



# Epidemiologisches Bulletin

12. November 2012 / Nr. 45

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Fallbericht des Nachweises eines multiresistenten *Klebsiella-pneumoniae*-Isolates bei einem Patienten

Am 18. November findet alljährlich der Europäische Antibiotikaresistenztag statt. Er soll das Bewusstsein für die Bedrohung durch Antibiotikaresistenzen schärfen. Aktuelle Daten bestätigen, dass in den vergangenen Jahren Resistenzen bei gramnegativen Erregern deutlich zugenommen haben. Nachfolgend wird der Fall des Nachweises eines multiresistenten *Klebsiella-pneumoniae*-Isolates mit bisher in Deutschland seltener zusätzlicher Colistin-Resistenz bei einem Patienten, der in einer ländlichen Region behandelt wurde, vorgestellt.

### Einleitung

In den letzten Jahren hat die Prävalenz von multiresistenten gramnegativen Erregern weltweit zugenommen. Neben den 3.-Generations-Cephalosporin-resistenten Enterobakterien werden zunehmend auch Carbapenem-resistente Enterobakterien nachgewiesen. Ursächlich für letztere ist die Ausbreitung bestimmter Carbapenemasen, die von den Bakterien produziert werden. Diese sind in der Lage, Carbapeneme und fast alle anderen  $\beta$ -Laktam-Antibiotika zu hydrolysieren und damit zu inaktivieren. In Deutschland werden am häufigsten die Carbapenemasen OXA-48, KPC-2 und KPC-3 nachgewiesen.<sup>1</sup> Neben einer Carbapenem-Resistenz bestehen häufig weitere Resistenzen, sodass oft nur noch die Antibiotika Colistin oder Tigecyclin wirksam sind.

Im Folgenden berichten wir über den bisher in Deutschland sehr seltenen Fall einer Isolierung eines multiresistenten *Klebsiella-pneumoniae*-Isolates mit zusätzlicher Colistin-Resistenz von einem Patienten, der in einer Kreisklinik in einer ländlich geprägten Region in Bayern stationär betreut wurde.

### Fallbeschreibung

Im Landkreis Fürstentfeldbruck ist erstmalig im Juni 2012 der Fall einer Isolierung eines multiresistenten *K.-pneumoniae*-Isolates an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet worden. Es handelte sich um einen Nachweis aus der Operationswunde an der Hüfte eines 76-jährigen Patienten. Das Resistogramm wies Resistenzen gegen alle getesteten Antibiotika einschließlich Colistin auf (s. Tab. 1 S. 454). Nach dem Vorschlag einer internationalen Klassifikation lag ein extensiv resistentes *K.-pneumoniae*-Isolat vor.<sup>2</sup> Ob auch eine Panresistenz vorlag, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, da das Antibiotikum Tigecyclin (keine Therapieindikation, palliative Behandlung des Patienten) nicht getestet wurde. Der Stamm wurde im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger in Bochum weiter untersucht. Im NRZ konnte eine Carbapenemase vom Typ KPC-3 nachgewiesen werden. Zusätzlich wurde *Escherichia coli* aus dem Wundabstrich isoliert. Das Resistogramm wies für das *E.-coli*-Isolat keine Besonderheiten auf.

Der betroffene Patient hatte sich in den letzten Monaten wegen Nachblutungen und später auch Protheseninfektion nach einer Hüftgelenkersatzoperation zahlreichen Operationen unterziehen müssen. Nach Diagnose einer

Diese Woche

45/2012

### Antibiotikaresistenz

Fallbericht des Nachweises eines multiresistenten *Klebsiella-pneumoniae*-Isolates

### Publikationshinweise

- ▶ Neue Empfehlung der KRINKO zu Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Bakterien
- ▶ Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

### Erratum/Kommentar

Hinweise zu den Ausgaben 41 und 42/2012 des *Epidemiologischen Bulletin*s

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik  
42. Woche 2012

### Malaria

Deutliche Zunahme importierter Fälle aus Pakistan in Deutschland

### ARE/Influenza

Zur Situation in der  
44. Woche 2012



Resistenztest	<i>K. pneumoniae</i>
Tetracyclin	R
Cotrimoxazol	R
Penicillin	R
Oxacillin	R
Ampi-/Amoxicillin	R
Amox-Clav/Ampi-Sulb.	R
Piperacillin	R
Pip.-Tazobactam	R
Cefuroxim/Cefotiam	R
Cefixim	R
Cefotaxim/Ceftriaxon	R
Cefpodoxim	R
Ceftazidim	R
Imipenem	R
Meropenem	R
Ertapenem	R
Ciprofloxacin	R
Levofloxacin	R
Moxifloxacin	R
Gentamicin	R
Tobramycin	R
Amikacin	R
Erythromycin	R
Clindamycin	R
Fosfomicin	R
Polymyxin B	R
Colistin	R

Tab. 1: Resistogramm der nachgewiesenen *Klebsiella pneumoniae*

malignen Erkrankung wurde der Patient sieben Wochen vor dem Nachweis der hier beschriebenen multiresistenten *Klebsiella* zur Hemipelvektomie in ein norddeutsches Tumorzentrum verlegt. Nach Auskunft dieses Krankenhauses waren zu dem Zeitpunkt keine Fälle von multiresistenten Klebsiellen bei anderen Patienten bekannt geworden. Allerdings wurde in dem Krankenhaus auch kein generelles Screening auf multiresistente Erreger durchgeführt. Nach Rückverlegung in das hiesige Krankenhaus entwickelte sich eine postoperative Wundinfektion. Im Abstrich konnten ESBL-bildende *E. coli* nachgewiesen werden, sodass der Patient sechs Wochen lang vor Nachweis der multiresistenten *Klebsiella* mit einem Carbapenem (Meropenem) behandelt wurde.

Entsprechend der „Konsensusempfehlung Baden-Württemberg: Umgang mit Patienten mit hochresistenten

Enterobakterien inklusive ESBL-Bildnern“<sup>3</sup> wurden nach Bekanntwerden des Nachweises multiresistenter *K. pneumoniae* die Isolierungs- und Barrieremaßnahmen intensiviert. Da bei dem Patienten eine Diarrhö bestand, war er zum Zeitpunkt des Nachweises schon in einem Einzelzimmer untergebracht. Die weiteren, mit dem Gesundheitsamt abgestimmten Maßnahmen, bestanden in einer intensiven Hygieneschulung des Personals, einer Instruktion der Angehörigen hinsichtlich des Verhaltens beim Besuch des Patienten und einer Eingrenzung des Personals, welches das Zimmer des Patienten betreten durfte. Des Weiteren wurde ein zweimaliges Screening aller Patienten, die länger als drei Tage auf der betroffenen Station behandelt wurden, durchgeführt (jeweils Untersuchung eines Analabstrichs und einer Urinprobe). Im Screening zeigten sich in der Klinik keine weiteren Fälle.

Einen Tag nach Meldung des oben genannten ersten Falls wurde ein zweiter Patient mit einer Besiedlung durch eine multiresistente *K. pneumoniae* bekannt, der zeitgleich mit dem erstgenannten Patienten auf der gleichen Station behandelt und vor Bekanntwerden des Befunds in ein anderes Krankenhaus verlegt worden war. Zwischen den Krankenhäusern fand von Anfang an ein umfassender Informationsaustausch statt. Die Resistenztests der beiden Klebsiellen waren identisch. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um klonal identische Isolate handelte. Es erfolgte jedoch keine weitere Untersuchung des Isolats des zweiten Patienten.

#### Fazit

Durch das Verlegen von Patienten in verschiedene Kliniken aufgrund unterschiedlicher medizinischer Spezialisierungen bundesweit kann es auch in bisher nicht betroffenen Bundesländern und Landkreisen zum Auftreten seltener multiresistenter Bakterien kommen. Bisher wurden Isolate, die KPC bilden sowie zusätzlich Colistin-resistent sind, nur außerhalb Deutschlands, z. B. in Griechenland, beschrieben.<sup>4,5</sup> Die umgehend durchgeführten Hygienemaßnahmen konnten eine größere Ausbreitung des Erregers verhindern. Dabei war die offene und intensive Kommunikation aller Beteiligten von großer Bedeutung.

#### Literatur

1. Kaase M: Nachweis von Carbapenemasen im Jahr 2010. *Epid Bull* 2011; 32:1–4
2. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, Harbarth S, Hindler JF, Kahlmeter G, Olsson-Liljequist B, Paterson DL, Rice LB, Stelling J, Struelens MJ, Vatopoulos A, Weber JT, Monnet DL: Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect*. 2012 Mar;18(3):268–81.
3. Von Baum H, Dettenkofer M, Heeg P, Schröppel K, Wendt C: Konsensusempfehlung Baden-Württemberg: Umgang mit Patienten mit hochresistenten Enterobakterien inklusive ESBL-Bildnern. *Hyg Med* 2010; 35[1/2]:40–45

4. Zagorianou A, Sianou E, Iosifidis E, Dimou V, Protonotariou E, Miyakis S, Roilides E, Sofianou D: Microbiological and molecular characteristics of carbapenemase-producing *K. pneumoniae* endemic in a tertiary Greek hospital during 2004–2010. *Euro Surveill.* 2012;17(7):pii=20088.
5. Poulou A, Voulgari E, Vrioni G, Xidopoulos G, Pliagos A, Chatzipantazi V, Markou F, Tsakris A: Imported *K. pneumoniae* Carbapenemase-Producing *K. pneumoniae* Clones in a Greek Hospital: Impact of Infection Control Measures for Restraining their Dissemination. *J Clin. Microbiol.* August 2012 vol. 50 no. 8:2618–2623

Für diesen Bericht danken wir Dr. Marion Scharte, MPH (Gesundheitsamt Fürstentfeldbruck) sowie Dr. Hermann Schubert (Klinikum Fürstentfeldbruck). Dr. Scharte steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: Marion.Scharte@ira-ffb.bayern.de).

## Hinweise auf Publikationen

### Neue Empfehlung der KRINKO zu Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Bakterien

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) hat kürzlich Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Bakterien erarbeitet. Diese Empfehlungen sind in der Oktober-Ausgabe des Bundesgesundheitsblatts veröffentlicht (s. u.) und auch auf den RKI-Internetseiten abrufbar ([www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektions- und Krankenhaushygiene > Empfehlungen der KRINKO > Bekämpfung und Kontrolle).

Empfehlung der KRINKO beim RKI: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2012; 55:1311–1354

**Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE kompakt 5/2012: Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?** Im Mittelpunkt der September-Ausgabe steht das Thema Prävention. Die Autorinnen stellen anhand der Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) aus dem Jahr 2009 dar, welche verhaltenspräventiven Maßnahmen von den Befragten wahrgenommen werden. Zusätzlich wurde analysiert, welche Faktoren eine

### Spezialdiagnostik und Beratung

#### Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger

NRZ für gramnegative Krankenhauserreger  
Abteilung für Medizinische Mikrobiologie  
Ruhr-Universität Bochum  
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum

Leitung: Prof. Dr. Sören G. Gatermann  
Vertretung: Dr. Martin Kaase  
Tel.: 0234.32-27467 (Prof. Gatermann)  
0234.32-26938 oder 0234.010-3241 (Dr. Kaase)  
Fax: 0234.32-14197  
E-Mail: soeren.gatermann@rub.de  
martin.kaase@rub.de  
Homepage: <http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/>

Rolle spielen können, um an diesen Maßnahmen teilzunehmen. Die Ergebnisse zeigen z. B., dass Frauen doppelt so häufig wie Männer die Angebote besuchen. Auch Unterschiede nach Sozialstatus werden deutlich: Personen mit niedrigem Sozialstatus nehmen die Angebote seltener wahr. (Erschienen: 13. September 2012)

**GBE kompakt 4/2012: Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland:** Die vierte Ausgabe von GBE kompakt in diesem Jahr beschäftigt sich mit dem Thema „Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland“. Es werden Früherkennungsmaßnahmen von Tumoren der Haut und des Darms, der Gebärmutter und der Brustdrüse bei Frauen sowie der Prostata bei Männern näher betrachtet. Dazu werden zunächst epidemiologische Zahlen zur jeweiligen Krebserkrankung vorgestellt, um im Anschluss auf Maßnahmen zur Früherkennung einzugehen. Ausgewertet wurden Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten, der Todesursachenstatistik sowie Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten, u. a. aus GEDA 2010. (Erschienen: 6. August 2012)

GBE kompakt ist eine Online-Publikationsreihe, alle Ausgaben sind erhältlich unter [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt).

## Hinweise zu den Ausgaben 41/2012 und 42/2012 des *Epidemiologischen Bulletins*

### Kommentar zum Editorial anlässlich des Weltpoliotags im *Epid. Bull.* 42/2012

Im Beitrag zum Weltpoliotag im *Epidemiologischen Bulletin* 42/2012 sollten insbesondere die globalen Erfolge bei der Polioeradikation dargestellt werden. Es wurde im Editorial unter anderem erwähnt, dass in diesem Jahr vielerorts in Deutschland die Einführung der Polioimpfung vor 50 Jahren gewürdigt wurde. Dieses Impfbiläum bezog sich auf den flächendeckenden Einsatz des Lebendimpfstoffes in Deutschland. Diese Aussage war jedoch im oben genannten Editorial nicht eindeutig. Denn in der ehemaligen DDR wurde die Polioimpfung (OPV) bereits 1960 eingeführt. Die Impferfolge stellten sich in der DDR dann ebenfalls zwei Jahre früher ein: 1960 gab es 126 Erkrankungen an Poliomyelitis; 1962 waren es nur noch zwei Polioerkrankungen. Vor

Einführung der Impfung hatte es im Jahr 1959 958 Poliofälle gegeben. Diese Erfolge entsprachen der Ansicht Sabins, dass es mit gutem Management möglich sein wird, binnen sehr kurzer Zeit die Poliomyelitis mit Hilfe von Impfungen nahezu zu eliminieren.

### Erratum zu Ausgabe 41/2012 des *Epidemiologischen Bulletins*

In Tabelle 3 auf Seite 413 der Ausgabe 41/2012 des *Epidemiologischen Bulletins* wurden einige Zahlen in der zweiten und dritten Spalte korrigiert. Die berechneten Impfeffektivitäten und Schlussfolgerungen sind richtig und bleiben bestehen.

Die Tabelle 3 kann in der Internet-Ausgabe unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin in der korrigierten Fassung aufgerufen werden.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

42. Woche 2012 (Datenstand: 7.11.2012)

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
	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.
Baden-Württemberg	106	5.340	5.497	2	86	277	7	257	321	51	1.464	2.024	1	43	72
Bayern	142	5.844	6.710	3	220	427	25	685	843	57	2.103	2.881	3	73	104
Berlin	72	2.553	2.795	2	45	103	11	347	495	16	601	746	0	65	84
Brandenburg	57	1.743	2.047	1	23	58	6	204	290	16	690	649	0	6	6
Bremen	8	364	394	0	5	48	1	19	7	2	95	124	0	4	7
Hamburg	34	1.432	1.955	0	60	563	1	76	149	5	349	374	4	32	39
Hessen	75	3.108	3.780	2	50	140	1	112	151	27	1.069	1.232	0	28	51
Mecklenburg-Vorpommern	67	1.604	2.236	1	22	170	26	520	478	10	458	637	0	1	2
Niedersachsen	95	4.037	5.031	3	164	791	27	567	627	42	1.704	1.884	2	15	14
Nordrhein-Westfalen	334	13.337	14.948	5	258	692	15	990	1.258	69	3.688	4.426	4	60	60
Rheinland-Pfalz	75	3.038	3.402	3	103	140	6	210	209	19	935	1.058	0	21	41
Saarland	8	897	970	1	10	16	2	35	48	1	182	221	0	3	2
Sachsen	108	4.522	5.214	4	89	140	43	754	750	39	1.494	1.395	0	23	37
Sachsen-Anhalt	30	1.402	1.518	1	32	65	22	453	539	38	979	1.056	1	6	12
Schleswig-Holstein	45	1.813	2.495	0	62	924	0	66	118	9	435	581	0	5	8
Thüringen	28	1.599	1.705	0	47	88	6	349	479	15	1.162	979	1	13	10
<b>Deutschland</b>	<b>1.284</b>	<b>52.633</b>	<b>60.697</b>	<b>28</b>	<b>1.276</b>	<b>4.642</b>	<b>199</b>	<b>5.644</b>	<b>6.762</b>	<b>416</b>	<b>17.408</b>	<b>20.267</b>	<b>16</b>	<b>398</b>	<b>549</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.	42.	1.-42.	1.-42.
Baden-Württemberg	1	116	144	74	6.695	7.190	16	3.384	3.868	8	443	491	2	53	43
Bayern	6	311	333	128	12.194	10.237	33	4.276	6.117	14	635	630	3	91	50
Berlin	0	58	63	79	3.041	2.874	11	1.766	1.371	5	328	349	5	92	74
Brandenburg	3	79	87	113	4.009	3.296	6	1.688	2.770	2	72	68	0	28	23
Bremen	0	11	15	8	596	519	1	102	276	0	16	16	1	6	5
Hamburg	0	70	70	37	2.648	2.631	4	1.174	1.137	1	114	119	0	21	14
Hessen	1	121	168	54	4.897	3.706	8	1.694	2.241	3	250	287	1	82	67
Mecklenburg-Vorpommern	0	36	55	47	2.945	3.357	11	1.380	3.109	3	105	156	3	62	65
Niedersachsen	6	167	268	93	8.275	6.478	21	2.701	3.649	4	168	151	3	92	65
Nordrhein-Westfalen	5	407	551	194	15.700	17.320	46	6.022	7.842	15	678	608	7	248	132
Rheinland-Pfalz	4	138	184	48	4.316	4.491	9	2.163	1.681	2	138	160	1	37	31
Saarland	1	23	21	6	1.404	1.145	1	546	397	0	22	26	0	2	3
Sachsen	8	269	333	302	9.712	8.329	17	2.836	9.383	6	258	232	6	130	90
Sachsen-Anhalt	2	132	155	190	5.213	4.851	10	2.018	2.927	3	87	65	6	64	26
Schleswig-Holstein	3	67	113	21	2.340	3.113	4	1.066	1.305	1	57	50	0	11	5
Thüringen	1	217	238	93	5.109	4.229	15	1.947	3.084	1	55	39	0	45	15
<b>Deutschland</b>	<b>41</b>	<b>2.222</b>	<b>2.798</b>	<b>1.487</b>	<b>89.094</b>	<b>83.766</b>	<b>213</b>	<b>34.763</b>	<b>51.157</b>	<b>68</b>	<b>3.426</b>	<b>3.447</b>	<b>38</b>	<b>1.064</b>	<b>708</b>

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

42. Woche 2012 (Datenstand: 7.11.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	2	56	51	1	47	47	19	655	614
Bayern	4	79	56	0	88	96	19	783	926
Berlin	1	44	72	2	45	62	5	444	469
Brandenburg	1	16	23	0	8	13	0	60	61
Bremen	0	5	17	1	9	13	1	19	17
Hamburg	1	21	77	0	32	35	1	113	110
Hessen	1	37	33	1	38	60	8	267	273
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	6	0	14	5	0	51	29
Niedersachsen	2	63	93	2	26	41	10	241	267
Nordrhein-Westfalen	1	134	116	4	110	131	16	548	487
Rheinland-Pfalz	1	29	24	0	41	49	3	167	197
Saarland	0	4	8	0	16	14	0	68	54
Sachsen	1	11	14	1	26	37	8	244	224
Sachsen-Anhalt	2	18	15	0	18	17	1	80	113
Schleswig-Holstein	2	17	10	1	11	16	1	146	133
Thüringen	0	11	18	0	11	9	0	91	83
<b>Deutschland</b>	<b>19</b>	<b>550</b>	<b>633</b>	<b>13</b>	<b>540</b>	<b>645</b>	<b>92</b>	<b>3.977</b>	<b>4.057</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	1	37	32	0	19	524	5	387	440
Bayern	0	40	37	0	65	430	11	508	558
Berlin	2	16	24	0	16	158	6	260	250
Brandenburg	0	3	10	0	0	26	0	72	61
Bremen	0	3	1	0	2	1	2	40	43
Hamburg	0	8	5	0	3	45	1	119	121
Hessen	0	17	23	0	17	121	3	325	355
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	4	0	0	3	0	66	82
Niedersachsen	2	31	23	0	7	55	7	246	257
Nordrhein-Westfalen	1	58	68	1	19	100	18	887	892
Rheinland-Pfalz	0	19	28	0	4	29	6	142	132
Saarland	0	3	2	0	0	32	0	21	36
Sachsen	1	13	13	0	0	23	0	105	98
Sachsen-Anhalt	1	13	3	0	0	0	3	87	83
Schleswig-Holstein	0	9	13	0	2	27	0	66	56
Thüringen	0	7	12	0	0	2	0	64	62
<b>Deutschland</b>	<b>8</b>	<b>280</b>	<b>298</b>	<b>1</b>	<b>154</b>	<b>1.576</b>	<b>62</b>	<b>3.395</b>	<b>3.526</b>

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

42. Woche 2012 (Datenstand: 7.11.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	42. Woche	1.–42. Woche	1.–42. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	27	1.458	346	674
Brucellose	1	22	19	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	92	109	134
Dengue-Fieber	12	411	234	288
FSME	2	159	399	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	57	868	880
Hantavirus-Erkrankung	20	2.638	164	305
Hepatitis D	0	12	13	16
Hepatitis E	4	300	188	238
Influenza	6	10.574	43.647	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	222	209	271
Legionellose	11	523	528	644
Leptospirose	1	61	42	51
Listeriose	7	323	261	338
Ornithose	0	11	15	16
Paratyphus	0	30	52	58
Q-Fieber	4	177	273	285
Trichinellose	0	1	3	3
Tularämie	1	14	13	17
Typhus abdominalis	0	47	53	59

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

### Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

#### Deutliche Zunahme der Malaria-Fälle aus Pakistan in Deutschland

In den letzten Wochen wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) vermehrt Malaria-Fälle mit Infektionsland **Pakistan** gemeldet. Bis zum 07.11.2012 waren es für 2012 insgesamt 31 Fälle, in den Jahren seit 2001 hingegen wurden jährlich zwischen 0 und 8 Fälle (2011) gemeldet. Es handelte sich überwiegend um **Infektionen durch Plasmodium vivax**. Die Zahl der mit Infektionsland Indien registrierten Fälle liegt 2012 dagegen mit bisher 13 Fällen im Bereich der Vorjahre (2011: 17 Fälle).

**Hinweis:** Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch.

#### Zur aktuellen Situation bei ARE / Influenza für die 44. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 44. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex liegen bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität. (Datenstand 06.11.2012). Weitere Informationen unter: <http://influenza.rki.de/>

#### Internationale Situation

##### ► Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Für die 43. KW 2012 berichteten alle 18 Länder, die dazu Angaben an EISN sandten, über niedrige klinische Aktivität. Weitere Informationen unter: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/121101-SUR-WISO.pdf>

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht für die 44. Woche 2012 der Arbeitsgemeinschaft Influenza des 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](mailto: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](mailto:Seedatj@rki.de)

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: [MarcusU@rki.de](mailto:MarcusU@rki.de)

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459

E-Mail: [FehrmannS@rki.de](mailto: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](mailto: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](http://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