



Epidemiologisches Bulletin

29. Oktober 2012 / Nr. 43

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland Reiseassoziierte Infektionskrankheiten 2011

Dieser Bericht basiert auf den Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem RKI mit Datenstand 01.03.2012 übermittelt worden waren. Diese wurden ergänzt um Angaben aus anderen Erfassungssystemen, soweit diese verfügbar waren. Bei der Malaria werden außerdem Daten für das Vereinigte Königreich (für das Jahr 2011) und aus den Vereinigten Staaten (für das Jahr 2010) sowie zu lokal in der europäischen Region erworbenen Malariafällen vorgestellt.

Malaria

Im Berichtsjahr 2011 wurden 562 Malaria-Fälle gemeldet. Unter diesen wurde ein Sterbefall (0,2%) angegeben. Im Vergleich mit den 5 Vorjahren wurden Malaria-Fälle in gleicher Größenordnung gemeldet. Der im Jahr 2010 beobachtete Anstieg setzte sich nicht fort. 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 2011 eine Inzidenzrate von 0,7 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Anzahl der in den einzelnen Monaten diagnostizierten Malaria-Erkrankungen reichte von 29 Fällen im Dezember bis zu 87 Fällen im September.

Erkrankungen pro Bundesland

Da für die Malaria gemäß § 7 Abs. 3 IfSG eine nicht-namentliche 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 (s. dazu *Epid. Bull.* 41/2001).

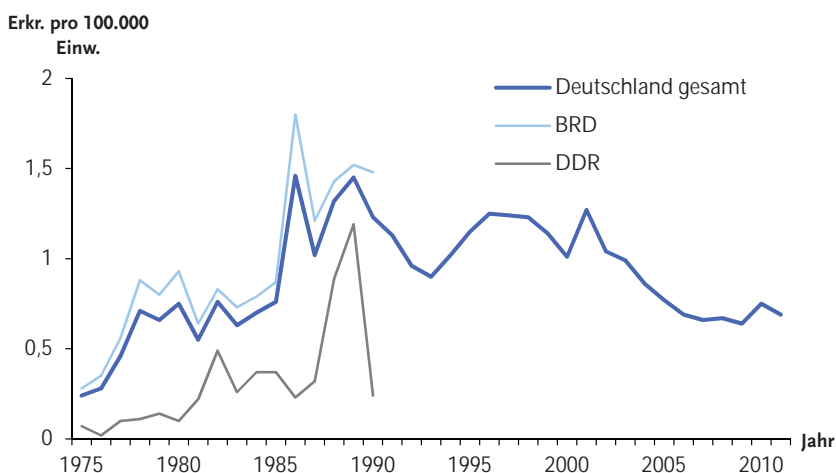


Abb. 1: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 1975 bis 2011

Diese Woche

43/2012

Reiseassoziierte Infektionskrankheiten Deutschland 2011

- ▶ 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
- ▶ Chikungunya-Fieber
- ▶ Dengue-Fieber
- ▶ Leishmaniose

Hygiene-Preis/Veranstaltungen

- ▶ Hygiene-Preis der Rudolf Schülke Stiftung
- ▶ DGHM – 17. Berliner Workshop „18 Monate neues Infektionsschutzgesetz: Was ist passiert?“

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
40. Woche 2012

Dengue-Fieber

Autochthone Fälle auf Madeira

ARE/Influenza

Zur Situation in der
42. Woche 2012



Die Anzahl der Malaria-Fälle, die für die verschiedenen Bundesländer ermittelt wurde, differierte – wie auch in allen Vorjahren – sehr stark (s. Abb. 2). Für Hamburg wurde 2011 eine Inzidenz von 3,2 Fällen pro 100.000 Einwohner ermittelt, für Bremen von 2,0 und für Berlin von 1,0. Für Thüringen, Sachsen-Anhalt und das Saarland wurde nur eine Inzidenz von 0 bis 0,2 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.

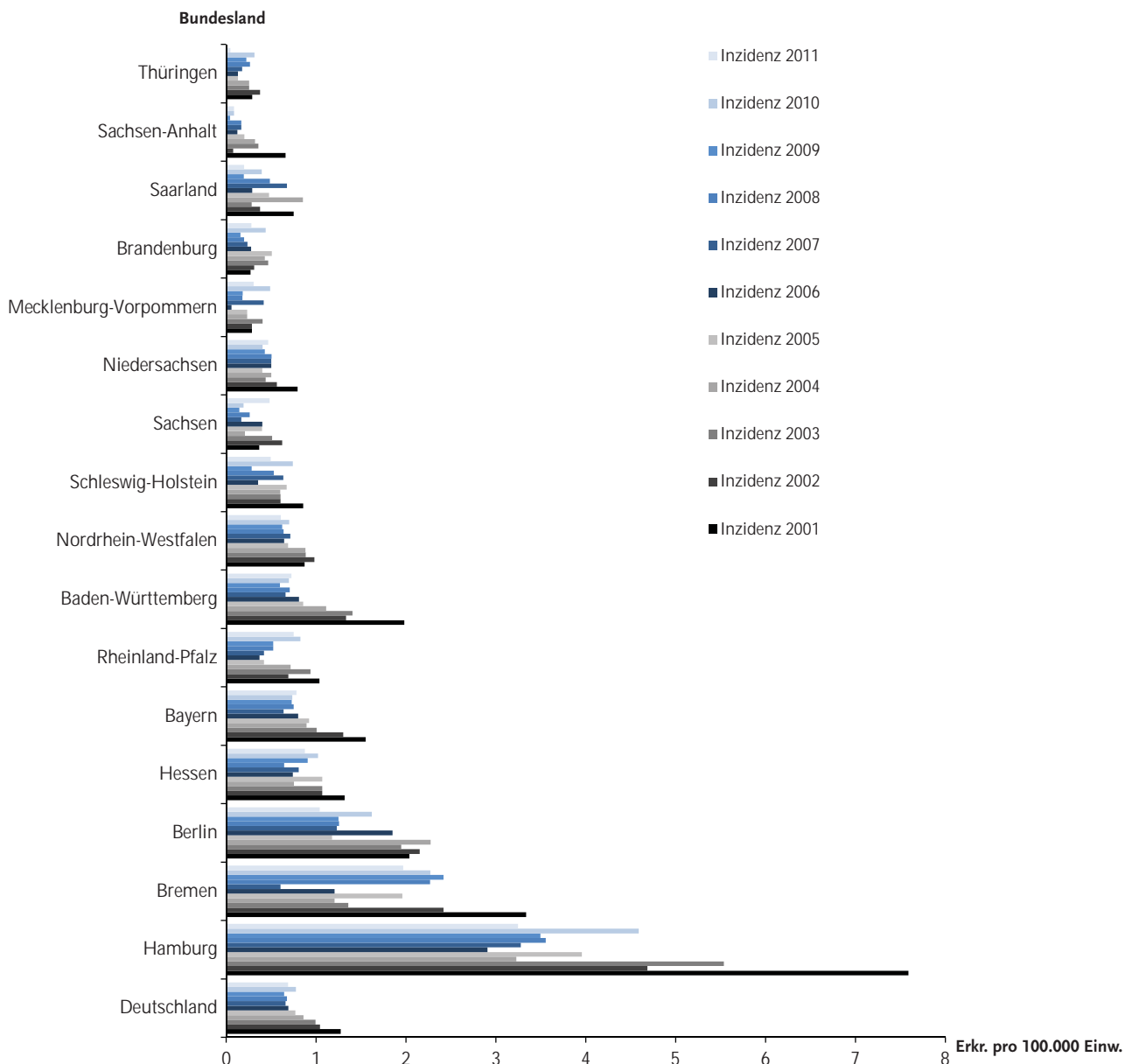


Abb. 2: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2001 bis 2011, Verteilung nach Bundesland, IfSG-Melddaten

Kontinent	Nennungen	Anteil
Afrika	336	89%
Asien	35	9%
Amerika	5	1%
Australien/Ozeanien	1	0%
Europa	0	0%
Summe	377	100%

Tab. 1: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2011, Verteilung nach Kontinenten, IfSG-Melddaten (Angaben für 377 Fälle)

Infektionsgebiete

Der größte Teil (89%) der Malaria-Erkrankungen wurde – wie auch in den Vorjahren – aus afrikanischen Ländern importiert (s. Tab. 1). Besonders viele Fälle traten bei Reisen in westafrikanische Länder auf. Indien war mit 17 Fällen das wichtigste Infektionsland außerhalb Afrikas. Ein Fall wurde aus Papua-Neuguinea mitgebracht, keine Fälle wurden aus europäischen Ländern importiert. Eine Liste der am häufigsten angegebenen Infektionsländer findet sich in Tabelle 2. Einschränkend muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Infektionsland nur für 377 der insgesamt 562 gemeldeten Fälle bekannt ist.

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Ghana	66	18%
Kamerun	43	11%
Nigeria	41	11%
Togo	27	7%
Westafrikanisches Land ohne nähere Bezeichnung	17	5%
Indien	17	5%
Kenia	15	4%
Uganda	13	3%
Gambia	11	3%
Sierra Leone	11	3%
Elfenbeinküste	11	3%
Guinea	11	3%
Andere	94	25%
Summe	377	100%

Tab. 2: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2011 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Melddaten (Angaben für 377 Fälle)

Alter und Geschlecht der Erkrankten

Erwachsene im Alter zwischen 25 und 29 Jahren wiesen die höchsten Inzidenzen auf, wobei die Inzidenzen bei Männern in einigen Altersgruppen im Vergleich zu denen bei Frauen bis zu 5-fach so hoch waren. 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 530 Fällen mit Angaben zur Erregerspezies wurde *Plasmodium falciparum* mit 77% am häufigsten diagnostiziert. Dies steht im Einklang damit, dass die meisten Erkrankungen in Afrika erworben wurden. An zweiter Stelle lag *P. vivax* mit 11%, gefolgt von *P. ovale* und *P. malariae* (3%). Malaria tertiana (*P. vivax* oder *P. ovale*, ohne weitere Differenzierung des Erregers) machte 3% aus. Mischinfektionen hatten einen Anteil von 4% (s. Abb. 3). In 32 Fällen blieben die Erreger ohne Differenzierung.

Herkunft der Erkrankten und Reisegründe

Der Anteil von Bürgern deutscher Herkunft betrug 2011 bei den an Malaria tropica Erkrankten 41%, bei den an Malaria tertiana und quartana Erkrankten 52%. Ca. 64% der an Malaria erkrankten Deutschen erwarben die Infektion auf touristischen Reisen bzw. bei Besuchen von Freunden oder Verwandten (Vorjahr: 65%). Ca. 14% waren Geschäftsreisende (Vorjahr: ebenfalls 14%). Weitere Reisegründe waren humanitäre Hilfe bzw. Missionsdienst (17%), Ausbildung und Forschung oder die Tätigkeit als Seemann bzw. Flugpersonal. Bei den Bürgern ausländischer Herkunft lagen Reisen zu Verwandten und Bekannten mit ca. 69% (Vorjahr ca. 80%) an der Spitze der Nennungen.

Prophylaxe

Der größte Teil der Erkrankten (über 70%) hatte 2011 keinerlei Medikamente zur Prophylaxe verwendet. Diejenigen, die Prophylaxemedikamente eingenommen hatten, nahmen diese in vielen Fällen nicht den Empfehlungen entsprechend ein. Immerhin 29% (n=26) 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 Chloroquin für Ghana. In einigen Fällen wurden die regelgerecht verordneten Medikamente unregelmäßig angewendet. Insgesamt kam es im Vergleich zu den Vorjahren zu keinen

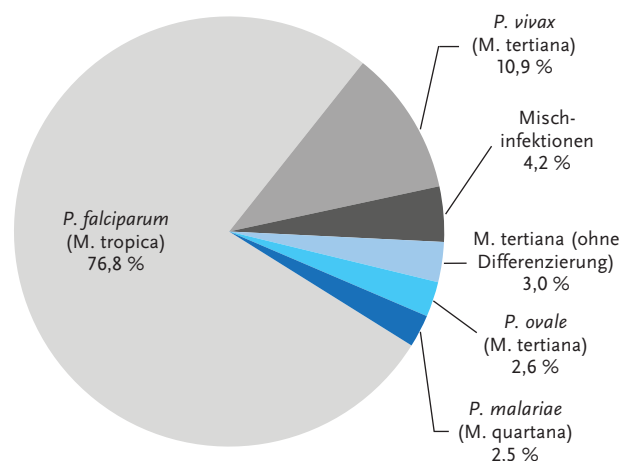


Abb. 3: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2011, Verteilung nach Erregerspezies, IfSG-Melddaten (Angaben für 530 Fälle)

Malaria im Vereinigten Königreich (UK)

(Health Protection Agency, 27 April 2012; <http://www.hpa.org.uk/hpr/infections/travel.htm>)

Insgesamt 1.677 Malaria-Fälle wurden 2011 im UK gemeldet (2010: 1.761, 2009: 1.495, 2008: 1.370). Dabei wurden 1.149 Fälle (69 %) durch *P. falciparum* verursacht. Es wurden 8 Todesfälle registriert (Vorjahr: 7). Die Infektionen wurden zu einem großen Teil in West-Afrika erworben (n=811). Aus weiteren afrikanischen Regionen stammten 279 Fälle; aus Asien kamen 343 Fälle. Unter den Erkrankten befanden sich überproportional viele Personen, die ihre Familie im Heimatland besucht hatten (n=610). Es folgten ausländische Besucher im UK (n=111), Touristen (n=68), neu im UK eingereiste Personen (n=99), Geschäftsreisende (n=84) und ausländische Studenten im UK (n=75).

Malaria in den USA

(MMWR, 02. March 2012, Vol. 61, SS02; 1–17)

Daten zur Malariasituation in den USA für das Jahr 2010 wurden im März dieses Jahres veröffentlicht. Insgesamt 1.691 Fälle wurden für 2010 gemeldet (2009: 1.484, 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 das höchste Niveau seit 1980 (n=1.864). Der Anteil von *P. falciparum* betrug 71 %, der von *P. vivax* 23 % (bezogen auf alle Fälle mit Speziesdifferenzierung). In 18 % aller erfassten Fälle blieb die Erregerspezies unbekannt (nicht übermittelt oder nicht bestimmt). 2010 wurden in den USA neun Malaria-Sterbefälle gemeldet, verursacht in allen Fällen durch *P. falciparum*. Betroffen waren ein 54-jähriger Mann nach Ghana-Reise, zwei 31-jährige Männer nach Ghana-Aufenthalt, ein 72-jähriger Mann nach Aufenthalt in Sierra Leone, ein 31-jähriger aus Guyana stammender Mann nach Besuch des Heimatlandes, ein 58-jähriger als Missionar in Uganda tätiger Mann, eine 56-jährige Frau nach Aufenthalt in Ghana,

ein 50-jähriger Mann nach Geschäftsreise nach Nigeria und ein 60-jähriger aus Nigeria stammender Mann nach Besuch des Heimatlandes.

Ein Malaria-Fall wurde als transfusions-assoziiert (*P. falciparum*) bewertet, für zwei Fälle (beide *P. falciparum*) bleibt der Ursprung der Infektion ungeklärt. Bei den importierten Fällen hatten Fälle aus Afrika den größten Anteil (959 Fälle). Aus Ländern Asiens oder Amerikas wurden 285 bzw. 230 Fälle importiert, aus Ozeanien 5 Fälle (für 209 Fälle waren keine diesbezüglichen Angaben vorhanden).

Der weitaus größte Teil der Erkrankungsfälle trat bei Zivilpersonen auf, 46 Fälle betrafen Militärpersonal. In ca. 75 % der Fälle waren US-Bürger betroffen, in ca. 25 % Bürger anderer Länder.

Die Angaben zur Prophylaxe zeigten, dass ein großer Teil der an Malaria erkrankten USA-Bürger entweder keine Prophylaxe durchgeführt hatte (ca. 75 %) bzw. dafür nicht empfohlene Medikamente genommen hatte.

Malaria in der WHO-Region Europa

(<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/malaria/news/news/2012/4/eliminating-malaria-from-europe-by-2015-realistic-and-attainable>)

Aus der Europäischen Region der WHO wurden 2011 insgesamt 102 lokal erworbene Malaria-Fälle gemeldet. Diese stammen aus fünf Staaten der Region: Aserbaidschan, Georgien, Tadschikistan, der Türkei und Griechenland. Die Gesamtzahl derartiger Fälle sank von 1995 bis 2011 von 90.712 auf nunmehr 102. Die Länder, in denen Malaria noch auftritt, haben das Ziel, die Krankheit aus der Region bis 2015 zu eliminieren. Wenn in einem Land in drei aufeinander folgenden Jahren keine lokale Übertragung der Malaria auftritt, kann die WHO es als malariafrei zertifizieren. Seit 2010 konnten Turkmenistan, Armenien und Kasachstan als malariafrei zertifiziert werden. Gegenwärtig wird die Zertifizierung Georgiens eingeleitet.

Aus Griechenland wurde 2011 ein Ausbruch mit 40 autochthonen Fällen von *P. vivax* berichtet.

wesentlichen Veränderungen im Prophylaxe- bzw. Einnahmeverhalten der an Malaria Erkrankten.

Sterbefälle

Im Jahr 2011 wurde ein Malaria-Sterbefall gemeldet. Betroffen war eine Frau im Alter von 73 Jahren deutscher Herkunft nach einem Aufenthalt in Mali. Als verursachender Erreger wurde *P. falciparum* angegeben. Die Verstorbene hatte 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 (2010: 2, 2009: 3, 2008: 2, 2007: 1, 2006: 4, 2005: 6, 2004: 2, 2003: 5, 2002: 3, 2001: 8) als bis zum 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 (2010: 5, 2009: 4, 2008: 5, 2007: 3, 2006: 5, 2005: 6, 2004: 8, 2003: 11, 2002: 7, 2001: 8). Die Daten aus der Todesursachenstatistik für 2011 liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

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

Die Nicht-Vollständigkeit der übermittelten Angaben im Rahmen der IfSG-Meldepflicht beeinträchtigte – wie schon in den vergangenen Jahren – auch im Jahr 2011 die Qualität der verfügbaren Daten. Für insgesamt 433 Fälle (77 %) lagen die Meldebögen sowohl vom Labor als auch vom Arzt vor, für 126 Fälle nur der Laborbogen, für 3 Fälle nur der Arzt-

bogen. 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 2011 gemeldeten Fälle lag im Vergleich mit den Vorjahren in gleicher Größenordnung. Der 2010 beobachtete leichte Anstieg der Melddezahlen setzte sich nicht fort. Diese waren 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 562 Fällen gehörte die Malaria jedoch auch 2011 zu den häufig importierten Krankheiten. Infektionen durch *P. falciparum*, die potenziell lebensbedrohlich sind, haben mit fast 80 % einen hohen Anteil.

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 2011 wurden insgesamt 679 Shigellosen übermittelt, entsprechend 0,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (s. Tab. 3).

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	1.608
2002	1.183
2003	793
2004	1.150
2005	1.170
2006	817
2007	869
2008	574
2009	618
2010	731
2011	679

Tab. 3: Shigellose in Deutschland 2001 bis 2011, IfSG-Meldedaten

In Deutschland erworbene Shigellosen hatten einen Anteil von ca. 47% (s. Tab. 4). 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 (14%), Indien (12%) und die Türkei (2%).

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Deutschland	317	47%
Ägypten	95	14%
Indien	82	12%
Türkei	12	2%
Marokko	10	1%
Indonesien	8	1%
Kap Verde	8	1%
Kenia	6	1%
Tunesien	6	1%
Peru	6	1%
Andere	120	18%
Summe	670	100%

Tab. 4: Shigellose in Deutschland 2011 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 665 Erkrankungen)

Wie bereits in den Vorjahren zeigte sich bei Erwachsenen im Alter von 25 bis 49 Jahren eine hohe altersspezifische Inzidenz. Dagegen lag – anders als in den Vorjahren – die Inzidenz bei Kindern unter 5 Jahren niedriger.

Für 641 (94%) übermittelte Shigellosen fanden sich Eintragungen zur Spezies. In 80% der Fälle handelte es sich

um Infektionen mit *S. sonnei*, es folgten Infektionen mit *S. flexneri* (13%), *S. boydii* (5%) und *S. dysenteriae* (2%). Kein Shigellose-Fall wurde als krankheitsbedingt verstorben angegeben. Es wurden 20 Häufungen mit insgesamt 49 Erkrankungen übermittelt. Die größte Häufung betraf 5 Familienmitglieder, die gemeinsam die Kapverdischen Inseln besucht hatten.

Typhus

Im Jahr 2011 wurden 59 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
2011	59

Tab. 5: Typhus in Deutschland 2001 bis 2011, IfSG-Meldedaten

Monatlich wurden 0 bis 14 Erkrankungen übermittelt, die Fälle kamen aus 11 Bundesländern. Angaben zum Infektionsland lagen für alle 59 Erkrankungen vor. Mindestens 93% der Erkrankungen wurden vermutlich importiert (s. Tab. 6), 35 Fälle hatten als mögliches Infektionsland Indien.

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Indien	35	57%
Pakistan	10	16%
Deutschland	4	7%
Bangladesch	3	5%
Türkei	3	5%
Peru	1	2%
Sri Lanka	1	2%
Ghana	1	2%
Irak	1	2%
Kenia	1	2%
Andere	1	2%
Summe	61	100%

Tab. 6: Typhus in Deutschland 2011 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 59 Erkrankungen)

Alle Altersgruppen waren vertreten. Einjährige Kinder sowie Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren wiesen die höchste Erkrankungsinzidenz auf. Unter den 2011 übermittelten Typhus-Erkrankungen gab es keinen Sterbefall.

Paratyphus

Im Jahr 2011 wurden - wie im Vorjahr - 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
2011	57

Tab. 7: Paratyphus in Deutschland 2001 bis 2011, IfSG-Meldedaten

Die monatlich übermittelten Erkrankungszahlen schwankten zwischen 0 und 11 Fällen. Im August und September wurden 37% der Erkrankungen übermittelt. Nicht in allen Bundesländern wurden Erkrankungen registriert. Die größten Fallzahlen kamen 2011 aus Bayern und Hessen, die zusammen 49% aller Fälle übermittelten. Für alle 57 Erkrankungen lagen Angaben zum Infektionsland vor. Ca. 80% der Erkrankungen waren demnach importiert, davon wurde für 19 Fälle Indien und für je 7 Fälle Afghanistan und 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	31%
Deutschland	12	20%
Afghanistan	7	11%
Türkei	7	11%
Bolivien	3	5%
Bangladesch	2	3%
Italien	2	3%
Nepal	2	3%
Andere	7	11%
Summe	61	100%

Tab. 8: Paratyphus in Deutschland 2011 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 (58% der Fälle) waren etwas häufiger betroffen als Mädchen und Frauen.

Bei 53 der 57 Erkrankungen wurde ein Serotyp übermittelt, darunter *S. Paratyphi A* bei 57%, *S. Paratyphi B* bei 36% und *S. Paratyphi C* bei 8%. Unter den 2011 übermittelten Paratyphus-Erkrankungen gab es keinen Sterbefall. Drei Erkrankungen wurden mit einem epidemiologischen Zusammenhang übermittelt – nach gemeinsamer Ankunft aus Afghanistan erkrankten ein 18-jähriges Mädchen sowie 2 Jungen im Alter von 5 und 15 Jahren.

Brucellose

Mit 24 Brucellosen lag die Zahl der 2011 übermittelten Fälle etwa auf dem Niveau der 4 Vorjahre seit 2007 (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
2011	24

Tab. 9: Brucellose in Deutschland 2001 bis 2011, IfSG-Meldedaten

Die 24 Erkrankungen traten über das ganze Jahr verteilt auf. Brucellosen wurden aus insgesamt 10 Bundesländern übermittelt (1 bis 4 Fälle je Bundesland). Bei mehr als der Hälfte der Erkrankungen handelte es sich den Angaben zufolge um importierte Fälle, für 8 von ihnen wurde die Türkei als Infektionsland genannt (s. Tab. 10).

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Deutschland	11	38%
Türkei	8	28%
Portugal	3	10%
Ägypten	2	7%
Albanien	1	3%
Ukraine	1	3%
Griechenland	1	3%
Italien	1	3%
Kasachstan	1	3%
Summe	29	100%

Tab. 10: Brucellose in Deutschland 2011 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 24 Erkrankungen)

Von Brucellose waren 10 männliche und 14 weibliche Personen verschiedener Altersgruppen betroffen. Eine Erregerdifferenzierung erfolgte nur für einen Teil der Erkrankungsfälle. Für 8 Fälle wurde *Brucella* spp. angegeben, für

16 Fälle *B. melitensis*. Unter den 2011 übermittelten Brucellosen gab es keinen Sterbefall.

Für die 3 Erkrankungen mit Infektionsland Portugal wurde angegeben, dass die Personen gemeinsam auf einem Bauernhof mit Schafen und Rindern in Portugal gelebt und hausgemachten Rohmilchkäse gegessen hatten.

Trichinellose

Im Jahr 2011 wurden dem RKI 3 Trichinellosen übermittelt. Zwei Erkrankungen betrafen Männer im Alter von 41 bzw. 53 Jahren, eine weitere Erkrankung betraf eine 55-jährige Frau. Einer der Männer erkrankte nach einer Jagdreise nach Kanada, während der ein erlegter Eisbär verzehrt wurde. Für die anderen beiden Erkrankungen wurden als mögliche Infektionsländer Deutschland bzw. Polen genannt. Verursachende Lebensmittel sind nicht bekannt.

Seit 2001 erreichten die Fallzahlen ein Maximum im Jahr 2006 (22 Erkrankungen) und ein Minimum im Jahr 2005 (kein Fall).

Cholera

Im Jahr 2011 wurden dem RKI 4 Erkrankungen an Cholera übermittelt. Eine 17-Jährige erkrankte unmittelbar nach einer Pakistan-Reise. Eine weitere Erkrankung betraf eine 25-jährige Frau, die in Indien in einer karikativen Einrichtung als freiwillige Helferin tätig gewesen war. Zwei Cholera-Erkrankungen bei Frauen im Alter von 33 bzw. 60 Jahren traten im Zusammenhang mit Reisen in die Dominikanische Republik auf. Gemäß Informationen aus internationalen Netzwerken und Informationsbörsen zu tropischen Infektionen erkrankten im gleichen Zeitraum auch Reisende aus anderen Ländern, deren Hotel in Punta Cana in unmittelbarer Nähe lag.

Zuletzt erkrankten in Deutschland im Jahr 2010 insgesamt 6 Personen an Cholera, in den Vorjahren lag die Zahl übermittelter Erkrankungen zwischen 0 und 3.

Fleckfieber

Im Jahr 2011 wurden dem RKI weder Erkrankungen an Fleckfieber noch Nachweise von *Rickettsia prowazekii* übermittelt. Zuletzt wurden dem RKI 2003 und 2001 eine bzw. 2 Fleckfieber-Erkrankungen übermittelt.

Läuserückfallfieber

Im Jahr 2011 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 2011 erfasst. Betroffenen waren ein 37-jähriger Mann, der bis vor 3 Jahren in Brasilien gelebt hatte und bei dem eine Borderline Lepra diagnostiziert wurde und ein 27-jähriger Mann mit lepromatöser Lepra (Infektionsland Indonesien). In den Jahren davor wurden zwischen 0 (2007) und 4 (2003) Erkrankungen an Lepra übermittelt.

Erreger virusbedingter hämorrhagischer Fieber

Im Jahr 2011 wurden in der Kategorie „Virale Hämorrhagische Fieber (VHF), sonstige Erreger“ 13 Fälle von Chikungunya-Fieber übermittelt; somit wurden Fälle dieser Infektion nun das 6. Jahr in Folge in Deutschland diagnostiziert (s. u.). Außer Chikungunya-Fieber wurden in den vergangenen 10 Jahren ein Fall von Lassa-Fieber (2006, importiert aus Sierra Leone), eine asymptomatische Infektion mit Rift-Valley-Fieber-Virus als Co-Infektion zu einer letalen Hepatitis-A-Infektion (2008, Infektion erworben in Kenia) sowie 2 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.

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 2011 wurden 13 importierte Infektionen an Chikungunya-Fieber übermittelt, die die Referenzdefinition erfüllten. In den Vorjahren seit 2006 waren jährlich 17 bis 53 Erkrankungsfälle an das RKI übermittelt worden. Vier Männer und 9 Frauen im Erwachsenenalter erkrankten. In den Altersgruppen der 30- bis 59-Jährigen traten 77% (n=10) aller Erkrankungen auf.

Ausbrüche, also Fälle mit gemeinsamer Reiseanamnese, wurden 2011 nicht übermittelt. In der ersten Jahreshälfte wurden 9, in der zweiten 4 Erkrankungen übermittelt. Hämorrhagische Verläufe gemäß WHO-Definition und RKI-Falldefinition sowie Todesfälle traten nicht auf. Zu allen 13 Fällen wurden Infektionsländer genannt, am häufigsten Indien (n=6), gefolgt von Indonesien (n=2). Weitere Infektionsländer mit je einem Erkrankungsfall waren Kenia, Malaysia, Mauritius, die Philippinen sowie Thailand.

Andere Erreger virusbedingter hämorrhagischer Fieber

Im Jahr 2011 wurden in Deutschland keine Infektionen durch Ebola-Virus, Gelbfieber-Virus, Lassa-Virus bzw. Marburg-Virus bekannt.

Dengue

Das Denguevirus, bei dem 4 Serotypen unterschieden werden, wird von vorwiegend tagaktiven Stechmücken in über 100 Ländern der Tropen und Subtropen übertragen.

Es verursacht eine akute fieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen und gelegentlich Hautausschlag. Die schweren, zum Teil tödlichen Verlaufsformen mit diffusen Blutungen (hämorrhagisches Denguefieber) und Kreislaufversagen (Dengue-Schocksyndrom) treten vermehrt bei erneuter Infektion mit einem anderen Serotyp und vor allem bei in Endemiegebieten lebenden Kindern auf.

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 2011 wurden dem RKI gemäß IfSG 288 (Vorjahr: 595) Fälle von Dengue-Fieber übermittelt, die klinisch laboriagnostisch bestätigt waren. Diese Halbierung der Fallzahl entspricht einem Rückgang der Inzidenz auf 0,35 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Bei einer geschätzten Zahl von jährlich 3 Millionen Reisenden in potenzielle Risikogebiete entspricht dies einer Inzidenz von knapp 10 Fällen pro 100.000 Reisenden. Von einer Untererfassung der importierten Dengue-Fälle aufgrund nicht durchgeführter Diagnostik bzw. eingeschränkter Meldeaktivität ist auszugehen.

Das ganze Jahr hindurch wurden Fälle übermittelt, etwas mehr im I. und III. Quartal als im II. und IV. Quartal. Seit 2004 waren bis zu einem Höhepunkt 2010 die Fallzahlen jedes Jahr angestiegen. 2011 nahmen sie erstmals gegenüber dem Vorjahr wieder ab, bis zum Niveau des Jahres 2009 (298 Fälle). 2011 wurden keine Fälle von hämorrhagischem Denguefieber oder Dengue-Schocksyndrom übermittelt.

Bei allen Erkrankungen lagen Informationen zum mutmaßlichen Infektionsland vor (295 Nennungen). In Tabelle 11 sind die 9 meistgenannten Infektionsländer auf-

geführt. Wie schon in den Vorjahren wurde Thailand am häufigsten angegeben (29 % der Nennungen). Es folgen Indien (14 %) und Indonesien (9 %) sowie Brasilien (7 %). Trotz der starken Abnahme an Fallzahlen blieb die Verteilung der Infektionsländer nach Kontinenten nahezu identisch: Auf asiatische Länder entfielen 74 % der Nennungen (Vorjahr: 75 %), auf süd- und mittelamerikanische Länder 20 % (Vorjahr: 21 %), auf afrikanische Länder 6 % (Vorjahr 4 %) und auf Australien/Ozeanien 1 % (Vorjahr 0 %). Fälle mit europäischen Infektionsländern (Vorjahr 1 %) wurden 2011 nicht übermittelt.

Leishmaniose

Die Leishmaniose ist eine Protozoen-Infektion, die durch Leishmanien (verschiedene Spezies) verursacht und durch Phlebotomen (Schmetterlingsmücken; engl.: *sandflies*) übertragen wird. Verschiedene Nagetier-Spezies, aber auch Hunde (und andere Caniden) bilden das Erregerreservoir. Die Infektion ist insbesondere außerhalb Europas weit verbreitet, jedoch auch in Europa bestehen Infektionsgebiete im Süden (Mittelmeerraum, besonders Spanien und Italien), woraus sich wegen der hohen Zahl Reisender aus Deutschland ein nicht unerhebliches Infektionspotenzial ergibt. Die Leishmanien zeigen in Abhängigkeit von der Erregerspezies ein Spektrum der klinischen Symptomatik, das von Hautbefall (kutane Leishmaniose) über Schleimhautbefall (mukokutane Leishmaniose) bis zu potenziell tödlich verlaufenden Organformen (viszerale Leishmaniose) reicht. Weltweit treten schätzungsweise mindestens 1,5–2 Millionen Infektionen und knapp 60.000 Todesfälle pro Jahr auf.

Eine Erfassung und Dokumentation von in Deutschland diagnostizierten Leishmaniose-Fällen am Institut für Tropenmedizin, Berlin (Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Gundel Harms-Zwingenberger) ergab für 2011 insgesamt 10 Fallmeldungen (8 Fälle kutaner Leishmaniose, 2 Fälle viszeraler Leishmaniose). Unter den kutanen Leishmaniose-Fällen wurden 2 Infektionen in Spanien (Mallorca) erworben, 5 Infektionen in Südamerika (Bolivien, Brasilien, Ecuador, Französisch-Guyana, Venezuela) und eine Infektion in Ghana. Die beiden viszeralen Leishmaniosen wurden aus Georgien/Kasachstan und der Dominikanischen Republik importiert.

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Thailand	87	29 %
Indien	41	14 %
Indonesien	26	9 %
Brasilien	20	7 %
Philippinen	9	3 %
Malediven	8	3 %
Vietnam	7	2 %
Malaysia	6	2 %
Pakistan	6	2 %
Andere	85	29 %
Summe	295	100 %

Tab. 11: Dengue-Fieber in Deutschland 2011 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern, IfSG-Melddaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 288 Erkrankungen)

Literaturverzeichnis

1. Danis K, Baka A, Lenglet A, Van Bortel W, Terzaki I, Tseroni M, Detsis M, Papanikolaou E, Balaska A, Gewehr S, Dougas G, Sideroglou T, Economopoulou A, Vakalis N, Tsioufas S, Bonovas S, Kremastinou J: Autochthonous Plasmodium vivax malaria in Greece, 2011. Eurosurveillance 2011; 16(42)
2. Frank C, Schöneberg I, Stark K: Trends in imported Chikungunya virus infections in Germany, 2006-2009. Vector Borne Zoonotic Dis 2011; Epub Mar 31:doi:10.1089/vbz.2010.0269
3. Gjenero-Margan I, Aleraj B, Krajcar D et al.: Autochthonous dengue fever in Croatia, August-September 2010. Euro Surveill. 2011 www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19805
4. 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; www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19677
5. 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
6. Schöneberg, I, Stark, K, Altmann, D, Krause, G: Importierte Malaria in Deutschland – Infektionsländer und Erregerspezies von 1993 bis 2007. Gesundheitswesen 2008 70: 256–261
7. Schöneberg, I: In Deutschland selten auftretende Infektionskrankheiten – Ergebnisse aus der Meldepflicht. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008; 51: 539–546
8. 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
9. 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 3;337:a120. doi: 10.1136/bmj.a120
10. 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 46:3850–3852
11. 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
12. 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. Journal of Travel Medicine 2009 16, 3, 194–199
13. Krause, G, Schöneberg, I, Altmann, D, Stark, K: Chemoprophylaxis and Malaria Death Rates. Emerg Infect Dis 2006; 12, 3: 447–451
14. Santa-Olalla Peralta P, Vazquez-Torres M C, Latorre-Fandós E, Mairal-Claver P, Cortina-Solano P, Puy-Azón A, Adiego Sancho B, Leitmeyer K, Lucientes-Curdi J, Sierra-Moros M J: First autochthonous malaria case due to Plasmodium vivax since eradication, Spain, October 2010. Eurosurveillance 2010; 15(41)
15. 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
16. Wichmann O, Lauschke A, Frank C, et al.: Dengue antibody prevalence in German travelers. Emerg Infect Dis 2005;11:762–5
17. Frank C, Schöneberg I, Krause G, Claus H, Ammon A and Stark K.: Increase in imported dengue, Germany, 2001-2002. Emerg Infect Dis 2004;10:903–6

Bericht aus den Fachgebieten 32 und 35 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI unter Federführung von Dr. Irene Schöneberg, Dr. Christina Frank und Prof. Dr. Klaus Stark. Mitwirkung: Doris Altmann, Dr. Bettina Rosner und Dr. Helen Bernard

Hygiene-Preis/Veranstaltungen**Hygiene-Preis der Rudolf Schülke Stiftung**

Der Preis wird im Jahr 2013 für hervorragende wissenschaftliche Untersuchungen auf den Gebieten HYGIENE – MIKROBIOLOGIE – ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT ausgeschrieben. Erwünscht sind Arbeiten, die sich mit der Prävention und Kontrolle übertragbarer Erkrankungen befassen.

Berücksichtigt werden insbesondere Arbeiten zur Entwicklung und Anwendung von Präventionsstrategien und von antimikrobiell bzw. antiviral wirksamen Stoffen und Verfahren zur Antiseptik, Desinfektion, Konservierung und deren Wechselwirkung mit Mikroorganismen. Arbeiten über den Zusammenhang zwischen solchen Anwendungen und Fragen der Epidemiologie sowie der Ökologie gesundheitlich relevanter Mikroorganismen und über Immunprophylaxe sind ebenso erwünscht wie Arbeiten über Konsequenzen für die Öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsökonomie.

Eingereicht werden können **Arbeiten, die nach dem 01.01.2011** in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder einer Schriftenreihe in deutscher oder englischer Sprache **erschienen sind** bzw. über deren Annahme eine Bescheinigung des Herausgebers vorgelegt wird.

Der Preis ist dotiert mit € 15.000,- und wird im Rahmen einer Feierstunde an eine Einzelpersonlichkeit oder an eine Gruppe verliehen. In Ausnahmefällen kann der Preis geteilt werden. Über die Verleihung entscheidet ein Preisrichterkollegium, dessen Beschluß unanfechtbar ist. Der Rechtsweg bleibt ausgeschlossen.

Bewerber möchten ihre Arbeit bis zum **15.02.2013** als pdf-Datei per E-Mail an

andrea.rodewald@schuelke.com senden.

Alternativ kann die Arbeit in 10-facher Ausfertigung bis zum 15.02.2013 (Poststempel) an das Sekretariat der Rudolf Schülke Stiftung, Robert-Koch-Str. 2, 22851 Norderstedt, gesendet werden. Die Fachvertreter an den Universitäten und entsprechenden Institutionen können Vorschläge für die Verleihung des Preises an die gleichen Adressen richten.

17. Berliner Workshop der DGHM**„18 Monate neues Infektionsschutzgesetz: Was ist passiert?“**

Termin: 18.01.2013 bis 19.01.2013

Wissenschaftliche Leitung:

Institut für Hygiene und Umweltmedizin,
Charité – Universitätsmedizin Berlin
und Nationales Referenzzentrum
für die Surveillance von nosokomialen Infektionen
Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, PD Dr. Elisabeth Meyer
Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin

Veranstaltungsort: Hörsaal des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27 (Eingang Krahrerstraße), 12203 Berlin

Veranstalter: emtec e.V., Institut für Beratung, Fortbildung und Technologien im Gesundheitswesen

Teilnehmergebühr: 90,00 Euro

Zertifizierung: Die Zertifizierung dieser Fortbildungsveranstaltung bei der Ärztekammer Berlin und die Zertifizierung im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender werden beantragt.

Anmeldung Kurzvorträge: Letzter Termin für die Anmeldung von Kurzvorträgen ist der 3.12.2012.

Ansprechpartner:

Ursula Gebhardt
Tel: 030.84453680
Fax: 030.84453682
E-Mail: hygienekurse@charite.de

Nähere Informationen, Programm und Möglichkeit der Online-Anmeldung unter www.nrz-hygiene.de > Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

40. Woche 2012 (Datenstand: 24.10.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.
Baden-Württemberg	83	5.102	5.216	4	82	274	4	234	293	48	1.373	1.926	0	39	70
Bayern	131	5.573	6.353	5	212	411	19	632	788	78	1.971	2.746	0	68	102
Berlin	45	2.401	2.660	0	42	102	10	317	462	15	563	690	0	65	80
Brandenburg	38	1.634	1.952	0	22	56	4	187	281	16	650	611	1	6	6
Bremen	7	343	375	0	5	48	2	18	6	4	91	111	0	4	7
Hamburg	29	1.353	1.892	2	59	561	1	71	148	8	325	353	0	27	39
Hessen	76	2.951	3.596	1	48	139	4	108	145	16	1.020	1.172	0	27	49
Mecklenburg-Vorpommern	38	1.485	2.130	0	20	168	17	473	448	13	435	605	0	1	2
Niedersachsen	80	3.829	4.828	7	156	780	8	522	575	34	1.624	1.775	0	13	14
Nordrhein-Westfalen	259	12.650	14.098	3	243	678	23	931	1.191	95	3.524	4.141	1	54	56
Rheinland-Pfalz	61	2.875	3.218	2	95	137	3	198	197	17	890	1.004	1	20	36
Saarland	15	865	914	1	9	15	0	31	47	5	175	213	0	3	2
Sachsen	119	4.263	4.985	0	82	136	21	684	702	31	1.424	1.301	0	22	33
Sachsen-Anhalt	32	1.339	1.433	0	30	63	16	425	509	30	922	959	0	5	12
Schleswig-Holstein	39	1.702	2.377	4	58	919	1	65	103	10	411	542	0	5	8
Thüringen	33	1.527	1.632	3	46	86	17	332	460	14	1.134	933	0	12	8
Deutschland	1.085	49.892	57.659	32	1.209	4.573	150	5.228	6.355	434	16.532	19.082	3	371	524

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.
Baden-Württemberg	2	111	141	73	6.512	7.021	16	3.338	3.827	8	422	460	5	48	40
Bayern	9	300	314	112	11.914	9.994	29	4.214	6.055	18	600	597	1	86	48
Berlin	0	57	59	87	2.886	2.817	5	1.747	1.367	7	313	322	0	82	63
Brandenburg	0	73	81	84	3.786	3.199	9	1.674	2.716	1	69	65	0	27	18
Bremen	0	11	14	5	583	512	2	100	275	0	16	15	0	5	5
Hamburg	1	66	70	30	2.540	2.581	5	1.165	1.118	1	111	115	0	20	13
Hessen	3	117	162	36	4.776	3.595	12	1.676	2.224	8	237	271	3	79	62
Mecklenburg-Vorpommern	1	35	51	39	2.851	3.253	10	1.359	3.085	1	100	150	2	58	57
Niedersachsen	5	160	263	55	8.100	6.343	10	2.666	3.619	2	163	147	3	87	64
Nordrhein-Westfalen	8	390	514	109	15.337	17.005	39	5.911	7.745	6	642	575	7	236	120
Rheinland-Pfalz	2	132	176	44	4.219	4.420	6	2.150	1.668	2	131	150	2	35	27
Saarland	0	21	20	8	1.392	1.121	1	542	396	1	22	23	0	2	2
Sachsen	7	243	318	328	9.084	8.029	27	2.778	9.349	9	241	223	4	115	78
Sachsen-Anhalt	3	129	146	106	4.862	4.612	12	2.002	2.914	3	82	61	5	56	24
Schleswig-Holstein	3	62	109	24	2.292	3.075	4	1.057	1.294	1	53	49	0	10	3
Thüringen	6	211	226	96	4.914	4.107	11	1.921	3.049	2	54	39	2	45	14
Deutschland	50	2.118	2.664	1.236	86.048	81.684	198	34.300	50.701	70	3.256	3.262	34	991	638

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

40. Woche 2012 (Datenstand: 24.10.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	2	48	47	1	45	42	15	617	584
Bayern	6	74	53	0	87	89	11	739	880
Berlin	0	40	69	1	43	59	6	431	437
Brandenburg	0	15	22	0	8	13	0	56	61
Bremen	0	5	17	1	8	13	0	18	17
Hamburg	0	20	75	1	30	33	0	110	108
Hessen	0	33	33	0	37	58	4	251	263
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	5	0	14	5	1	51	26
Niedersachsen	1	62	89	0	22	40	2	223	255
Nordrhein-Westfalen	3	129	101	1	104	126	6	523	467
Rheinland-Pfalz	0	28	24	0	40	47	2	157	184
Saarland	0	4	7	0	16	14	1	65	53
Sachsen	1	9	13	0	24	37	4	223	206
Sachsen-Anhalt	1	15	15	3	18	17	2	77	109
Schleswig-Holstein	0	15	9	0	10	14	1	141	126
Thüringen	1	11	18	1	10	9	3	88	80
Deutschland	15	513	597	9	516	616	58	3.770	3.856

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	0	34	31	0	19	523	6	371	417
Bayern	2	37	36	0	65	427	9	484	524
Berlin	0	14	24	0	16	157	1	252	241
Brandenburg	0	3	10	0	0	26	1	68	60
Bremen	0	3	1	0	2	1	0	38	42
Hamburg	1	8	5	0	3	45	1	115	113
Hessen	0	15	22	0	17	121	4	310	344
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	0	3	0	64	79
Niedersachsen	0	29	20	0	7	55	7	227	245
Nordrhein-Westfalen	1	55	63	0	18	100	24	838	846
Rheinland-Pfalz	0	19	28	0	4	29	1	130	125
Saarland	0	3	2	0	0	31	0	21	35
Sachsen	1	12	13	0	0	23	1	104	98
Sachsen-Anhalt	0	12	3	0	0	0	0	79	83
Schleswig-Holstein	0	8	13	0	2	27	0	67	55
Thüringen	0	7	12	0	0	1	2	63	61
Deutschland	5	261	287	0	153	1.569	57	3.231	3.368

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

40. Woche 2012 (Datenstand: 24.10.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	40. Woche	1.–40. Woche	1.–40. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	34	1.336	320	674
Brucellose	0	20	19	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	85	104	134
Dengue-Fieber	11	385	223	288
FSME	1	153	385	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	54	862	880
Hantavirus-Erkrankung	24	2.615	148	305
Hepatitis D	1	11	11	16
Hepatitis E	3	293	184	238
Influenza	0	10.565	43.635	43.769
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	5	214	199	271
Legionellose	18	506	496	644
Leptospirose	0	54	36	51
Listeriose	10	306	243	338
Ornithose	0	11	15	16
Paratyphus	1	30	52	58
Q-Fieber	2	165	269	285
Trichinellose	0	1	2	3
Tularämie	0	13	13	17
Typhus abdominalis	4	46	53	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Autochthone Dengue-Fieber-Fälle auf Madeira

Auf der portugiesischen Insel Madeira wurden am 04.10.2012 erstmals laborbestätigte, autochthone Dengue-Fieber-Fälle gemeldet. Bis zum 24.10.2012 wurden von den portugiesischen Gesundheitsbehörden 52 bestätigte Fälle sowie 404 Verdachtsfälle registriert. 40 Patienten mussten hospitalisiert werden. Epidemiologische Untersuchungen vor Ort wurden eingeleitet. Die Bevölkerung wurde über individuelle Maßnahmen zum Schutz gegen Insektenstiche informiert. Seit 2004 ist bekannt, dass der Vektor für Dengue-Fieber, *Aedes aegyptii*, auf der Insel vorkommt. Der Vektor wurde bisher nicht auf dem portugiesischen Festland beobachtet.

Britische, französische und schwedische Gesundheitsbehörden meldeten bis zum 25.10.2012 insgesamt 4 Fälle von Dengue-Fieber bei Urlaubsrückkehrern. Madeira ist ein beliebtes Urlaubsziel im Herbst. Bei Madeira-Reisenden, die innerhalb von 2 Wochen nach Rückkehr wegen einer fieberhaften Erkrankung einen Arzt aufsuchen, sollte Denguefieber in der Differentialdiagnose bedacht werden. Gemäß IfSG § 7 sind Dengue-Virus-Infektionen melde- und übermittlungspflichtig – auch bei nicht hämorrhagischem Verlauf. In der reisemedizinischen Beratung sollten Reisende nach Madeira auf das Dengue-Infektionsrisiko hingewiesen werden. Die übertragenden Mücken sind auch tagaktiv. Durch einen geeigneten Mückenschutz (Repellentien für die Haut und Kleidung) kann das Infektionsrisiko reduziert werden.

Zur aktuellen Situation bei ARE / Influenza für die 42. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 42. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex liegen bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation

► Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Für die 41. KW 2012 berichteten alle 24 Länder, die dazu Angaben an EISN sandten, über niedrige klinische Aktivität. Weitere Informationen unter: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/WISO_121019_w41.pdf

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 42. KW 2012 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI und dem NRZ für Influenza am RKI, erhältlich unter <http://influenza.rki.de/>.

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 allgemeiner 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