



Epidemiologisches Bulletin

8. Oktober 2012 / Nr. 40

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Syndromische Surveillance akuter Atemwegserkrankungen unter direkter Mitarbeit der Allgemeinbevölkerung

Ein Bericht zum ersten Jahr des Bestehens von GrippeWeb

Als Ergänzung zu den Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) startete im März 2011 ein neues Online-Überwachungsinstrument des Robert Koch-Instituts (RKI) zur ganzjährigen Beobachtung akuter Atemwegserkrankungen unter dem Namen GrippeWeb (www.grippeweb.rki.de).

Während die AGI die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen auf der Ebene der ärztlichen Versorgung erhebt, wendet sich GrippeWeb an die gesamte Bevölkerung. Der vorliegende Bericht umfasst die Erfahrungen aus dem Zeitraum zwischen der 20. Kalenderwoche (KW) 2011 bis zur 19. KW 2012, welcher die Influenzasaison 2011/2012 einschließt, und konzentriert sich auf die grippeähnlichen Atemwegserkrankungen.

Bei GrippeWeb können sich alle Personen ab einem Mindestalter von 14 Jahren registrieren. Die erhobenen Stammdaten umfassen Angaben zu Alter, Wohnort (Landkreis) und chronischen Grunderkrankungen. Durch die Beantwortung wöchentlich gestellter Fragen können die Teilnehmer direkt Informationen zur Häufigkeit und Ausbreitung akuter Atemwegserkrankungen in Deutschland beitragen. Zur Erinnerung erhalten registrierte Teilnehmer wöchentlich eine E-Mail, in der sie gebeten werden, online Auskunft zu geben, ob in der vergangenen Woche Symptome einer akuten Atemwegserkrankung aufgetreten sind (oder nicht), welche Symptome gegebenenfalls aufgetreten sind, ob deshalb ein Arzt konsultiert wurde und ob die Erkrankung dazu führte, dass der sonst üblichen täglichen Beschäftigung nicht nachgegangen werden konnte (z. B. Arbeitsunfähigkeit bei Erwachsenen, Fernbleiben von Kindergarten oder Schule bei Kindern). Alle Meldungen erfolgen anonym.^a Dadurch, dass Eltern für ihre Kinder Meldungen abgeben können, wird auch die Altersgruppe der 0- bis 13-Jährigen erfasst. Den Teilnehmern wird zeitnah eine direkte Rückmeldung gegeben, sowohl individuell als auch in Form eines Berichts mit ausgewerteten Daten für alle Teilnehmer. Zum einen wird dabei den Teilnehmern – und nur für sie einsehbar – in einer Art Tagebuchfunktion wiedergegeben, wann sie seit ihrer Registrierung eine Atemwegserkrankung hatten, zum anderen werden alle Meldungen in Form aggregierter, wöchentlich publizierter Ergebnisse aufbereitet, wie beispielsweise der Anteil der Teilnehmer mit einer neu aufgetretenen Atemwegserkrankung.

^a Das Datenschutzkonzept wurde vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit geprüft.

Für GrippeWeb wurden folgende Falldefinitionen festgelegt:

- ▶ Die akute Atemwegserkrankung (ARE) ist definiert als eine neu aufgetretene Atemwegserkrankung mit Fieber ODER Husten ODER Halsschmerzen.
- ▶ Die akute grippeähnliche Erkrankung (ILI) ist definiert als eine neu aufgetretene Atemwegserkrankung mit Fieber UND Husten ODER Halsschmerzen.

Diese Woche

40/2012

ARE/Influenza

Bericht zum ersten Jahr von GrippeWeb

Erratum

Gastroenteritis

Ausbruch in fünf Bundesländern

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Juli 2012
- ▶ Aktuelle Statistik 37. Woche 2012



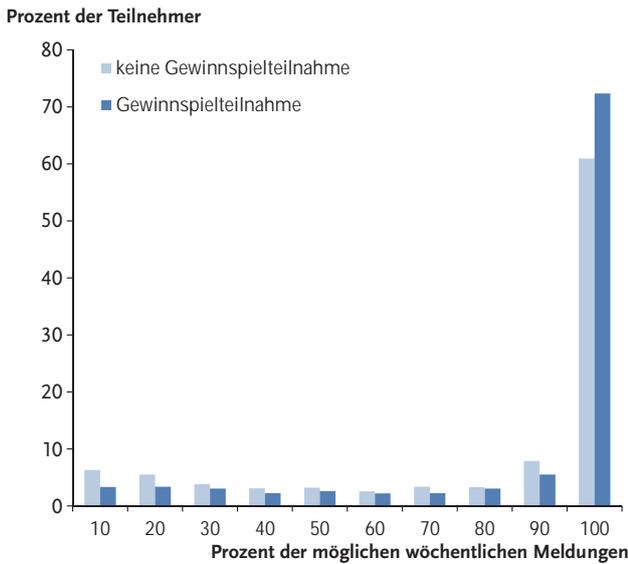


Abb. 1: Anteil der abgegebenen möglichen Wochenmeldungen unter GrippWeb-Teilnehmern mit/ohne Gewinnspielteilnahme in Prozent (Auswertung der Daten der KW 20/2011 bis KW 19/2012)

Erfahrungen mit ähnlichen Projekten in anderen Ländern, wie England und den Niederlanden, haben gezeigt, dass für die Qualität der erhobenen Informationen eine kontinuierliche Teilnahme essenziell ist.¹⁻⁸ Um einen zusätzlichen Anreiz für die regelmäßige Teilnahme zu schaffen, wurde daher bei GrippWeb ein Gewinnspiel integriert.^b Durch ein kumulatives Punktesystem steigen die Chancen auf einen der ausgelobten Preise (wie Laptop etc.), je regelmäßiger die wöchentlichen Fragen bei GrippWeb beantwortet werden.

b Teilnahmeberechtigt ist jede natürliche Person ab vollendetem 18. Lebensjahr mit Wohnsitz in Deutschland, soweit sie nicht geschäftsunfähig ist. Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts und deren Angehörige sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Jeder Haushalt kann nur einen Preis gewinnen.

Bis zur KW 19/2012 waren 3.527 Personen bei GrippWeb registriert. Die GrippWeb-Teilnehmer zeichnen sich durch eine hohe Kontinuität der Mitarbeit aus. Für die Auswertung zwischen KW 20/2011 und KW 19/2012 hat die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer mehr als 90% der möglichen Wochen, d.h. seit Beginn der Registrierung, Meldungen abgegeben, wobei die Meldehäufigkeit unter den Teilnehmern, die sich für das Gewinnspiel angemeldet haben, etwas höher ist als bei denjenigen, die daran nicht teilnehmen (s. Abb. 1). Ansonsten unterscheiden sich weder Altersstruktur, Geschlecht oder die gemeldete ARE- oder ILI-Rate signifikant in den beiden Gruppen.

Insgesamt sind 1.942 (55%) der in KW 19/2012 registrierten 3.527 GrippWeb-Teilnehmer weiblich, das Alter liegt bei 0 bis 84 Jahren (Median=40). Die meisten Teilnehmer (1.643, 47%) kommen aus der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen, 634 (18%) aus der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen und 636 (18%) aus der Gruppe der 5- bis 14-Jährigen. Die Altersgruppen der 0- bis 4-Jährigen (253, 7%) und die der über 59-Jährigen (361, 10%) sind am schwächsten vertreten. Durchschnittlich leben 2,7 Personen (Spannweite: 1-10) in den 2.438 von den Teilnehmern repräsentierten Haushalten.

Die GrippWeb-Teilnehmer kommen aus 370 (90%) der 412 Stadt- und Landkreise Deutschlands (s. Abb. 2). Vor allem aus Berlin, aber auch aus Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben sich deutlich mehr Teilnehmer, aus Sachsen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Bayern hingegen weniger Teilnehmer im Vergleich zur tatsächlichen Verteilung der Gesamtbevölkerung angemeldet (s. Abb. 3).

Insgesamt gaben 856 (24%) von 3.527 Teilnehmern an, eine oder mehrere chronische Grunderkrankungen zu haben. Um die Prävalenz chronischer Erkrankungen (Asthma, Diabetes mellitus) mit den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GEDA) 2009⁹ zu vergleichen, wurde die Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen Teilnehmer gewählt. Insgesamt gaben 7,2% der weiblichen und 6,0% der männlichen GrippWeb-Teilnehmer an, dass bei ihnen jemals von einem Arzt Asthma festgestellt wurde, bei GEDA waren es 9,8% und 7,6%, die Prävalenz für Diabetes mellitus lag bei den weiblichen GrippWeb-Teilnehmern bei 0,3% und bei den männlichen bei 0,5%, bei GEDA ergab die Verteilung 4,2% (Frauen) bzw. 2,5% (Männer).

Die GrippWeb-Teilnehmer wurden gefragt, ob sie sich in der Influenzasaison 2011/2012 gegen Grippe hatten impfen lassen. Insgesamt antworteten 3.259 Teilnehmer (92%) auf diese Frage: 1.241 Teilnehmer (35%) gaben an, für die Saison 2011/2012 die Influenza-Impfung erhalten zu haben, 2.018 (57%) verneinten dies und 268 (8%) machten hierzu keine Angaben. Der Anteil der Geimpften steigt mit zuneh-

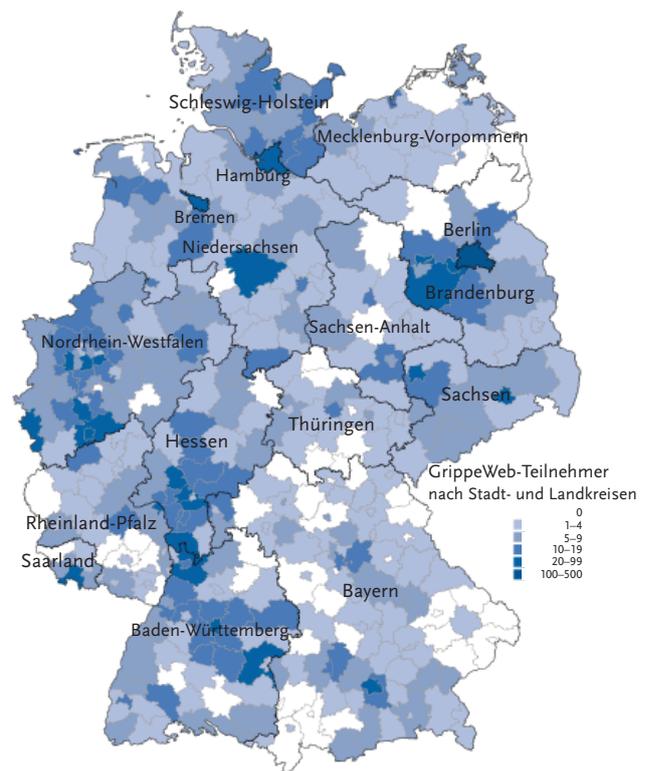


Abb. 2: GrippWeb-Teilnehmer nach Stadt- und Landkreisen (Datenstand: 15.5.2012)

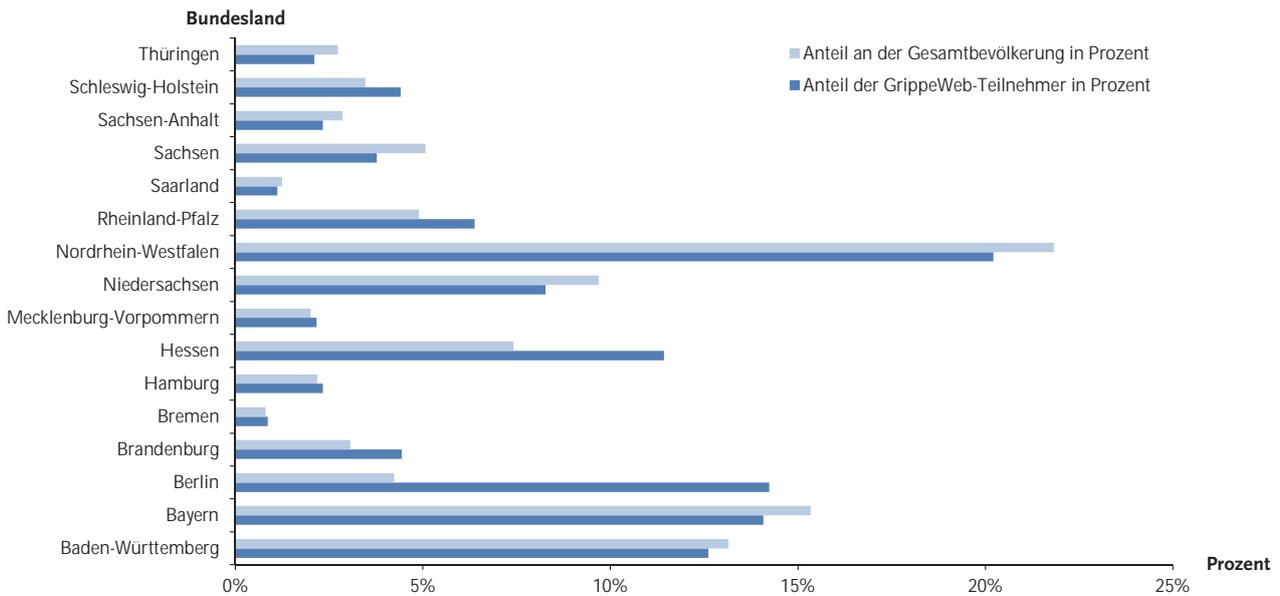


Abb. 3: Häufigkeitsverteilung der GrippeWeb-Teilnehmer aus den einzelnen Bundesländern im Vergleich zur tatsächlichen Verteilung der Gesamtbevölkerung (Datenstand: 15.5.2012)

mentem Alter an und reicht von 11% in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen bis 64% in der Altersgruppe der über 60-Jährigen.

Eine Influenza-Impfung ist z. B. für Personen mit chronischen Erkrankungen des Herzens und der Lunge empfohlen. Unter den GrippeWeb-Teilnehmern waren 58% der Personen mit Vorerkrankungen des Herzens und 47% der Teilnehmer mit Asthma mit dem Impfstoff der Saison 2011/2012 geimpft. Bei den Kindern (0–14 Jahre) mit Herzerkrankungen betrug dieser Wert sogar nur 31% im Gegensatz zu 61% bei den Erwachsenen mit einer Herzerkrankung.

Die ILI-Raten lagen im Berichtszeitraum (20. KW 2011 bis 19. KW 2012) zwischen 0,8% und 9,2% bei den Kindern

und zwischen 0,4% und 2,1% bei den Erwachsenen (Prozentangaben als gleitender dreiwöchiger Durchschnitt). Die maximalen Werte wurden bei den Erwachsenen in der 8. KW 2012 und somit etwas früher als bei den Kindern (10. KW 2012) erreicht. Dieser Gipfel koinzidiert mit dem Zeitraum, in dem im Rahmen der virologischen Surveillance des AGI-Sentinel am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI die größte Anzahl Influenza- und auch RSV-positiver Proben nachgewiesen wurde. Die etwas zeitversetzte RSV-Welle erklärt vermutlich auch die (im Vergleich zu den Erwachsenen) etwas spätere ILI-Welle bei den Kindern. Auffällig ist ferner der deutliche Rückgang der ILI-Raten bei den Kindern um die 1. KW und die 14. KW 2012. Dies könnte mit den in diesen Zeiträumen liegenden Weihnachts- bzw. Osterferien zu erklären sein.

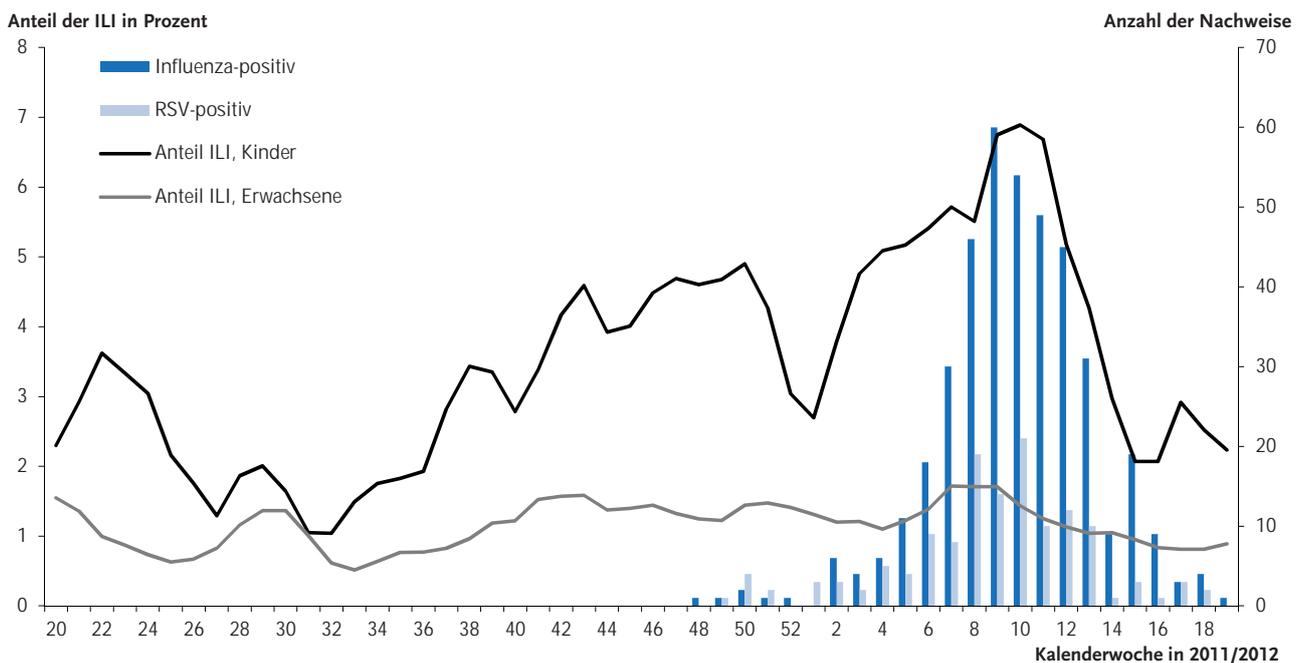


Abb. 4: Anteil der GrippeWeb-Teilnehmer (Kinder, Erwachsene) mit einer grippeähnlichen Erkrankung (ILI), dargestellt als gleitender, dreiwöchentlicher Durchschnitt im Vergleich zur Anzahl der positiven Proben mit Influenzaviren und Respiratorische-Synzytial-Viren (RSV) aus dem virologischen Sentinel des NRZ für Influenza am RKI; dargestellt nach Kalenderwoche; gewichtete Analyse (Datenstand: 15.5.2012)

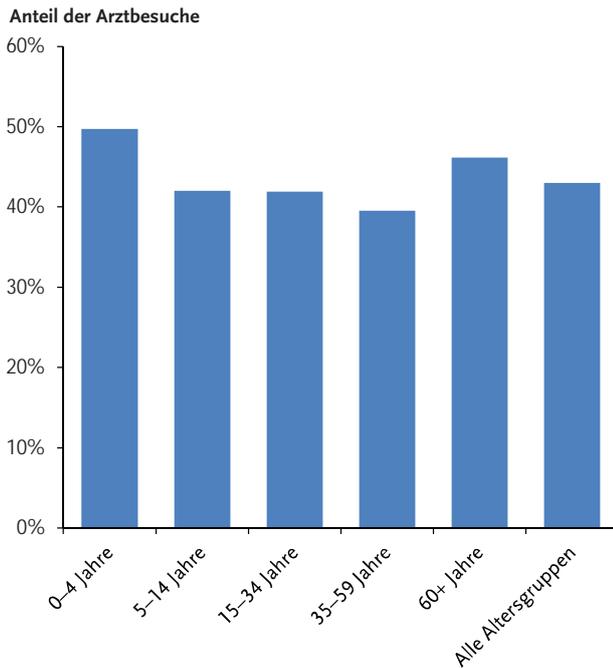


Abb. 5: Anteil der Teilnehmer mit einer grippeähnlichen Erkrankung, die wegen dieser Beschwerden einen Arzt im Zeitraum 20. KW 2011 bis 19. KW 2012, aufgesucht haben (Datenstand: 15.5.2012)

Da die Kinder nicht in der Schule oder im Kindergarten waren, hatten sie weniger Kontakte untereinander und dementsprechend weniger Möglichkeiten, sich mit einer respiratorischen Erkrankung anzustecken (s. Abb. 4, S. 403).

In 43 % der ILI-Episoden suchten die Teilnehmer im Zeitraum seit der 20. KW 2011 einen Arzt auf. Die Werte für die einzelnen Altersgruppen lagen hierbei zwischen 40 % für die 35- bis 59-Jährigen und 50 % für die 0- bis 4-Jährigen (s. Abb. 5). In 69 % aller ILI-Episoden wurde angegeben, dass der täglichen Beschäftigung (Arbeit, Ausbildung oder Kindergarten) nicht mehr nachgegangen werden konnte.

Bei den Teilnehmern überwiegen weibliche Teilnehmer und Personen aus der Altersklasse der 35- bis 59-Jährigen. Im Vergleich mit der tatsächlichen Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung Deutschlands sind die 35- bis 59-Jährigen über-, die über 59-Jährigen deutlich und die 15- bis 34-Jährigen leicht unterrepräsentiert. Letzterer Effekt könnte in der Altersgruppe der über 59-Jährigen durch eine geringere Internetaffinität und in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen dadurch zustande kommen, dass die Jugendlichen ab 14 Jahren nicht mehr von ihren Eltern angemeldet werden können, möglicherweise fehlt in dieser Altersgruppe auch das Interesse an gesundheitsrelevanten Themen.

Schon nach dieser ersten Grippezeit, welche von GrippeWeb „beobachtet“ wurde, hat sich gezeigt, dass sich das System durch die rege Beteiligung aus der Bevölkerung mit mehr als 3.500 registrierten und sehr aktiven Teilnehmern zur Beobachtung von akuten Atemwegserkrankungen auf Bevölkerungsebene eignet. Die zeitliche Übereinstimmung der größten Anzahl nachgewiesener positiver Influenzaproben aus der virologischen Surveillance des AGI-Sentinels

mit dem größten Anteil von GrippeWeb-Teilnehmern mit einer neu aufgetretenen ILI unterstreicht, dass GrippeWeb eine sinnvolle Ergänzung zur AGI darstellt.

Wir hoffen, dass sich weitere Teilnehmer anmelden und uns so unterstützen, das System an sich und die Repräsentativität der Stichprobe im Speziellen weiter zu verbessern. Wir möchten uns bei allen bisherigen Teilnehmern herzlich bedanken und freuen uns über neue Teilnehmer bei www.grippeweb.rki.de.

Literatur

1. Friesema IH, Koppeschaar CE, Donker GA, Dijkstra F, van Noort SP, Smalenburg R, van der Hoek W, van der Sande MAB: Internet-based monitoring of influenza-like illness in the general population: experience of five influenza seasons in The Netherlands. *Vaccine* 2009 Oct 23; 27 (45): 6353–6357
2. Marquet RL, Bartelds AI, van Noort SP, Koppeschaar CE, Paget J, Schellevis FG, van der Zee J: Internet-based monitoring of influenza-like illness (ILI) in the general population of the Netherlands during the 2003–2004 influenza season. *BMC Public Health* 2006; 6: 242
3. Tilston NL, Eames KT, Paolotti D, Ealden T, Edmunds WJ: Internet-based surveillance of Influenza-like-illness in the UK during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *BMC Public Health* 2010; 10: 650
4. van Noort SP, Muehlen M, Rebelo de Andrade H, Koppeschaar C, Lima Lourenco JM, Gomes MG: Gripenet: an internet-based system to monitor influenza-like illness uniformly across Europe. *EuroSurveill* 2007 Jul; 12 (7): E5–E6
5. Akmatov MK, Krebs S, Preusse M, Gatzemeier A, Frischmann U, Schughart K, Pessler F: E-mail-based symptomatic surveillance combined with self-collection of nasal swabs: a new tool for acute respiratory infection epidemiology. *International journal of infectious diseases: IJID: Official publication of the International Society for Infectious Diseases* 2011 Nov; 15 (11): e799–803
6. Brooks-Pollock E, Tilston N, Edmunds WJ, Eames KT: Using an online survey of healthcare-seeking behaviour to estimate the magnitude and severity of the 2009 H1N1v influenza epidemic in England. *BMC Infectious Diseases* 2011; 11: 68
7. Dalton C, Durrheim D, Fejsa J, Francis L, Carlson S, E Tursan d'Espaignet, Tuyl F: Flutracking: a weekly Australian community online survey of influenza-like illness in 2006, 2007 and 2008. *Communicable Diseases Intelligence* 2009 Sep; 33 (3): 316–322
8. Hulth A, Rydevik G: Web query-based surveillance in Sweden during the influenza A(H1N1)2009 pandemic, April 2009 to February 2010. *EuroSurveill* 2011; 16 (18)
9. Robert Koch-Institut: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Berlin 2012; http://www.rki.de/cln_162/nn_201174/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GEDA09.pdf

Für diesen Bericht danken wir Dr. Udo Buchholz vom Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG Respiratorisch übertragbare Erkrankungen. Dr. Buchholz steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: BuchholzU@rki.de).

Erratum zu Ausgabe 38/2012 des *Epidemiologischen Bulletins*

In der Abbildung 5 auf der Seite 376 der Ausgabe 38/2012 des *Epidemiologischen Bulletins* ist ein Fehler aufgetreten. Die Prozentzahl für die Angabe eines heterosexuellen Übertragungsweges von Hepatitis B ist inkorrekt. Anstatt 89% muss sie 30% heißen. In der Internet-Ausgabe unter www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin wird die Abbildung 5 korrekt wiedergegeben.

Zum Auftreten eines großen lebensmittelbedingten Gastroenteritis-Ausbruchs in fünf ostdeutschen Bundesländern

In der Kalenderwoche 39 hat in Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ein Ausbruch von akuter Gastroenteritis stattgefunden. Der Ausbruch ist mit über 10.000 Fällen der bisher mit Abstand größte bekannte lebensmittelbedingte Ausbruch in Deutschland.

Es sind überwiegend Kinder und Jugendliche sowie Betreuungspersonal von Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertagesstätten und Schulen) betroffen. Mit Stand vom 4.10.2012 verteilen sich die Fälle dabei auf insgesamt 473 Einrichtungen. Die Erkrankungen stehen nach bisherigen Erkenntnissen in Zusammenhang mit dem Nahrungsmittelverzehr in den betreffenden Einrichtungen. Nach Angaben der Bundesländer wurden nahezu alle betroffenen Einrichtungen von einem gemeinsamen Lieferanten über regionale Küchen mit Essen versorgt.

Die ersten Neuerkrankungen begannen nach bisherigen Informationen überwiegend am Abend des 25.9.2012, der Höhepunkt des Erkrankungsgeschehens war am 26.9. und 27.9.2012. Die überwiegende Mehrzahl der Meldungen seit dem 28.9.2012 beruht laut Angaben der Landesbehörden auf Nachmeldungen von Erkrankungen im Zeitraum bis zum 30.9.2012. Seit dem 29.9. sind zwar vereinzelt Neuerkrankungen aufgetreten, die aber als kleinere unabhängige Ereignisse angesehen werden können, die in zeitlicher Nähe zum Hauptgeschehen aufgetreten sind und dieses überlagern. Somit verdichten sich die Hinweise, dass der Ausbruch vorüber ist. Die Krankheitsverläufe sind bei den meisten Erkrankungsfällen kurz und unkompliziert, mindestens 28 Patienten sind hospitalisiert worden. Es bestehen Hinweise auf das vereinzelte Vorkommen von Sekundärinfektionen bei Kontaktpersonen.

Die Ursache der Erkrankungen ist weiterhin noch ungeklärt. Die mikrobiologischen Ergebnisse der letzten Tage deuten darauf hin, dass Noroviren eine Rolle spielen könnten. Dies ist aber noch nicht abschließend gesichert. Als mögliche Auslöser sind neben Norovirus auch Toxine von toxinbildenden Bakterien (z. B. *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*) in Betracht zu ziehen. Aufgrund der jahreszeitlich bedingten erhöhten Hintergrund-Aktivität von Norovirus in einigen Regionen ist nicht ausgeschlossen, dass es sich um eine Überlagerung von zwei oder mehreren Geschehen handelt. Human- und Lebensmittelproben (z. B. Rückstellproben) werden weiter analysiert, die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen.

Die zuständigen Gesundheits- und Lebensmittelüberwachungsbehörden auf nationaler, Bundesland- und lokaler Ebene arbeiten intensiv daran, die Ausbruchsursache aufzuklären. Die Abstimmung der Human- und Lebensmittelsicherheitsbehörden auf Landes- und Bundesebene erfolgt regelmäßig. Vom RKI werden in Abstimmung mit den anderen Gesundheitsbehörden und den Lebensmittelbehörden epidemiologische Studien durchgeführt, von den Lebensmittelüberwachungsbehörden werden die Vertriebswege von Lebensmitteln analysiert. Die Koordination der Ergebnisse der Untersuchungen auf Lebensmittelseite erfolgt durch eine Task Force am Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit.

Der Beitrag wurde vom Fachgebiet Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI erarbeitet. **Anfragen** zum Ausbruchsgeschehen können per E-Mail an die Adresse ausbruch1@rki.de gerichtet werden.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: Juli 2012 (Datenstand: 1.10.2012)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.			
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli	
Baden-Württemberg	26	182	157	29	193	148	14	36	35	3	12	11	0	0	0
Bayern	47	310	251	22	253	248	9	45	46	2	13	22	0	1	0
Berlin	62	437	376	23	236	232	0	10	19	0	1	6	1	2	1
Brandenburg	2	30	23	6	37	28	0	6	3	0	0	2	0	3	2
Bremen	5	36	28	4	19	21	1	8	8	0	1	0	0	1	0
Hamburg	19	140	122	20	137	126	6	37	24	1	1	2	0	0	0
Hessen	35	202	197	19	127	139	5	25	28	0	6	9	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	30	20	3	14	16	0	2	5	0	0	2	0	0	0
Niedersachsen	26	140	154	16	113	97	5	26	13	0	2	6	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	125	698	536	83	449	433	10	43	60	2	11	22	1	4	1
Rheinland-Pfalz	13	61	38	4	32	47	2	8	15	0	5	7	0	1	0
Saarland	2	19	25	2	14	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	13	113	82	7	77	51	1	10	10	0	0	1	0	1	1
Sachsen-Anhalt	6	43	21	7	29	28	1	2	0	0	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	3	44	45	8	62	55	1	5	9	0	1	1	0	0	1
Thüringen	3	37	24	2	18	10	0	2	0	1	3	0	0	0	0
Deutschland	390	2.522	2.099	255	1.816	1.700	55	265	275	9	57	91	2	14	6

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

37. Woche 2012 (Datenstand: 3.10.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	164	4.684	4.805	4	73	266	7	216	257	74	1.184	1.718	2	37	65
Bayern	168	5.125	5.843	9	200	388	32	558	708	101	1.657	2.474	1	61	86
Berlin	63	2.186	2.451	1	40	95	15	278	422	25	506	601	1	61	77
Brandenburg	59	1.500	1.816	1	22	56	1	170	254	25	582	544	0	5	6
Bremen	17	316	346	1	5	48	2	13	6	3	78	97	1	4	6
Hamburg	36	1.233	1.777	0	50	558	3	63	143	13	283	323	0	23	38
Hessen	74	2.702	3.361	2	42	136	3	100	140	37	938	1.025	1	25	46
Mecklenburg-Vorpommern	45	1.354	1.966	1	20	161	25	409	395	18	389	562	0	1	2
Niedersachsen	127	3.522	4.516	11	133	763	44	475	528	80	1.465	1.626	1	12	14
Nordrhein-Westfalen	354	11.663	12.997	11	232	639	44	843	1.091	110	3.206	3.786	3	47	49
Rheinland-Pfalz	98	2.639	3.037	4	86	128	11	181	182	68	822	922	1	17	32
Saarland	27	797	832	0	8	13	3	27	43	7	157	201	1	3	2
Sachsen	133	3.886	4.595	2	76	131	29	630	627	58	1.297	1.154	1	19	31
Sachsen-Anhalt	48	1.217	1.309	1	29	61	15	374	452	41	822	858	1	5	9
Schleswig-Holstein	39	1.556	2.233	1	51	914	2	61	96	12	363	504	0	6	7
Thüringen	49	1.413	1.493	1	42	83	13	293	421	24	1.082	866	2	12	8
Deutschland	1.501	45.793	53.377	50	1.109	4.440	249	4.691	5.765	696	14.831	17.261	16	338	478

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	2	107	129	60	6.286	6.787	17	3.289	3.755	15	380	410	5	33	35
Bayern	14	274	272	74	11.604	9.769	28	4.126	5.973	21	530	528	7	76	43
Berlin	0	51	52	24	2.708	2.750	8	1.723	1.359	8	284	303	3	74	58
Brandenburg	2	67	77	52	3.596	3.114	11	1.649	2.681	0	65	62	2	25	14
Bremen	2	10	14	3	571	503	1	95	274	0	15	13	2	5	3
Hamburg	1	60	66	18	2.422	2.517	9	1.153	1.111	2	105	108	1	17	12
Hessen	2	108	148	32	4.662	3.492	11	1.652	2.204	5	211	245	5	65	58
Mecklenburg-Vorpommern	0	32	49	15	2.749	3.152	3	1.334	3.054	4	97	138	3	50	40
Niedersachsen	5	143	251	63	7.918	6.152	18	2.630	3.592	9	151	136	6	69	59
Nordrhein-Westfalen	9	356	476	106	15.018	16.676	39	5.783	7.620	16	593	525	15	207	102
Rheinland-Pfalz	6	123	155	34	4.078	4.324	8	2.130	1.643	10	120	140	4	32	26
Saarland	0	20	17	4	1.373	1.099	1	539	389	0	19	23	1	2	1
Sachsen	9	218	287	102	8.405	7.603	31	2.699	9.271	5	219	207	10	93	70
Sachsen-Anhalt	5	118	134	37	4.604	4.351	8	1.981	2.894	6	75	59	7	45	22
Schleswig-Holstein	2	58	101	13	2.230	3.024	5	1.046	1.271	1	49	46	0	8	3
Thüringen	8	191	202	44	4.672	3.957	12	1.872	2.994	0	50	35	3	40	13
Deutschland	67	1.936	2.430	681	82.896	79.270	210	33.701	50.085	102	2.963	2.978	74	841	559

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

37. Woche 2012 (Datenstand: 3.10.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	0	35	38	1	42	36	18	564	540
Bayern	3	58	47	0	83	80	9	688	807
Berlin	2	38	61	0	38	55	5	398	407
Brandenburg	2	14	21	0	8	11	1	55	57
Bremen	0	3	16	0	6	13	0	18	16
Hamburg	1	20	72	0	25	30	3	107	98
Hessen	2	33	31	0	34	54	4	238	243
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	2	0	13	5	3	49	26
Niedersachsen	2	55	67	1	22	36	2	209	228
Nordrhein-Westfalen	5	117	88	4	98	114	4	489	429
Rheinland-Pfalz	2	28	19	4	37	42	2	139	171
Saarland	0	1	7	0	16	13	0	62	49
Sachsen	0	8	13	0	24	32	5	208	184
Sachsen-Anhalt	1	13	13	0	14	17	2	74	105
Schleswig-Holstein	4	12	8	0	9	14	3	128	114
Thüringen	0	8	16	0	7	8	1	84	74
Deutschland	24	448	519	10	476	560	62	3.510	3.548

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.	37.	1.–37.	1.–37.
Baden-Württemberg	0	30	29	0	19	523	5	341	389
Bayern	0	34	34	0	64	420	13	453	475
Berlin	1	14	22	0	16	157	2	219	223
Brandenburg	0	3	8	0	0	26	0	57	60
Bremen	0	3	1	0	2	1	2	36	40
Hamburg	1	6	3	0	3	45	4	108	108
Hessen	1	15	20	0	17	121	5	285	327
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	0	3	2	62	76
Niedersachsen	1	26	20	0	7	54	11	211	231
Nordrhein-Westfalen	0	53	61	0	18	100	13	775	793
Rheinland-Pfalz	1	19	28	0	4	29	1	114	119
Saarland	0	3	2	0	0	31	1	18	33
Sachsen	2	11	10	0	0	23	2	99	91
Sachsen-Anhalt	0	12	3	0	0	0	0	71	78
Schleswig-Holstein	0	8	12	0	2	18	0	61	48
Thüringen	0	6	10	0	0	0	1	60	54
Deutschland	7	245	267	0	152	1.551	62	2.970	3.145

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

37. Woche 2012 (Datenstand: 3.10.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	37. Woche	1.–37. Woche	1.–37. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	30	1.214	279	674
Brucellose	0	19	16	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	4	83	97	134
Dengue-Fieber	23	349	207	288
FSME	2	146	358	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	47	855	880
Hantavirus-Erkrankung	34	2.507	131	305
Hepatitis D	0	9	10	16
Hepatitis E	10	276	175	238
Influenza	0	10.556	43.622	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	198	186	271
Legionellose	21	437	441	640
Leptospirose	4	41	29	51
Listeriose	8	270	221	338
Ornithose	0	10	13	16
Paratyphus	1	28	48	58
Q-Fieber	3	154	262	285
Trichinellose	0	1	1	3
Tularämie	0	10	11	17
Typhus abdominalis	1	41	49	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Schleswig-Holstein, 60 Jahre, weiblich (Infektionsland in Südostasien; 8. Chikungunya-Fall 2012)

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