengue-Virus.

Im Jahr 2010 wurden dem RKI gemäß IfSG 595 (Vorjahr: 298) Fälle von Dengue-Fieber übermittelt, die klinisch-labor diagnostisch bestätigt waren – fast eine Verdopplung gegenüber dem Vorjahr. Bei einer geschätzten Zahl von jährlich 3 Millionen Reisenden in potenzielle Risikogebiete entspricht dies einer Inzidenz von knapp 20 Fällen pro 100.000 Reisenden. Von einer Untererfassung der importierten Dengue-Fälle aufgrund nicht durchgeführter Diagnostik bzw. eingeschränkter Meldeaktivität ist trotzdem auszugehen.

Das ganze Jahr hindurch wurden Fälle übermittelt, insbesondere wieder im III. Quartal, wie in vielen der Vorjahre. Seit 2004 lässt sich dabei ein nahezu stetig ansteigender Trend der Fallzahlen beobachten. Jedoch deutet sich seit Anfang 2011 ein Rückgang der Fallzahlen auf oder unter das Niveau von 2009 an. Ein Fall von hämorrhagischem Dengue-Fieber (DHF) wurde 2010 übermittelt: Eine 53-jährige Frau erkrankte in Myanmar an DHF und wurde auch dort im Krankenhaus behandelt. Die Mehrzahl (86 %) der Betroffenen waren zwischen 20 und 49 Jahre alt; 52 % der Betroffenen waren männlichen Geschlechts. Fünfmal wurden zwei zusammenreisende Personen zeitgleich mit Dengue-Infektionen übermittelt.

Im Bezug auf 595 Fälle erfolgten 610 Nennungen von Infektionsländern (s. Tab. 11). Auch 2010 zog sich die Mehrzahl der Betroffenen die Infektion in **Süd- und Südostasien** zu. Jedoch verteilt sich die starke Zunahme an Fällen auf alle Denguevirus-Endemieeregionen der Welt. Zudem wurde 2010 in Deutschland erstmalig ein Fall mit klar eingrenzbaarem Infektionsort in Europa übermittelt: Ein 72-jähriger

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Thailand	165	27 %
Indonesien	106	17 %
Indien	81	13 %
Brasilien	28	5 %
Vietnam	26	4 %
Philippinen	24	4 %
Venezuela	18	3 %
Mexiko	11	2 %
Guadaloupe	10	2 %
Andere	141	23 %
Summe	610	100 %

Tab. 11: Dengue-Fieber in Deutschland 2010 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Melddaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 595 Erkrankungen)

Mann aus Thüringen hatte sich im August während der gesamten Inkubationszeit in Südkroatien aufgehalten und war nach seiner Rückkehr mit typischen Symptomen erkrankt. Die Dengue-Infektion wurde labor diagnostisch mit IgM-Antikörnernachweis und NS1-Antigentest bestätigt. Spätere Untersuchungen der kroatischen Behörden konnten an seinem Urlaubsort infizierte Überträgermücken sowie mindestens eine weitere Infektion bei einer einheimischen Person nachweisen. Auch in Südfrankreich wurden im Sommer 2010 erstmalig Dengue-Infektionen ohne Reiseanamnese diagnostiziert.

Andere virale hämorrhagische Fieber

Im Jahr 2010 wurden in der Kategorie „Andere virale hämorrhagische Fieber (VHF), sonstige Erreger“ 37 Fälle von **Chikungunya-Fieber** übermittelt; somit wurden Fälle dieser Infektion nun das 5. Jahr in Folge in Deutschland diagnostiziert (s. unten). Außer Chikungunya-Fieber wurden in den vergangenen 10 Jahren in dieser Erregerkategorie ein Fall von **Lassa-Fieber** (2006, importiert aus Sierra Leone), eine asymptomatische Infektion mit **Rift-Valley-Fieber-Virus** als Koinfektion zu einer letalen Hepatitis-A-Infektion (2008, Infektion erworben in Kenia) sowie zwei Fälle von **Krim-Kongo-Virus-Infektionen** (2009: ein US-Soldat, der sich in Afghanistan infiziert hatte, verstarb; ein in der Türkei infizierter Mann überlebte) übermittelt.

Im Jahr 2010 wurden in Deutschland keine Infektionen durch **Ebola-Virus**, **Gelbfieber-Virus**, **Lassa-Virus** bzw. **Marburg-Virus** bekannt.

Chikungunya-Fieber

Im Januar 2005 kam es auf einigen Inseln vor der Ostküste Afrikas zu einer ausgeprägten Chikungunya-Epidemie. Sie begann auf den Komoren und weitete sich dann auf La Réunion, Mauritius, die Seychellen sowie Madagaskar aus. Eine zweite Epidemie brach im Januar 2006 im Süden Indiens aus. Im Herbst 2007 kam es in Italien in der Provinz Ravenna (Region Emilia-Romagna) zu einem regional begrenzten Ausbruch von Chikungunya-Fieber mit etwa 200 Fällen. Vermutlich wurde das Virus durch einen mit Chikungunya infizierten Reiserückkehrer aus Südindien (Kerala) in die Region eingeschleppt. Das Virus wurde in der lokalen Mückenpopulation (*Aedes albopictus*, Asiatische Tigermücke) nachgewiesen. In den letzten Jahren waren auch Länder in Südostasien zunehmend betroffen.

Im Jahr 2010 wurden 37 importierte Infektionen an Chikungunya-Fieber übermittelt, die die Referenzdefinition erfüllten. In den Vorjahren seit 2006 waren jährlich 17 bis 54 Erkrankungsfälle an das RKI übermittelt worden. Zwanzig Männer und 17 Frauen erkrankten – alles Erwachsene, außer einem 15-jährigen Mädchen, das sich auf Klassenfahrt nach Indien infizierte. In den Altersgruppen der 30- bis 59-Jährigen traten 78 % (n=29) aller Erkrankungen auf.

Ausbrüche, also Fälle mit gemeinsamer Reiseanamnese, wurden 2010 nicht übermittelt. In der ersten Jahreshälfte

wurden 19, in der zweiten 18 Erkrankungen übermittelt. Hämorrhagische Verläufe gemäß WHO-Definition und RKI-Falldefinition sowie Todesfälle traten nicht auf. Zu allen 37 Fällen wurden Infektionsländer genannt, am häufigsten Indien (n=13; 34 %), gefolgt von Indonesien (n=10). Das im Vorjahr am häufigsten genannte Infektionsland, die Malediven, sowie Thailand wurden jeweils 4-mal angegeben. Zwei Fälle waren in Myanmar gewesen, je ein Fall in Sri Lanka, Madagaskar bzw. Malaysia. Für jeweils einen Fall ist der Infektionsort nur auf Südostasien bzw. Asien eingrenzbar.

Literatur

1. Frank C, Schöneberg I, Stark K: Trends in Imported Chikungunya Virus Infections in Germany, 2006–2009. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2011; 11: 631–636
2. Gjenero-Margan I, Aleraj B, Krajcar D, et al.: Autochthonous dengue fever in Croatia, August–September 2010. *Euro Surveill* 2011; 16(9): www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19805
3. Schmidt-Chanasit J, Haditsch M, Schöneberg I, Günther S, Stark K, Frank C: Dengue virus infection in a traveller returning from Croatia to Germany. *Euro Surveill* 2010; 15(40): www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19677
4. Jansen A, Schöneberg I, Stark K, Nöckler K: Epidemiology of trichinellosis in Germany, 1996–2006. *Vector-borne and zoonotic diseases* 2008; 8(2): 189–196
5. Schöneberg I, Stark K, Altmann D, Krause G: Importierte Malaria in Deutschland – Infektionsländer und Erregerspezies von 1993 bis 2007. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 256–261
6. Schöneberg I: In Deutschland selten auftretende Infektionskrankheiten – Ergebnisse aus der Meldepflicht. *Bundesgesundheitsblatt* 2008; 51: 539–546
7. Al Dahouk S, Neubauer H, Hensel A, Schöneberg I, Nöckler K, Alpers K, Merzenich H, Stark K, Jansen A: Changing epidemiology of human brucellosis, Germany, 1962–2005. *Emerg Infect Dis* 2007; 13(12): 1895–1900
8. Smith AD, Bradley DJ, Smith V, Blaze M, Behrens RH, Chiodini PL, Whitty CJ: Imported malaria and high risk groups: observational study using UK surveillance data 1987–2006. *BMJ* 2008; 337: a120. doi: 10.1136/bmj.a120
9. Oltmann A, Kämper S, Staack O et al.: Fatal outcome of hepatitis A virus (HAV) infection in a traveller with incomplete HAV vaccination and evidence of Rift Valley Fever virus infection. *J Clin Microbiol* 2008; 46: 3850–3852
10. Stäger K, Legros F, Krause G, Low N, Bradley D, Desai M, Graf S, D'Amato S, Mizuno Y, Janzon R, Petersen E, Kester J, Steffen R, Schlagenhauf P: Imported Malaria in Children in Industrialized Countries, 1992–2002. *Emerg Infect Dis* 2009; 15(2): 185–191. doi: 10.3201/eid1502.080712
11. Schmid S, Chiodini P, Legros F, D'Amato S, Schöneberg I, Liu C, Janzon R, Steffen R, Schlagenhauf P: The Risk of Malaria in Travelers to India. *J Travel Med* 2009; 16(3): 194–199
12. Krause G, Schöneberg I, Altmann D, Stark K: Chemoprophylaxis and Malaria Death Rates. *Emerg Infect Dis* 2006; 12(3): 447–451
13. Santa-Olalla Peralta P, Vazquez-Torres MC, Latorre-Fandós E, Mairal-Claver P, Cortina-Solano P, Puy-Azón A, Adiego Sancho B, Leitmeyer K, Lucientes-Curdi J, Sierra-Moros MJ: First autochthonous malaria case due to Plasmodium vivax since eradication, Spain, October 2010. *Euro Surveill* 2010; 15(41): www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19684
14. Ekdahl K, de Jong B, Andersson Y: Risk of travel-associated typhoid and paratyphoid fevers in various regions. *J Travel Med* 2005; 12: 197–204
15. Wichmann O, Lauschke A, Frank C, et al.: Dengue antibody prevalence in German travelers. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 762–765

Bericht aus den Fachgebieten 32 (Surveillance) und 35 (Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts unter Federführung von Dr. Irene Schöneberg, Dr. Christina Frank und Prof. Dr. Klaus Stark. Weitere Mitwirkende sind Doris Altmann, Dr. Astrid Milde-Busch und Dr. Bettina Rosner.

Zum Auftreten multiresistenter Erreger bei in EU-Ländern behandelten libyschen Patienten

Das RKI ist über das europäische Schnellwarnsystem am 11.10.2011 informiert worden, dass ein hoher Anteil libyscher Verwundeter, die derzeit in Mitgliedsstaaten der EU behandelt werden, mit multiresistenten Erregern (MRE) kolonisiert ist. Bei den nachgewiesenen Erregern handelt es sich u. a. um Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), Extended-spectrum Beta-Laktamase (ESBL)-produzierende *Enterobacteriaceae*, Carbapenemase-produzierende *Enterobacteriaceae* (CPE), Carbapenem-resistente *Acinetobacter baumannii* und Carbapenem-resistente *Pseudomonas aeruginosa*. Es wurde von Erregern mit einer Resistenz gegen Colistin berichtet.

Wenn verwundete Patienten aus Libyen in medizinischen Einrichtungen in Deutschland behandelt werden, wird seitens des RKI empfohlen, diese Patienten bis zum Vorliegen aussagekräftiger mikrobiologischer Befunde zu isolieren (Unterbringung im Einzelzimmer, Kontaktisolierung).

Weitere Empfehlungen zum Vorgehen bei der medizinischen Versorgung von Patienten mit MRE finden sich unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Informationen zu ausgewählten Erregern.

Als **Ansprechpartner** am RKI stehen PD Dr. Reiner Schaumann (FG 14, E-Mail: Sekretariat.FG14@rki.de) und Frau Dr. Muna Abu Sin (FG 32, E-Mail: Abu-SinM@rki.de) zur Verfügung.

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1): Aktueller Stand der Datenerhebung



Seit Juni 2009 führt das RKI die „KiGGS Welle 1“ durch. Regelmäßig erscheinen Kurzbeiträge im *Epidemiologischen Bulletin* (www.rki.de/kiggs). Im Folgenden wird der aktuelle Stand der Datenerhebung dargestellt.

Aktueller Stand der Feldarbeit: Bis Ende August 2011 wurden planmäßig 31 Routen absolviert und Befragungen in 115 Orten durchgeführt.

Teilnehmerzahl und Response: Tabelle 1 gibt die Zahl der Teilnehmer sowie die Response für die einzelnen Altersgruppen und Stichproben wieder. Die KiGGS-Basiserhebung war repräsentativ für die Wohnbevölkerung der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland für die Jahre 2003 bis 2006. Diese Probanden bilden die sogenannte „KiGGS-Kohorte“, sind inzwischen 7 bis 24 Jahre alt und werden alle erneut eingeladen. Bei der Berechnung der Response für diese Gruppe sind auch diejenigen Personen einbezogen, die inzwischen an einen anderen Wohnort verzogen sind. Für die Probanden des Altersbereichs 0 bis 6 Jahre erfolgt in Welle 1 eine komplette Neuziehung zwecks einmaliger Befragung. Während die Response bei den Wiedereingeladenen mit 70% sehr hoch liegt, nehmen nur 40% der neu eingeladenen Familien an der Studie teil (s. Tab. 1).

Stichprobe	Altersgruppe	Teilnehmerzahl	Response
Ersteingeladene	0–6 Jahre	3.172	40%
Wiedereingeladene (KiGGS-Kohorte)	7–10 Jahre	2.254	73%
	11–17 Jahre	3.559	74%
	≥ 18 Jahre	2.545	64%
	Längsschnitt Gesamt	8.358	70%

Tab. 1: Response bei Erst- und Wiedereingeladenen nach Altersgruppe

Orte und Response-Unterschiede: Die Response-Unterschiede zwischen den einzelnen Orten sind sehr groß und reichen innerhalb der neuen Stichprobe von 19% bis 64% bzw. innerhalb der KiGGS-Kohorte von 48% bis 89% (s. Abb. 1). Erwartungsgemäß ist in den meisten Ortschaften die Teilnahmebereitschaft in beiden Stichproben gleichzeitig entweder über- oder unterdurchschnittlich. 18 Orte zeigen jedoch eine unterdurchschnittliche Response bei den Neueingeladenen, obwohl die Teilnahme der KiGGS-Kohorte überdurchschnittlich ist. Der Bekanntheitsgrad der Studie bei den Familien könnte hierzu eine mögliche Erklärung liefern. Umgekehrt ist bei 11 Orten die Teilnahme in der neuen Stichprobe überdurchschnittlich, während die andere Gruppe mit unterdurchschnittlicher Rate teilnimmt. Als mögliche Ursache könnte hier die verstärkte Nichtaufindung der ehemaligen KiGGS-Probanden in Betracht kommen.

Probandengewinnungsphase und Response: Der Einladungsmodus umfasst zu einem eine schriftliche Einladung etwa 6 Wochen vor Beginn der jeweiligen Erhebungsphase und eine Erinnerung innerhalb von 10 Tagen nach Versand der Ersteinladung. Teilnahmebereite Personen bzw. Familien werden gebeten, das Einwilligungsfeld unterschrieben an das RKI zu-

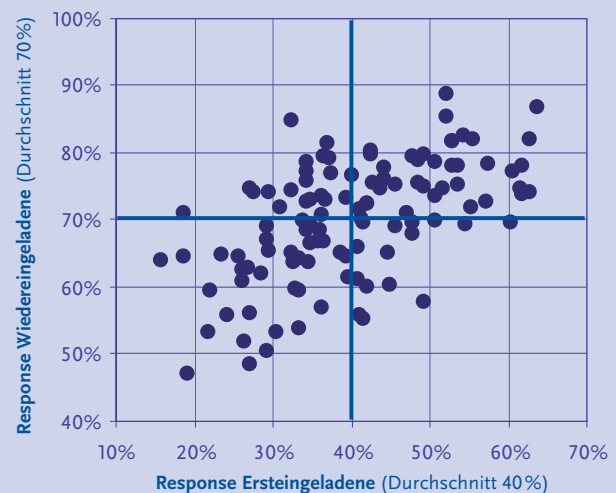


Abb. 1: Response bei Erst- und Wiedereingeladenen nach Orten

rückzusenden (aktive Teilnahmebereitschaft). Der Einladungsmodus umfasst zum zweiten eine telefonische Probandenwerbung für die eingeladenen Personen, die sich bis zu Beginn der für jeden Studienort vorgesehenen dreiwöchigen Datenerhebungshauptphase nicht gemeldet haben. Die aktive Teilnahmebereitschaft nach den beiden Anschreiben streut z. B. für die KiGGS-Kohorte zwischen den Befragungsortschaften von 28% bis 64%. Gleichzeitig lässt sich festhalten, dass die Gesamtresponse stark positiv mit der aktiven Teilnahmebereitschaft zusammenhängt.

Zeitdauer der Datenerhebungsphase: Die Höhe der aktiven Teilnahmebereitschaft in den einzelnen Studienorten wirkt auch auf die tatsächliche Zeitdauer der Datenerhebungsphase in jedem Ort. Sind bei den aktiv teilnahmebereiten Personen am Tag des ersten telefonischen Kontaktversuches 24% der Interviews durchgeführt, ist dieser Anteil mit 17% bei der telefonischen Probandengewinnung fast um ein Drittel geringer. Fast 9% der Interviews in dieser zweiten Gruppe werden sogar erst nach der siebenten Woche durchgeführt.

Aussicht: Die Feldphase der KiGGS Welle 1 endet im Juni 2012. In den noch knapp 60 verbleibenden Studienorten ist eine hohe aktive Teilnahmebereitschaft der Personen bzw. Familien aus Response- und Effizienzgründen wichtig. Einen positiven Beitrag auf die hohe Teilnahmebereitschaft bis jetzt haben auch die lokalen Institutionen und Akteure in den Studienorten geleistet, wofür wir uns hiermit bedanken.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Weitere Informationen unter www.kiggs.de. Anfragen zu KiGGS unter kiggsinfo@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

38. Woche 2011 (Datenstand: 12.10.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darme-pathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	146	4.933	4.660	3	268	57	14	271	190	77	1.792	2.041	2	66	52
Bayern	201	5.917	4.863	5	389	137	33	744	525	109	2.521	2.666	5	91	61
Berlin	72	2.515	2.189	2	98	24	21	442	138	38	634	659	1	78	69
Brandenburg	43	1.854	1.514	0	57	15	6	258	220	25	569	650	0	6	8
Bremen	11	356	329	0	48	3	0	6	17	2	99	95	0	6	8
Hamburg	37	1.805	1.471	2	560	18	2	141	27	11	330	303	1	39	21
Hessen	84	3.436	3.387	0	135	13	0	141	66	51	1.067	1.267	1	46	54
Mecklenburg-Vorpommern	51	1.975	1.499	2	164	5	6	386	214	8	563	483	0	2	5
Niedersachsen	122	4.623	4.505	11	772	117	18	549	461	44	1.666	1.892	0	13	14
Nordrhein-Westfalen	417	13.369	12.680	16	653	126	41	1.126	727	133	3.902	4.015	2	51	57
Rheinland-Pfalz	54	3.077	2.702	4	132	68	3	185	166	23	942	1.054	2	34	22
Saarland	26	847	960	0	13	6	4	47	18	4	205	246	0	2	3
Sachsen	139	4.730	4.224	0	131	49	25	652	496	55	1.210	1.577	2	33	24
Sachsen-Anhalt	50	1.359	1.055	0	61	18	27	478	347	30	888	893	1	10	6
Schleswig-Holstein	57	2.284	1.949	1	915	20	1	96	50	16	519	449	0	7	4
Thüringen	66	1.558	1.276	1	84	14	12	432	526	16	880	1.013	0	8	9
Deutschland	1.576	54.638	49.263	47	4.480	690	213	5.954	4.188	642	17.787	19.303	17	492	417

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	6	135	101	65	6.836	10.360	22	3.771	3.675	22	428	397	3	37	32
Bayern	12	281	282	75	9.808	17.704	28	5.984	6.126	17	544	486	2	45	50
Berlin	2	54	60	17	2.762	3.423	0	1.357	2.022	5	308	295	2	59	62
Brandenburg	2	79	87	23	3.134	4.777	7	2.687	3.161	2	64	69	2	16	24
Bremen	0	14	18	4	507	784	0	274	336	0	13	20	1	4	4
Hamburg	2	67	49	18	2.500	2.335	3	1.107	1.177	1	109	88	0	12	14
Hessen	7	155	153	26	3.504	6.419	5	2.207	2.255	4	247	207	2	60	52
Mecklenburg-Vorpommern	1	50	46	19	3.144	4.663	6	3.052	2.064	3	136	103	8	47	28
Niedersachsen	4	255	220	73	6.215	11.478	12	3.598	4.387	5	141	156	3	62	97
Nordrhein-Westfalen	14	488	555	100	16.730	24.512	38	7.637	8.045	18	542	522	8	109	133
Rheinland-Pfalz	7	162	158	28	4.346	6.410	8	1.644	2.516	3	143	146	1	27	23
Saarland	1	18	22	8	1.107	1.605	1	390	643	0	23	18	0	1	0
Sachsen	14	301	330	147	7.745	11.203	34	9.297	4.465	8	215	265	3	72	90
Sachsen-Anhalt	2	136	133	76	4.427	7.532	7	2.902	2.643	1	60	63	1	23	20
Schleswig-Holstein	4	105	71	20	3.040	3.006	11	1.281	1.340	1	47	63	0	3	3
Thüringen	8	210	197	43	3.981	6.570	34	3.028	3.020	2	37	58	0	13	37
Deutschland	86	2.510	2.482	742	79.786	122.781	216	50.216	47.875	92	3.057	2.956	36	590	669

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

38. Woche 2011 (Datenstand: 12.10.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	3	41	40	3	37	50	9	531	623
Bayern	0	47	78	2	77	73	17	795	883
Berlin	5	67	44	2	57	48	11	417	459
Brandenburg	0	21	14	0	11	13	1	58	52
Bremen	0	16	4	0	12	1	0	16	26
Hamburg	1	71	35	0	30	21	0	96	105
Hessen	2	33	49	2	56	49	5	245	251
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	5	13	0	23	42
Niedersachsen	8	75	53	0	34	23	6	231	244
Nordrhein-Westfalen	10	97	111	4	114	130	14	433	528
Rheinland-Pfalz	2	21	32	0	41	55	3	169	203
Saarland	0	7	18	0	14	7	1	49	74
Sachsen	0	13	6	3	37	20	11	195	213
Sachsen-Anhalt	0	13	16	0	17	19	2	108	90
Schleswig-Holstein	0	8	9	0	13	16	1	118	107
Thüringen	1	16	15	0	8	10	2	77	93
Deutschland	32	548	528	16	563	548	83	3.561	3.993

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	0	29	28	0	522	110	7	382	414
Bayern	1	35	43	3	422	126	15	466	515
Berlin	1	23	21	0	158	84	3	225	213
Brandenburg	1	9	6	0	26	15	0	59	76
Bremen	0	1	1	0	1	1	0	38	28
Hamburg	0	3	5	0	45	15	1	109	122
Hessen	0	21	17	0	121	27	6	364	286
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	2	0	3	0	1	58	28
Niedersachsen	0	20	25	0	54	13	5	231	207
Nordrhein-Westfalen	0	61	74	0	100	162	18	773	803
Rheinland-Pfalz	0	28	13	0	29	22	3	147	131
Saarland	0	3	4	0	31	1	1	30	40
Sachsen	0	10	13	0	23	3	1	82	122
Sachsen-Anhalt	0	3	6	0	0	4	1	78	117
Schleswig-Holstein	0	12	5	4	22	12	1	46	68
Thüringen	0	10	11	0	0	1	2	55	72
Deutschland	3	272	274	7	1.557	596	65	3.143	3.242

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

38. Woche 2011 (Datenstand: 12.10.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	38. Woche	1.–38. Woche	1.–38. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	20	296	374	489
Brucellose	3	19	17	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	86	95	128
Dengue-Fieber	8	208	402	595
FSME	13	348	211	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	851	51	65
Hantavirus-Erkrankung	4	127	1.858	2.017
Hepatitis D	1	11	7	10
Hepatitis E	2	174	158	221
Influenza	1	43.608	2.994	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	173	125	211
Legionellose	17	428	526	690
Leptospirose	1	28	49	70
Listeriose	4	216	281	390
Ornithose	1	14	19	25
Paratyphus	0	46	46	57
Q-Fieber	2	263	326	361
Trichinellose	1	2	2	3
Tularämie	0	11	18	31
Typhus abdominalis	2	48	60	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 40. Kalenderwoche (KW) 2011**

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 40. KW 2011 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex liegen in allen AGI-Regionen im Bereich der Hintergrundaktivität. Im NRZ wurden in der 40. KW 2011 in keiner der neun eingesandten Sentinelproben Influenzaviren nachgewiesen. Für die 40. Meldeweche (MW) 2011 wurde insgesamt ein klinisch-laboridiagnostisch bestätigter Influenzafall an das RKI übermittelt. Dabei handelt es sich um einen nicht nach Influenza A bzw. B differenzierten Nachweis (Datenstand: 11.10.2011).

Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

In den letzten 2 Monaten stieg die Inzidenz der ARE tendenziell an und betrug in den letzten 4 Wochen zwischen 9 und 10% (in den Sommermonaten 4–7%).

Weitere Informationen: www.grippeweb.rki.de.

Internationale Situation

► **Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN:** Im letzten verfügbaren Bericht des ECDC aus der Sommersurveillance (KW 38 und 39) berichtete keines der 19 meldenden Länder über eine erhöhte Influenza-Aktivität.

Weitere Informationen: <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN/Pages/index.aspx>.

► **Ergebnisse der weltweiten Influenza-Surveillance durch die WHO:** In den tropischen Regionen der Erde berichteten die meisten Länder eher über eine Zirkulation von A(H3N2)-Viren, es wurden aber auch, vor allem in Afrika, A(H1N1)2009- und B-Viren nachgewiesen. In den Ländern der Südhalbkugel neigt sich die Influenzasaison dem Ende zu, das Bild war hier uneinheitlich. In Südafrika, Australien und Chile dominierten A(H1N1)2009-Viren, während z. B. in Argentinien und Neuseeland vor allem A(H3N2) zirkulierten. Weitere Informationen: www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 40. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

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

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273