



Epidemiologisches Bulletin

23. Juni 2014 / Nr. 25

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

RKI-Ratgeber für Ärzte

Die Herausgabe dieser Reihe durch das Robert Koch-Institut (RKI) erfolgt auf der Grundlage des § 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Praktisch bedeutsame Angaben zu wichtigen Infektionskrankheiten sollen aktuell und konzentriert der Orientierung dienen. Die Beiträge werden in Zusammenarbeit mit den Nationalen Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien sowie weiteren Experten erarbeitet. Die Erstpublikation erfolgt im Epidemiologischen Bulletin und die Publikation von Aktualisierungen im Internet (www.rki.de/ratgeber). Eine Aktualisierung erfolgt nach den Erfordernissen, aktualisierte Fassungen ersetzen die älteren.

Kryptosporidiose

Aktualisierte Fassung vom Juni 2014; Erstveröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin* August 2004 (Nr. 34)

Erreger

Erreger der Kryptosporidiose beim Menschen sind hauptsächlich *Cryptosporidium hominis* und *Cryptosporidium parvum* – parasitäre Protozoen, die im Jahr 1976 erstmals als humanpathogen beschrieben wurden. Seltener sind klinisch manifeste Infektionen mit anderen *Cryptosporidium*-Spezies, z. B. *C. canis* oder *C. felis*. Die Erreger der Kryptosporidiose bilden Oozysten, eine Dauerform, die vom Wirt ausgeschieden werden. Sie besitzen eine Größe von 4–6 µm und stellen die infektiöse Form dar. In den Oozysten liegen Sporozoitien, welche die Infektion hervorrufen (s. Infektionsweg). Die Oozysten sind in der Umwelt bei ausreichender Feuchtigkeit lange überlebensfähig und weisen eine hohe Widerstandsfähigkeit gegenüber vielen Desinfektionsmitteln, inklusive der für die Desinfektion von Trinkwasser eingesetzten Chlorung auf.

Vorkommen

Kryptosporidien sind weltweit verbreitet. Verschiedene Studien in **Industriestaaten** haben, je nach Nachweismethode, bei 2–4 % von Patienten mit Durchfällen Kryptosporidien im Stuhl nachgewiesen. Auch gesunde, asymptomatische Individuen können mit Kryptosporidien infiziert sein und diese mit dem Stuhl ausscheiden; in < 1%–4 % von asymptomatischen Personen wurden bei Stuhluntersuchungen Kryptosporidien detektiert. In sogenannten **Entwicklungsländern** liegt die Prävalenz der Kryptosporidiose deutlich höher als in Industriestaaten.

Neben HIV-infizierten Personen sind auch andere immunsupprimierte Personen, z. B. Organtransplantierte, besonders gefährdet, an einer klinisch manifesten Kryptosporidiose zu erkranken. Zudem sind Kinder im Alter von 6–24 Monaten besonders häufig von einer Kryptosporidiose betroffen. Kryptosporidien können vor allem wasser-, aber auch lebensmittelasoziierte Krankheitsausbrüche verursachen. Bei einem besonders großen Ausbruch durch kontaminiertes Trinkwasser in Milwaukee/USA im Jahr 1993 erkrankten etwa 400.000 Menschen.

In **Deutschland** besteht seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 eine Meldepflicht. Die Anzahl der im Zeitraum 2001–2013 jährlich an das RKI übermittelten Erkrankungsfälle lag zwischen etwa 800 und 1.500 Fällen. Im Jahresverlauf wird eine erhöhte Zahl von Erkrankungen in der Zeit von Juli bis Ende November beobachtet. Aktuelle Meldezahlen werden im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch des RKI veröffentlicht (www.rki.de/jahrbuch) und sind zudem über SurvStat zugänglich (www.rki.de/survstat).

Diese Woche 25/2014

RKI-Ratgeber für Ärzte
Kryptosporidiose

Meldepflichtige
Infektionskrankheiten
Aktuelle Statistik
22. Woche 2014



Reservoir

Kryptosporidien werden derzeit in 19 Spezies eingeteilt. Quelle für humanpathogene, zoonotische Kryptosporidien, insbesondere für *C. parvum*, sind vor allem Rinder, Pferde, Ziegen und Schafe, aber auch Hunde, Katzen und Vögel kommen infrage. *C. hominis* kommt dagegen fast ausschließlich beim Menschen vor.

Infektionsweg

Sporozysten enthaltende und damit infektiöse Oozysten, werden vom infizierten Wirt fäkal ausgeschieden. Die Infektion erfolgt überwiegend durch die Aufnahme von kontaminiertem Wasser (z. B. Trinkwasser, Eiswürfel, Badewasser). Aber auch fäkal-orale Übertragungen von Mensch zu Mensch, Tier zu Mensch oder Infektionen durch kontaminierte Lebensmittel (z. B. mit Oozysten kontaminiertes Fleisch) sind möglich. Die Infektionsdosis, bei der 50 % der Exponierten infiziert werden, ist gering und liegt bei 10–1.000 Oozysten.

Nach der Aufnahme von Oozysten kommt es im Dünndarm zur Freisetzung der Sporozysten. Sie adhären an die Oberfläche der Mikrovilli der Darmepithelzellen und setzen einen komplexen Vermehrungszyklus in Gang, der wiederum zur Bildung von zwei Arten von Oozysten führt: dickwandige (etwa 80 %), deren Wandung aus drei Membran- und zwei Chitinschichten besteht, und dünnwandige (etwa 20 %), die nur von einer Membran umgeben sind. Zwischen 5–21 Tagen nach Infektion beginnt die Ausscheidung der **dickwandigen** Oozysten im Stuhl. Sie sind sehr widerstandsfähig gegen Umwelteinflüsse und Chemikalien. Im feuchten Milieu können sie über Monate, in Einzelfällen bis zu 2 Jahre infektiös bleiben. **Dünnwandige** Oozysten können bereits im Darm rupturieren, Sporozysten freisetzen und insbesondere bei Abwehrgeschwächten Autoinfektionen bewirken.

Inkubationszeit

1–12 Tage, in der Regel 7–10 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Mit Ausscheidung von Oozysten im Stuhl besteht Ansteckungsfähigkeit. Diese können noch mehrere Wochen nach Rückgang der Symptome im Stuhl ausgeschieden werden.

Klinische Symptomatik

Das klinische Bild variiert von asymptomatischen Infektionen bis zu schweren Krankheitsbildern mit erheblichen wässrigen Durchfällen, die teilweise mit großen Flüssigkeitsverlusten einhergehen können. Weitere mögliche Symptome sind Bauchschmerzen, Übelkeit, Fieber und/oder Gewichtsverlust.

Beim immunkompetenten Menschen sistieren die Symptome nach 1–2 Wochen, während der Durchfall bei Säuglingen und immunsupprimierten Patienten, insbesondere bei von AIDS Betroffenen, lange anhalten kann. Dieser persistierende Durchfall führt zu massiven Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten, Gewichtsabnahme und Malabsorption. Die Schwere und Dauer der Erkrankung hängt vom Grad der Immunschwäche ab, sie kann im Extremfall zum Tode führen. Extraintestinale Manifestationen kommen vor allem bei AIDS-Patienten vor. Am häufigsten ist das Gallengangsys-

tem beteiligt; dies kann zur sekundären sklerosierenden Cholangitis führen, möglicherweise in Einzelfällen auch zu einer Pankreatitis.

Diagnostik

Die übliche Methode ist der mikroskopische Nachweis von Oozysten im Stuhl nach einer modifizierten Ziehl-Neelsen-Färbung. Da die Ausscheidung der Oozysten intermittierend sein kann, sollten drei Proben an verschiedenen Tagen mikroskopisch untersucht werden, bevor die Erkrankung ausgeschlossen werden kann. Differenzialdiagnostisch müssen hierbei die (größeren und unsporulierten) Oozysten von *Cyclospora cayatanensis* abgegrenzt werden. Es existieren aber auch Immunfluoreszenztests und ELISA-Kits zum Nachweis von Antigenen im Stuhl. Diese Tests erlauben nur eine Bestimmung auf Gattungsebene.

Die molekularbiologische (Spezies-)Diagnostik ist meist Spezial- bzw. Referenzinstitutionen vorbehalten, wobei eine einzelne PCR etwa die gleiche Sensitivität wie drei mikroskopische Untersuchungen besitzt. Nach DNA-Extraktion und Erregernachweis mittels "real time"-PCR kann eine konventionelle PCR ggf. mit nachfolgender Sequenzierung zur Speziesdiagnose und Typisierung angeschlossen werden. Weiterhin kann die Diagnose histologisch aus endoskopisch gewonnenen Gewebeproben (Dünndarm, seltener Dickdarm) gestellt werden.

Therapie

Es gibt bisher keine spezifische Therapie, die die Parasiten zuverlässig eradiziert. Die Therapie erfolgt daher im Allgemeinen symptomatisch durch Ersatz von Flüssigkeit und Elektrolyten. Genaue Behandlungsschemata für Kinder und Erwachsene inkl. Behandlung von HIV-positiven Patienten können beispielsweise dem Handbuch der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) entnommen werden.

Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen

1. Präventive Maßnahmen

Oozysten sind widerstandsfähig gegenüber vielen Desinfektionsmitteln, auch gegenüber Chlorung, die z. T. zur Trinkwasseraufbereitung eingesetzt wird. Bei Abkochen von Wasser werden sie jedoch sicher abgetötet.

Da im humanmedizinischen Bereich eingesetzte Desinfektionsmittel in der Regel nicht auf Wirksamkeit gegen Oozysten geprüft werden, können – sofern erforderlich – Angaben der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft genutzt werden (www.dvg.net/fileadmin/Bilder/DVG/PDF/Desinfektion-ab-Maerz-2013/2013-05-02-TH13-Homepage.pdf). Der Zusammenstellung sind Angaben zur antiparasitären Wirkung zu entnehmen.

Gefährdete immunsupprimierte Personen sollten über die Ansteckungswege aufgeklärt sein: Vorsicht ist angeraten bei Kontakt mit infizierten Menschen und Tieren, Trinken bzw. Verschlucken von kontaminiertem Leitungswasser oder Wasser aus Seen, Flüssen oder Swimmingpools. Möglicherweise kontaminiertes Trinkwasser muss abgekocht werden.

Weitere Möglichkeiten zur Verminderung des Ansteckungsrisikos sind eine gute Hygiene (gründliches Händewaschen nach jeder Toilettenbenutzung, Kontakt mit Windeln sowie Abwasser, Gartenerde und Haustieren, ebenso vor der Nahrungszubereitung und dem Essen). Bei Aufnahme von neuen Haustieren (s. Reservoir), insbesondere Welpen, sollte ggf. eine tierärztliche Untersuchung auf Kryptosporidien durchgeführt werden.

2. Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

Ausscheider von Kryptosporidien-Oozysten sind eine Quelle für fäkal-orale Ansteckung. Sie sind auf eine **effektive Händehygiene** hinzuweisen und müssen **Schwimmbäder strikt meiden**. Experten empfehlen, auf das Schwimmen in Schwimmbädern und Badegewässern für mindestens 14 Tage nach Abklingen der Durchfallsymptome zu verzichten.

Bei **stationärer Unterbringung** sollte eine eigene Toilette genutzt werden, wenn dies nach den baulichen Gegebenheiten möglich ist. Infizierte sollten nicht gemeinsam in einem Zimmer mit immunsupprimierten Patienten untergebracht werden. Nach § 34 Abs. 1 IfSG dürfen **Kinder unter 6 Jahren**, die an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, Gemeinschaftseinrichtungen, d. h. Kindergärten, Ferienlager etc., nicht besuchen, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist. Gemäß § 42 IfSG dürfen Personen, die an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in Abs. 2 aufgelisteten Lebensmittel (siehe IfSG: z. B. www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_42.html, Satz 2) nicht tätig sein oder beschäftigt werden, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen. Dies gilt auch für Beschäftigte in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung.

Die in Großbritannien geltende Empfehlung, frühestens zwei Tage nach dem Abklingen von Durchfallsymptomen erneut Gemeinschaftseinrichtungen zu besuchen bzw. die Beschäftigung in Küchen oder Verpflegungseinrichtungen wieder aufzunehmen (Referenz: Davies & Chalmers R, BMJ 2009), kann als Richtschnur dienen. Eine besonders strikte Umsetzung der üblichen Hände- und Toilettenhygienemaßnahmen sollte selbstverständlich sein. Eine zusätzliche Stuhluntersuchung zur Wiederzulassung ist nicht erforderlich.

Bei asymptomatischen Ausscheidern von Kryptosporidien, die beruflich Lebensmittel zubereiten, kann unter Einbeziehung der vorliegenden Sachlage (Risikoabwägung einer Übertragung von Kryptosporidien auf Lebensmittel unter Berücksichtigung der genauen Tätigkeit, Einsicht der betroffenen Person und Compliance in Bezug auf die Umsetzung von Hygienemaßnahmen) eine einzelfallbasierte Entscheidung getroffen werden. Stuhluntersuchungen von engen Kontaktpersonen und Haushaltsmitgliedern von nachgewiesenermaßen an Kryptosporidiose erkrankten Personen sind indiziert, wenn Symptome auftreten.

3. Maßnahmen bei Ausbrüchen

Die Maßnahmen entsprechen denen, die allgemein bei Gastroenteritis-Ausbrüchen erforderlich sind. So ist eine unver-

zügliche labor diagnostische Klärung zur Absicherung der Diagnose erforderlich. Weiterhin müssen Infektionsquellen und mögliche Übertragungsfaktoren ermittelt werden, um baldmöglichst effiziente Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung einzuleiten. Dazu ist das zuständige Gesundheitsamt gemäß Meldepflicht unverzüglich zu informieren.

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 11 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von humanpathogenen Kryptosporidien, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Weiterhin ist gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 IfSG der Verdacht auf und die Erkrankung an einer akuten infektiösen Gastroenteritis auch ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung meldepflichtig, wenn eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG ausübt, oder wenn zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.

Falldefinition für Gesundheitsämter: Die vom RKI für Kryptosporidiose verfasste Falldefinition für Gesundheitsämter kann im Internet eingesehen werden. Den Gesundheitsämtern liegen die Falldefinitionen des RKI als Broschüre vor. Diese kann durch Einsendung eines mit 2,20 Euro frankierten und rückadressierten Din-A4-Umschlags an folgende Adresse kostenfrei bestellt werden: Robert Koch-Institut, Abt. für Infektionsepidemiologie, FG Surveillance – Stichwort „Falldefinitionen“, Seestraße 10, 13353 Berlin

Nationales Referenzzentrum für tropische Infektionserreger
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Str. 74, 20593 Hamburg
Leitung: Prof. Dr. B. Fleischer
Tel.: +49 (0)40. 4 28 18–401, Fax: +49 (0)40. 4 28 18–400
E-Mail: MZD@bni-hamburg.de

Literatur

1. T. Löscher und G.D. Burchard (Hrsg.): Tropenmedizin in Klinik und Praxis mit Reise- und Migrationsmedizin. 4. Aufl., Thieme, Stuttgart; New York, 2010, S. 655–659
2. Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (Hrsg.): DGPI Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 6. Aufl., Thieme, Stuttgart, New York, 2013
3. Heyman (ed): Control of Communicable Diseases Manual. American Public Health Association, 19th edition, 2008
4. RKI: Ausgewählte meldepflichtige Zoonosen 2004: Epid Bull 2005; 28: 237–242
5. Chen et al: Current Concepts: Cryptosporidiosis. NEJM 2002; 346: 1723–1731
6. Xiao & Ryan: Molecular epidemiology (in Cryptosporidium and cryptosporidiosis). Ed. Fayer R and Xiao L; 119–163. Boca Raton: CRC Press
7. Amadi B, Mwiya M, Musuku J et al.: Effect of nitazoxanide on morbidity and mortality in Zambian children with cryptosporidiosis: a randomised controlled trial. Lancet 2002; 360: 1375–1380
8. Dillingham RA, Lima AA, Guerrant RL: Cryptosporidiosis: epidemiology and impact. Microbes Infect 2002; 4: 1059–1066
9. Hunter PR, Nichols G: Epidemiology and clinical features of Cryptosporidium infection in immunocompromised patients. Clin Microbiol Rev 2002; 15: 145–154
10. Davies AP, Chalmers RM: Cryptosporidiosis. BMJ 2009; 339:b4168 doi: 10.1136/bmj.b4168
11. Mandell, Douglas and Bennett's Principles & Practice of Infectious Diseases. 7. Auflage 2010; Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, PA, USA

Hinweise zur Reihe "RKI-Ratgeber für Ärzte" bitten wir an das RKI, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Tel.: +49 (0)30 – 18754-3312, Fax: +49 (0)30 – 18754-3533), E-Mail: ratgeber@rki.de oder an die Redaktion des Epidemiologischen Bulletins zu richten.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

22. Woche 2014 (Datenstand: 18.6.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	103	2.071	1.683	1	36	42	4	68	66	15	390	394	1	19	16
Bayern	138	2.529	2.017	3	80	112	6	222	197	26	727	747	2	36	40
Berlin	57	929	849	3	38	25	6	159	157	22	270	192	2	36	28
Brandenburg	44	625	557	0	14	12	3	79	123	9	296	250	0	3	8
Bremen	12	152	107	0	0	4	0	2	4	1	20	40	0	3	1
Hamburg	20	668	525	0	14	17	4	92	40	5	95	159	1	17	11
Hessen	67	1.438	1.083	0	15	13	1	36	35	11	292	386	1	12	19
Mecklenburg-Vorpommern	29	511	462	2	42	12	9	246	108	7	181	186	0	2	0
Niedersachsen	107	1.777	1.212	4	55	68	5	178	189	17	470	820	0	3	8
Nordrhein-Westfalen	304	6.276	4.755	1	113	109	16	293	351	57	1.044	1.479	0	17	19
Rheinland-Pfalz	87	1.207	995	1	37	38	4	81	86	7	255	296	2	9	32
Saarland	20	371	361	0	1	5	0	7	12	2	49	60	0	1	0
Sachsen	82	1.481	1.276	2	76	59	10	292	275	12	511	452	0	7	10
Sachsen-Anhalt	38	555	478	3	27	19	3	233	226	12	407	619	1	5	3
Schleswig-Holstein	51	765	609	0	10	17	1	33	24	11	159	235	1	2	5
Thüringen	43	614	513	0	15	12	3	105	130	7	397	402	1	8	4
Deutschland	1.202	21.970	17.483	20	573	564	75	2.126	2.023	221	5.564	6.718	12	180	204

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	3	50	63	42	4.208	4.158	67	1.560	1.896	9	208	201	0	16	11
Bayern	4	114	110	62	4.486	5.525	112	3.066	4.038	15	316	344	1	40	28
Berlin	1	31	36	20	1.854	1.424	32	1.095	1.692	5	165	185	2	46	27
Brandenburg	1	48	35	21	2.118	1.948	23	1.305	3.234	0	33	41	2	25	25
Bremen	0	2	8	0	426	282	4	129	229	2	10	8	1	4	1
Hamburg	1	18	24	8	1.115	1.543	5	612	1.539	2	48	65	0	13	5
Hessen	0	53	54	16	2.471	3.754	29	1.334	1.228	5	116	112	2	26	15
Mecklenburg-Vorpommern	1	18	17	6	1.848	2.805	60	994	1.265	3	51	49	0	19	21
Niedersachsen	4	90	82	16	3.881	5.107	43	1.491	3.629	2	80	83	2	28	23
Nordrhein-Westfalen	10	169	166	73	8.030	12.270	108	4.174	8.007	16	329	316	4	95	59
Rheinland-Pfalz	3	72	51	27	2.356	2.971	37	898	1.532	2	52	65	1	17	11
Saarland	0	8	5	0	432	983	9	439	280	0	18	9	0	6	3
Sachsen	5	108	142	66	4.589	5.063	67	2.068	4.076	2	96	120	1	46	56
Sachsen-Anhalt	3	75	59	24	2.619	2.698	44	1.536	1.591	2	42	40	0	20	31
Schleswig-Holstein	2	33	40	5	1.549	1.475	13	517	1.110	1	31	25	0	4	5
Thüringen	6	99	96	36	2.316	2.363	63	1.550	2.735	4	68	30	0	13	7
Deutschland	44	988	988	422	44.312	54.373	716	22.774	38.082	70	1.663	1.693	16	418	328

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-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, Mumps, Windpocken, 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 (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

22. Woche 2014 (Datenstand: 18.6.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	2	25	30	1	25	31	13	379	365	1	19	19	6	192	253
Bayern	1	41	31	1	50	48	25	474	418	0	18	24	9	279	239
Berlin	1	12	22	4	37	26	5	239	209	0	11	17	8	158	159
Brandenburg	0	7	13	0	8	6	0	27	27	1	2	3	2	43	44
Bremen	0	3	19	0	5	6	2	12	10	0	2	2	1	24	15
Hamburg	0	5	9	0	22	15	2	53	60	0	1	4	4	57	79
Hessen	2	19	18	1	32	33	13	257	178	1	7	8	4	197	182
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	16	0	3	7	0	15	19	0	4	2	0	21	33
Niedersachsen	4	27	25	1	16	14	3	88	128	0	10	19	3	156	121
Nordrhein-Westfalen	1	53	59	1	60	63	16	361	296	1	27	37	21	413	422
Rheinland-Pfalz	0	11	27	0	10	27	5	114	94	0	12	11	2	67	59
Saarland	0	5	5	0	5	3	2	45	22	0	1	5	0	28	15
Sachsen	1	7	10	0	10	19	3	157	128	0	3	7	2	52	54
Sachsen-Anhalt	0	12	9	0	7	10	0	36	61	0	2	1	0	42	47
Schleswig-Holstein	0	6	6	0	8	5	3	61	52	0	9	13	1	27	36
Thüringen	0	12	8	0	1	9	0	55	24	0	3	6	1	38	27
Deutschland	12	249	307	9	299	322	92	2.373	2.091	4	131	178	64	1.804	1.786

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014		2013	2014		2014		2014		2014		
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	22.	1.–22.	22.	1.–22.	22.	1.–22.	
Baden-Württemberg	0	4	10	2	31	0	0	27	735	62	1.829	
Bayern	0	74	287	2	70	0	7	39	1.347	62	1.993	
Berlin	0	11	275	2	30	1	1	6	298	26	656	
Brandenburg	0	2	45	1	5	2	3	4	286	13	362	
Bremen	0	4	1	0	1	0	0	2	5	18	274	
Hamburg	0	9	9	0	7	0	1	3	60	12	162	
Hessen	0	14	7	2	30	0	0	12	307	15	618	
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	4	0	0	2	80	4	87	
Niedersachsen	0	3	10	1	22	0	1	16	398	39	766	
Nordrhein-Westfalen	2	9	20	1	142	0	1	23	787	118	2.676	
Rheinland-Pfalz	0	1	4	0	20	0	1	12	269	20	372	
Saarland	0	1	0	0	2	0	1	2	43	3	57	
Sachsen	0	1	20	1	15	0	1	6	275	53	1.215	
Sachsen-Anhalt	0	4	3	1	3	0	0	3	196	18	232	
Schleswig-Holstein	0	18	4	0	9	0	0	2	90	12	194	
Thüringen	0	0	0	0	4	0	2	13	321	5	179	
Deutschland	2	155	696	13	395	3	19	172	5.498	480	11.675	

Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. 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). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

22. Woche 2014 (Datenstand: 18.6.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	22. Woche	1.–22. Woche	1.–22. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	18	589	1.121	1.985
Brucellose	0	12	6	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	31	48	110
Dengue-Fieber	3	215	398	879
FSME	7	30	42	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	21	19	77
Hantavirus-Erkrankung	5	99	57	161
Hepatitis D	1	8	10	33
Hepatitis E	4	225	175	458
Influenza	12	6.823	69.939	70.218
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	8	229	197	416
Legionellose	9	218	241	923
Leptospirose	2	20	22	81
Listeriose	1	207	148	468
Ornithose	0	7	6	10
Paratyphus	0	9	25	56
Q-Fieber	11	122	49	115
Trichinellose	0	1	5	14
Tularämie	0	3	7	20
Typhus abdominalis	0	20	42	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**

1. Baden-Württemberg, 47 Jahre, männlich (Infektionsland Philippinen)
2. Niedersachsen, 17 Jahre, weiblich (Infektionsland Haiti)
3. Niedersachsen, 24 Jahre, weiblich (Infektionsland Haiti)
4. Nordrhein-Westfalen, 31 Jahre, weiblich (Infektionsland Niederlande/ Curaçao) (18. bis 21. Chikungunya-Fall 2014)

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: Francesca Smolinski, Sylvia Fehrmann, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273