



Epidemiologisches Bulletin

12. März 2012 / Nr. 10

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Hantavirus-Erkrankungen: Hinweise auf Anstieg der Fallzahlen in 2012

Die Zahl der bundesweit an die Gesundheitsämter gemeldeten Hantavirus-Infektionen hat im Zeitraum vom Herbst 2011 bis Februar 2012 gegenüber dem Durchschnitt der Vorjahre deutlich zugenommen. Insgesamt wurden von November 2011 bis Februar 2012 $n=349$ Fälle nach Referenzdefinition an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (Mittelwert der Monate November–Februar 2006/2007–2010/2011: $n=130$), Stand: 1.3.2012.

Die Mehrzahl der Infektionen 2011/2012 ($n=222$; 64%) wurde aus Baden-Württemberg übermittelt, wo auch ein kontinuierlicher Anstieg der monatlichen Fallzahlen seit dem Herbst zu erkennen ist und bereits im Januar in einer Pressemitteilung zur Situation informiert wurde.¹

Weitere 110 Fälle verteilen sich auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (45), Bayern (27), Hessen (18), Niedersachsen (13) und Thüringen (7).

Innerhalb der genannten Bundesländer sind insbesondere bekannte Hantavirus-Endemiegebiete betroffen (z. B. die Schwäbische Alb, der Bayerische Wald, der Raum Osnabrück/Münsterland, der Bereich der Rhön). Die kumulative Inzidenz nach Kreisen zeigt Abbildung 1 (s. S. 80).

Das Reservoir von Hantaviren sind wildlebende asymptomatisch infizierte Nagetiere, die das Virus über Speichel, Kot und Urin ausscheiden. Der Mensch infiziert sich in der Regel durch die Inhalation erregershaltigen Staubes, selten auch durch Nagetierbisse. Der in Deutschland vorherrschende Virustyp Puumala wird durch die Rötelmaus (*Myodes glareolus*) übertragen.

Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 2–4 Wochen (Zeitspanne: 5–60 Tage). Die Hantavirus-Erkrankung beginnt meist mit abrupt einsetzendem hohem Fieber, das über 3–4 Tage anhält. Begleitend treten unspezifische grippeähnliche Symptome, wie Kopfschmerzen, Abdominalschmerzen und Myalgien, auf. Charakteristisch ist bei einem Teil der Patienten eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz, die reversibel ist.

Die zeitliche und geografische Variabilität der menschlichen Erkrankungszahlen kann unter anderem auf Schwankungen der Populationsgröße des Reservoirtieres und auf dessen Durchseuchung mit dem entsprechenden Virustyp zurückgeführt werden.

Massenvermehrungen der Rötelmaus (und steigende Erkrankungszahlen beim Menschen) wurden in der Vergangenheit insbesondere in der Folge von Jahren mit starker Buchenmast (Behang der Buchen mit Fruchtkörpern, den Bucheckern) beobachtet. Das gute Nahrungsangebot begünstigt wahrscheinlich das Überleben der Tiere im Winter und den raschen Aufbau einer großen Population im folgenden Frühjahr. Das forstliche Umweltmonitoring des Bundes und der Länder zeigte auch für 2011 eine sehr intensive Bildung von Früchten bei der Buche.²

Sowohl die hohe Zahl kürzlich übermittelter Fälle als auch das Fehlen des typischerweise im Herbst und Winter zu beobachtenden Rückgangs der Fallzahlen deuten darauf hin, dass es in diesem Jahr zu einer weiteren Zunahme und Häufung von Hantavirus-Infektionen in bestimmten Regionen Deutschlands kommen wird.

Diese Woche

10/2012

Hantavirus-Erkrankungen

Bundesweite Zunahme
der Fallzahlen in 2012

STIKO

Stellungnahme zur
Entscheidungshilfe zu
Kinderimpfungen von
Stiftung Warentest

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen

- Neues von der Gesundheits-
berichterstattung des Bundes
- 14th International
Summer School 2012:
Infectious Disease
Epidemiology (IDE)
- 4th International
Summer School 2012:
Spatial-epidemiology
modelling in Megacities

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
7. Woche 2012

ARE/Influenza

Zur Situation in der
9. Woche 2012



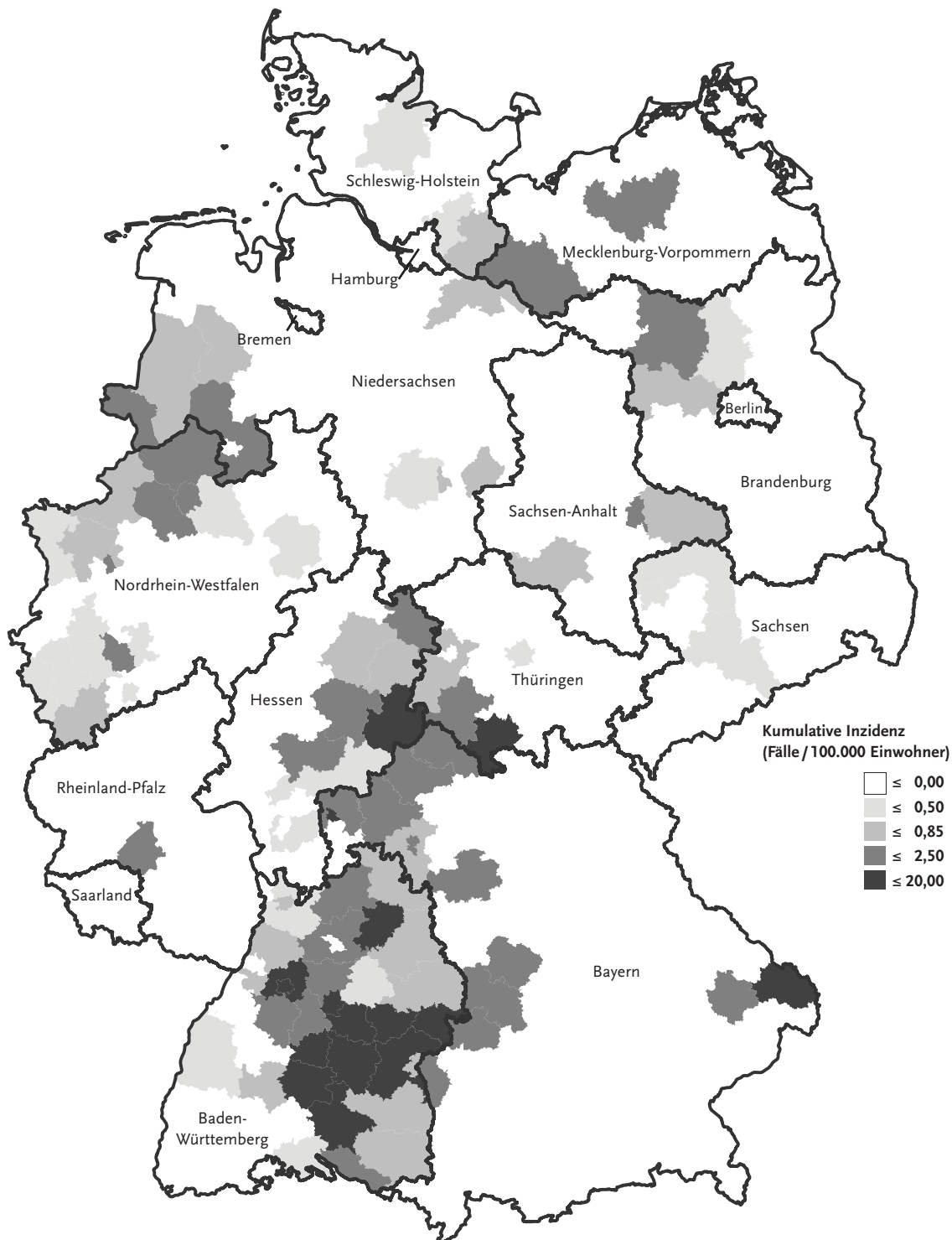


Abb. 1: Kumulative Inzidenz an das RKI übermittelter Hantavirus-Fälle (Referenzdefinition) von November 2011 – Februar 2012, Deutschland; Stand: 1.3.2012

Auch in 2007 und 2010, den Jahren mit der bisher höchsten Zahl übermittelter laborbestätigter Erkrankungen ($n=1.688$ bzw. 2.017), war bereits im Herbst des Vorjahres bzw. zu Beginn des Jahres ein deutlicher Anstieg beobachtet worden, welcher sich im Frühjahr fortsetzte, wobei die monatlichen Fallzahlen im Mai bzw. Juni ihren Gipfel erreichten (s. Abb. 2).

Prävention

Zurzeit stehen weder ein zugelassener Impfstoff noch eine spezifisch gegen den Erreger gerichtete Therapie zur Ver-

fügung. Insbesondere in Endemiegebieten sollte daher der Kontakt zu Mäusen und deren Ausscheidungen vermieden werden. Eine Bekämpfung der Nagetiere in ihrer natürlichen Umgebung ist nicht realistisch. Es wird jedoch empfohlen, das Arbeits- und Wohnumfeld weitestgehend frei von Mäusen zu halten, ggf. durch eine gezielte Bekämpfung von Nagetieren.

Beim Aufenthalt oder der Säuberung potenziell kontaminierter Bereiche (z.B. Keller, Schuppen, Dachboden) sollte vor Beginn der Arbeiten ausreichend gelüftet

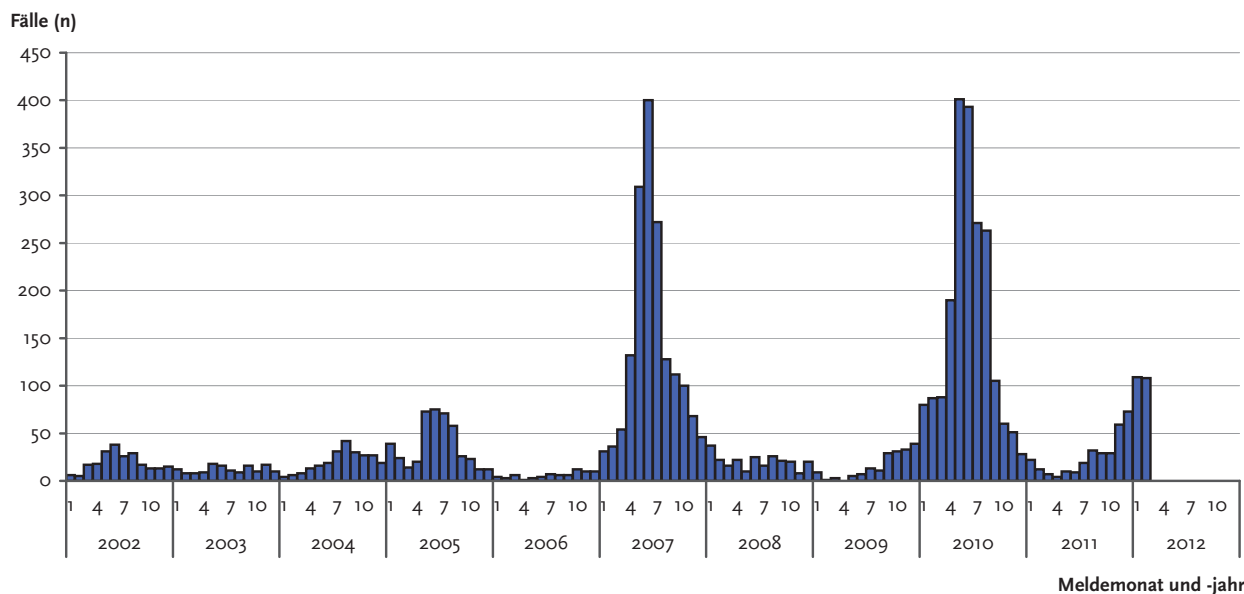


Abb. 2: An das RKI übermittelte Hantavirus-Fälle (Referenzdefinition) nach Meldemonat und -jahr seit 2002, Deutschland; Stand: 1.3.2012

werden. Eine Staubentwicklung sollte grundsätzlich vermieden werden, oder falls nicht möglich eine Atemschutzmaske getragen werden. Für die Beseitigung von toten Mäusen, Mäusekot und –urin empfiehlt sich der Einsatz von Einmalhandschuhen, die großzügige Benetzung des kontaminierten Areals mit handelsüblichem Reinigungsmittel und das Entsorgen von Putzlappen und ggf. Nagetier-Kadavern in verschlossenen Plastikbeuteln über den Hausmüll. In Tätigkeitsbereichen mit einem beruflichen Infektionsrisiko soll gezielt zu Hantavirus-Infektionen informiert werden und Präventionsmaßnahmen empfohlen werden. Detaillierte Hinweise gibt ein von mehreren Instituten erarbeitetes Merkblatt „Informationen zur Vermeidung von Hantavirus-Infektionen“, welches auch auf den Internetseiten des RKI zu finden ist unter <http://www.rki.de> > Infektionskrankheiten A–Z > Hantavirus-Infektionen > Prävention und Bekämpfungsmaßnahmen.

Literatur

1. Pressemitteilung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg vom 13.1.2012: Gesundheit – Hantaviren: Erkrankungen in Baden-Württemberg nehmen zu – Das Landesgesundheitsamt empfiehlt Schutzmaßnahmen für Tätigkeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko (s. <http://www.rp-stuttgart.de/servlet/PB/menu/1335257/index.html>)
2. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV): Ergebnisse der Waldzustandserhebung 2011 (s. <http://www.bmelv.de> > Landwirtschaft & Ländliche Räume > Wald, Holz & Jagd > Wald > Ergebnisse der Waldzustandserhebung 2011)

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts, Fachgebiet Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen, tropische Infektionen. **Ansprechpartner** ist Dr. Mirko Faber (E-Mail: FaberM@rki.de).

Hinweise auf Information, Beratung und Unterstützung zu Hantaviren

► RKI-Ratgeber

Der in der Reihe „RKI-Ratgeber für Ärzte“ erschienene Ratgeber „Hantaviren“ enthält weitere Informationen. Er wird im Internet auf den Seiten des Robert Koch-Instituts angeboten unter

<http://www.rki.de> > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber für Ärzte > Hantaviren

bzw.

<http://www.rki.de> > Infektionskrankheiten A–Z > Hantavirus-Infektionen.

► Beratung und Spezialdiagnostik

Konsiliarlaboratorium für Hantaviren
Institut für Medizinische Virologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
und Fachbereich Virologie,
Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH
Helmut Ruska Haus
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Detlev H. Krüger, PD Dr. Jörg Hofmann

Tel.: 030.450–52 50 92, –52 50 84

Fax: 030.450–52 59 07

E-Mail: detlev.krueger@charite.de, joerg.hofmann@charite.de

Leistungsübersicht

- Antikörpernachweis bei Hantavirus-Infektion einschließlich serologischer Bestätigungstests (IgM ELISA, IgG ELISA, IFT, Western-blot);
- Fokusreduktionsneutralisationstest zur Typisierung des Erregers (Serotypen Dobrava, Puumala, Hantaan; Seoul, Tula);
- Genomnachweis durch RT-PCR für Hantaviren allgemein (genus-spezifisch) sowie für die einzelnen Virustypen (speziesspezifisch), Sequenzanalysen;
- Voraussetzungen zur Virusanzucht vorhanden;
- Beratung zu klinischen Verdachtsfällen und zur Bedeutung von virusdiagnostischen Untersuchungsergebnissen;
- Informationen zur epidemiologischen Situation, zur Virusbelastung von Nagerreservoirs sowie zur Infektionsprophylaxe.

STIKO-Stellungnahme

Zur Entscheidungshilfe zu Kinderimpfungen von Stiftung Warentest 3/2012

Im Artikel „Kein Kinderkram“ der Ausgabe 3/2012 der Zeitschrift „test“ hat ein von der Stiftung Warentest beauftragtes Expertenteam eine Bewertung der verfügbaren Kinderimpfungen vorgenommen. Dieses Team kommt zu einer weitgehenden Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI).

Es ist wichtig, auf die enorme Bedeutung der Schutzimpfungen für die Gesundheitsvorsorge anhaltend hinzuweisen.

Die STIKO ist ein unabhängiges Expertengremium, das – unterstützt von Wissenschaftlern des Robert Koch-Instituts – kontinuierlich Daten zu Impfungen und impfpräventablen Erkrankungen in Deutschland bewertet. Dabei folgt die STIKO in wesentlichen Punkten der systematischen Methodik der Evidenzbasierten Medizin (EbM) und führt eine Risiko-Nutzen-Bewertung nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch auf Bevölkerungsebene durch.

Die Bewertungsmethodik der STIKO wurde erst kürzlich aktualisiert und ist auf den RKI-Internetseiten verfügbar unter <http://www.rki.de/stiko>.

Gerade weil sehr viele verschiedene Aspekte in die Entscheidung eingehen, ob seitens der STIKO eine Impfempfehlung ausgesprochen wird oder nicht, ist ein standardisiertes und nachvollziehbares Vorgehen notwendig. Um zu vermeiden, dass vorschnelle Entscheidungen sowohl bei den Ärzten als auch in der Bevölkerung zu Unsicherheiten und Vertrauensverlust führen, muss die STIKO ihrer gesetzlichen Aufgabe entsprechend bestehende und neue Empfehlungen sorgfältig prüfen. Bei unklarer Evidenzlage muss auch gelegentlich die Entscheidung für oder gegen eine Impfempfehlung zurückgestellt werden, bis die Datenlage ausreichend ist.

Insbesondere begrüßt die STIKO, dass die Stiftung Warentest zu Recht zu einer positiven Einschätzung der Schutzimpfung gegen **Humane Papillomviren (HPV)** kommt. Aktuelle Daten aus Studien und der weltweiten Anwendung der Impfung in den letzten Jahren konnten die Studienergebnisse, die der STIKO zur Bewertung der Impfung gegen HPV vorlagen, bestätigen.

Die STIKO empfiehlt die HPV-Impfung seit 2007 für alle Mädchen und jungen Frauen im Alter von 12 bis 17 Jahren.

Leider kam es in Deutschland nach einer kontroversen Diskussion über den Nutzen der HPV-Impfung zu einer bisher nur mäßigen Akzeptanz der Impfung mit niedrigen Impfquoten. Das Potenzial der Impfung, in Zukunft behandlungsbedürftige Krebsvorstufen am Gebärmutterhals,

invasive Karzinome und damit Todesfälle zu verhindern, wird somit in Deutschland bislang nicht ausgeschöpft.

Die Frage, ob eine zweite Schutzimpfung gegen **Menigokokken** mit einem Konjugatimpfstoff gegen die Serogruppen A, C, W-135 und Y für Kinder und Jugendliche ab 11 Jahren empfohlen werden sollte, ist ein aktuelles Thema der STIKO. Derzeit spielen aber die Serogruppen A, W-135 und Y in der Bundesrepublik kaum eine Rolle. Auch gibt es bisher keine Hinweise darauf, dass bei als Kleinkind geimpften Jugendlichen Durchbruchserkrankungen wegen einer nachlassenden Immunität ein Problem darstellen. Für wichtiger hält es die STIKO, dass im zweiten Lebensjahr versäumte Schutzimpfungen gegen Meningokokken der Serogruppe C bis zum 18. Lebensjahr nachgeholt werden.

Zur **Rotavirus-Impfung**, für deren allgemeine Empfehlung sich das Expertenteam von Stiftung Warentest ausspricht, führt die STIKO aktuell eine systematische Bewertung der Evidenzlage bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit der verfügbaren Impfstoffe durch. Die STIKO wird in naher Zukunft die mit der Impfung verbundenen Risiken und Nutzen in Hinblick auf die Krankheitslast durch Rotaviren in Deutschland erneut abwägen und sich hierzu äußern.

Die Impfung gegen **Varizellen** (Windpocken) wird von Stiftung Warentest abweichend von den STIKO-Empfehlungen nicht generell für alle Kinder als sinnvoll erachtet. Die STIKO empfiehlt eine Impfung gegen Varizellen im zweiten Lebensjahr für alle Kinder seit 2004 (seit 2009 mit 2 Dosen).

Ziel dieser STIKO-Empfehlung ist es, die Krankheitslast durch Varizellen insgesamt zu senken, insbesondere schwere Krankheitsverläufe und seltene Todesfälle an Varizellen zu verhindern.

Befürchtet wird von dem Expertenteam der Stiftung Warentest, dass es durch die Impfung von Kindern gegen Varizellen bei möglicherweise nachlassendem Impfschutz zu einer Verschiebung der Erkrankung in höhere Lebensalter (Jugendliche, junge Erwachsene) kommen könnte. Kategorisch auszuschließen ist ein solches Szenarium nicht. Bei genügend hoher Beteiligung an der Impfung ist jedoch eine sog. Herdenimmunität zu erwarten. Das bedeutet, dass empfängliche Erwachsene und Menschen, die in besonderem Maße durch Varizellen gefährdet sind, durch die Impfung der Kinder gegen Varizellen sogar ein niedrigeres Risiko haben, an Varizellen zu erkranken. Sollte nun die Beteiligung an der Schutzimpfung gegen Varizellen abnehmen, könnte dies gerade die Herdenimmunität gefährden und tatsächlich zu steigenden Erkrankungszahlen bei älteren bzw. besonders gefährdeten Menschen führen.

Kinder, die jetzt nicht gegen Varizellen geimpft werden, haben – bei verminderter Zirkulation des Wildvirus – in der Tat ein erhöhtes Risiko später mit Komplikationen zu erkranken. Je weniger Kinder jetzt gegen Varizellen geimpft werden, desto mehr werden später mit Komplikationen erkranken.

In den USA, wo die generelle Varizellen-Impfung für Kinder seit 1995 (seit 2007 mit 2 Dosen) empfohlen wird, erkranken seitdem nicht mehr Erwachsene an Varizellen als vor Einführung der allgemeinen Kinderimpfung.

Das RKI hat mit Einführung der allgemeinen Impfempfehlung ein Meldesystem zu Varizellen und Herpes Zoster unter Mitwirkung von deutschlandweit fast 1.000 Arztpraxen eingerichtet. Die bisher erhobenen Daten belegen,

dass die Varizellen-Impfung eine deutliche Abnahme der Varizellen-bedingten Krankheitslast erreicht hat. Ziel des Meldesystems ist es, auch zukünftig Auswirkungen der allgemeinen Varizellen-Impfung im Kindesalter zu überwachen und es der STIKO zu ermöglichen, falls erforderlich ihre Empfehlungen anzupassen. Dem gleichen Zweck dient eine Ausweitung der gesetzlichen Meldepflicht auf die Varizellen, die sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindet.

Es ist zu begrüßen, dass die Stiftung Warentest das wichtige Thema „Impfen“ aufgegriffen hat. Die STIKO erhofft sich hiervon einen sachlicheren Umgang mit den Schutzimpfungen für Kinder. Es wäre ein großer Gewinn für uns alle, wenn mehr Kindern diese wichtige Schutzmöglichkeit zu Gute käme.

Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen

Neues von der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes

Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit, GBE kompakt 1/2012

Die erste Ausgabe von GBE kompakt im Jahr 2012 beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Sind Arbeitslose häufiger von Beschwerden und Krankheiten betroffen? Sind Krankheiten Folge oder Ursache der Arbeitslosigkeit? Welche Auswirkungen hat die Arbeitsplatzunsicherheit? Zeigen sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern? Dazu wurden u.a. Daten der GEDA-Studie 2010 ausgewertet.

Die Online-Publikationsreihe GBE kompakt kann auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts abgerufen werden unter <http://www.rki.de/gbe-kompakt>.

14th International Summer School 2012 Infectious Disease Epidemiology (IDE): Concepts, Methods, Mathematical Models and Public Health

Termin: 3.–7. September 2012

Veranstaltungsort: Universität Bielefeld

Veranstalter: Institut für Innovationstransfer an der Universität Bielefeld GmbH (IIT) in Zusammenarbeit mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Alexander Krämer, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld; Dr. Luise Prüfer-Krämer, Institut für Innovationstransfer an der Universität Bielefeld

Themen / Vorträge: Modern epidemiological methods for infectious diseases; Outbreak investigation and surveillance; SPSS for data analysis and basic health statistics; Mathematical modelling; Health economical evaluations; Vaccinations; Impact of climate and environmental change on infectious diseases; STIs including HIV / AIDS and viral hepatitis; Pandemic influenza A (H1 / N1)

Hinweise: Die Teilnahme ist gebührenpflichtig und die Veranstaltung ist durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert.

Anmeldung und Information

Florian Fischer
Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
Tel.: 05 21 . 106–68 89, –4257
E-Mail: f.fischer@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summerschoolide>

4th International Summer School 2012 Spatial-epidemiological modelling in Megacities: Statistical and spatial analysis for urban health under a changing climate

Termin: 3.–7. September 2012

Veranstaltungsort: Universität Bielefeld

Veranstalter

Institut für Innovationstransfer an der Universität Bielefeld GmbH (IIT) in Zusammenarbeit mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Alexander Krämer, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld; Prof. Dr. Tobia Lakes, Dipl.-Geogr. Oliver Grübner, Geografisches Institut der Humboldt-Universität, Abteilung für Geomatik, Berlin

Themen / Vorträge

Megacities: concepts, development, driving forces and prospects; Megacities: challenges, emerging diseases, epidemiological transitions; Epidemiological methods, bias and confounding; Climate impact and other environmental stressors in megacities; Satellite data to assess the urban environment; Geographic Information Systems (GIS) and geospatial analyses in megacities; Statistical, geo-statistical and spatial-epidemiological modelling; Modelling the health impact of a changing environment

Hinweise

Die Veranstaltung ist gebührenpflichtig. Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen beschränkt und es wird gebeten, sich so schnell wie möglich verbindlich durch Zahlung der Gebühr anzumelden.

Anmeldung und Information

Florian Fischer
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
Tel.: 05 21 . 106–68 89, –4257
E-Mail: f.fischer@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summerschoolide>

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

7. Woche 2012 (Datenstand: 7.3.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.
Baden-Württemberg	58	713	558	1	10	7	6	34	22	8	128	193	0	7	14
Bayern	66	756	583	3	15	21	15	80	58	17	192	222	5	17	6
Berlin	29	306	306	1	6	1	4	30	52	5	69	80	2	14	11
Brandenburg	18	199	194	0	5	2	3	32	33	11	72	74	1	1	1
Bremen	2	31	47	0	0	1	0	1	0	3	20	17	0	1	4
Hamburg	8	164	215	0	3	5	2	9	2	4	43	46	0	3	6
Hessen	38	410	412	1	5	1	7	20	19	15	103	101	0	3	9
Mecklenburg-Vorpommern	17	159	185	1	2	0	2	76	33	5	61	135	0	0	0
Niedersachsen	44	437	522	0	8	18	7	57	37	20	199	176	0	3	2
Nordrhein-Westfalen	149	1.695	1.551	2	33	25	15	138	99	45	443	402	1	9	8
Rheinland-Pfalz	52	438	331	1	11	12	3	24	18	13	92	105	1	2	3
Saarland	8	137	113	0	0	1	1	8	8	2	19	30	0	0	0
Sachsen	42	530	658	0	15	13	18	131	50	15	179	151	1	5	1
Sachsen-Anhalt	14	139	146	2	8	2	4	46	56	8	157	90	0	1	3
Schleswig-Holstein	17	187	259	0	5	3	0	6	3	3	55	47	0	1	0
Thüringen	20	214	177	0	8	3	8	65	93	12	158	117	0	0	1
Deutschland	582	6.515	6.257	12	134	115	95	757	583	186	1.990	1.986	11	67	69

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.
Baden-Württemberg	3	19	22	427	2.280	1.709	120	492	657	16	84	69	0	5	6
Bayern	2	51	52	731	4.587	2.413	139	689	996	13	103	85	1	5	5
Berlin	0	12	6	163	988	871	46	286	303	2	49	54	1	11	8
Brandenburg	2	14	6	293	1.505	853	66	242	435	3	12	12	0	3	1
Bremen	0	0	1	45	190	152	2	5	49	0	6	1	0	0	0
Hamburg	1	17	9	123	595	600	64	202	212	4	18	7	1	3	1
Hessen	2	28	20	360	1.727	769	74	354	301	7	41	41	2	11	7
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	13	165	1.108	819	24	126	295	3	15	28	0	9	1
Niedersachsen	3	28	52	610	3.289	1.750	85	294	659	3	23	24	3	10	6
Nordrhein-Westfalen	15	86	70	1.150	5.378	5.281	172	855	1.353	13	103	94	1	18	13
Rheinland-Pfalz	1	26	20	210	1.328	1.314	87	509	294	3	22	30	0	4	5
Saarland	0	4	3	103	536	328	16	80	74	1	4	3	0	0	0
Sachsen	4	50	56	630	3.450	2.470	67	315	1.454	11	49	40	1	8	8
Sachsen-Anhalt	3	36	16	339	1.914	1.067	58	261	599	1	14	10	2	5	3
Schleswig-Holstein	3	10	13	132	629	714	44	199	233	2	15	9	0	0	0
Thüringen	3	54	35	312	1.917	1.083	66	273	380	5	11	6	3	8	4
Deutschland	42	438	394	5.793	31.421	22.193	1.130	5.182	8.294	87	569	513	15	100	68

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, 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

7. Woche 2012 (Datenstand: 7.3.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ++			Hepatitis C ++		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.
Baden-Württemberg	1	15	6	1	5	5	18	115	113
Bayern	0	11	8	3	11	20	30	134	131
Berlin	0	7	12	1	9	5	8	98	75
Brandenburg	1	4	2	0	1	1	0	7	8
Bremen	0	1	5	0	2	1	0	5	2
Hamburg	0	2	7	0	4	4	1	18	22
Hessen	0	3	6	1	6	11	5	44	42
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	0	5	0	0	7	6
Niedersachsen	0	11	8	0	3	9	2	39	46
Nordrhein-Westfalen	3	24	18	1	22	16	11	113	80
Rheinland-Pfalz	0	4	1	1	5	8	6	36	26
Saarland	1	1	0	1	4	5	0	5	10
Sachsen	0	4	0	0	6	8	6	48	36
Sachsen-Anhalt	0	2	3	1	5	2	1	16	15
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	1	4	1	19	27
Thüringen	0	2	1	2	4	3	2	18	19
Deutschland	6	92	77	12	93	102	91	722	658

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.
Baden-Württemberg	1	6	10	0	1	13	5	59	73
Bayern	1	14	11	0	5	55	11	80	79
Berlin	1	3	7	0	0	4	6	37	46
Brandenburg	0	3	2	0	0	0	0	8	13
Bremen	0	3	0	0	0	0	2	7	10
Hamburg	0	0	0	0	0	4	3	14	15
Hessen	1	4	7	2	5	6	4	52	61
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	0	0	0	1	2	11	16
Niedersachsen	0	6	9	0	0	11	8	34	37
Nordrhein-Westfalen	0	10	27	0	2	10	24	110	148
Rheinland-Pfalz	0	3	6	0	0	4	2	22	26
Saarland	0	2	1	0	0	0	0	3	4
Sachsen	0	1	5	0	0	0	2	23	17
Sachsen-Anhalt	1	3	1	0	0	0	0	15	13
Schleswig-Holstein	0	3	5	0	1	3	0	15	7
Thüringen	0	4	6	0	0	0	1	12	9
Deutschland	5	67	97	2	14	111	70	502	574

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

7. Woche 2012 (Datenstand: 7.3.2012)

Krankheit	2012 7. Woche	2012 1.–7. Woche	2011 1.–7. Woche	2011 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	11	309	50	674
Brucellose	0	3	1	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	12	21	129
Dengue-Fieber	6	40	50	288
FSME	0	1	2	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	2	2	877
Hantavirus-Erkrankung	39	199	27	305
Hepatitis D	0	2	2	16
Hepatitis E	4	35	46	238
Influenza	426	880	28.572	43.765
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	42	45	271
Legionellose	8	44	76	639
Leptospirose	0	2	4	51
Listeriose	4	32	28	337
Ornithose	0	3	2	16
Paratyphus	2	7	3	57
Q-Fieber	1	7	63	287
Trichinellose	0	1	0	3
Tularämie	0	1	3	17
Typhus abdominalis	2	6	7	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE / Influenza für die 9. Kalenderwoche (KW) 2012**

Die Werte des Praxisindex liegen in der AGI-Großregion Süden im moderat erhöhten Bereich, in den AGI-Großregionen Osten, Norden (West) und Mitte (West) im geringfügig erhöhten Bereich. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz sind in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche angestiegen. Insgesamt ist die Influenza-Aktivität bundesweit weiterhin geringfügig erhöht (Datenstand: 6.3.2012). Weitere Informationen: <http://influenza.rki.de>

Internationale Situation**► Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN (ECDC)**

Für die 8. KW 2012 berichteten 17 von 27 Ländern eine mittlere bzw. hohe Influenza-Aktivität. 13 Länder meldeten einen steigenden Trend. Bulgarien und Italien meldeten zum 3. Mal in Folge einen fallenden Trend und sind damit die ersten Länder, die den Höhepunkt der Influenzawelle überschritten haben. Weitere Informationen: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120302-SUR-weekly-influenza-surveillance-overview.pdf>

Impfstoffempfehlung für die kommende Saison 2012/2013 (Nordhalbkugel)

Die WHO hat die Empfehlung für die Zusammensetzung des Influenza-Impfstoffs für die Saison 2012/2013 auf der Nordhalbkugel veröffentlicht. Während die Komponente für Influenza A(H1N1)pdm09 beibehalten wird (A/California/7/2009), wird für die A(H3N2)-Komponente der Impfstamm A/Victoria/361/2011 und als Influenza-B-Komponente der Impfstamm B/Wisconsin/1/2010 aus der Yamagata-Linie empfohlen. Unter http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201202_recommendation.pdf sind neben der Empfehlung auch der ausführliche Bericht sowie häufig gestellte Fragen und Antworten zur Impfstoffempfehlung abrufbar.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 9. Kalenderwoche 2012 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-Abruffunktion** 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