



Epidemiologisches Bulletin

15. April 2013 / Nr. 15

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Fallbericht: Zwei Erkrankungen an Meningokokken der Serogruppe B in derselben Familie im Abstand von 11 Monaten

Schilderung der Fälle

Am Mittag des 26. 3. 2012 erkrankte eine 23-jährige Frau, Mutter zweier Kinder im Alter von 4 1/2 und 3 Jahren, an starken Kopfschmerzen, Schmerzen im rechten Bein und rechten Arm sowie an Fieber von 39,5 °C. Nach rascher Verschlechterung des Allgemeinzustandes erfolgte gegen Mitternacht die Notfallaufnahme in einer Neurologischen Klinik. Die Patientin musste intensivmedizinisch bei schwerer Bewusstseinsstörung, psychomotorischer Unruhe und Zeichen einer Verbrauchskoagulopathie mit vermindertem Spontan-Quick und reduzierten Thrombozytenzahlen behandelt werden. Ein typischer Meningismus und petechiale Hauteinblutungen im Sinne eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms bestanden bei Aufnahme nicht.

Die Lumbalpunktion am 27. 3. 2012 ergab eitrigem Liquor. Bei den Laboruntersuchungen gelang kein mikroskopischer Erregernachweis, auch nach Anreicherung des Liquors ergab sich kein kultureller Nachweis. Die Patientin war noch am 26. 3. 2012 ambulant mit Ceftriaxon antibiotisch vorbehandelt worden. Weitere Untersuchungen einschließlich CT-Untersuchungen der Schädelbasis ergaben keinen Hinweis auf eine mögliche Eintrittspforte für eine bakterielle Meningitis. Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt am 28. 3. 2012 sandte das Labor den Liquor zur molekularbiologischen Untersuchung an das Nationale Referenzzentrum für Meningokokken (NRZM) in Würzburg.

Trotz fehlendem mikroskopischen als auch kulturellem Nachweis entschloss sich das Gesundheitsamt Schweinfurt nach Eingang der Verdachtsmeldung, eine medikamentöse Prophylaxe beim Ehepartner (mit Ciprofloxacin), den beiden Kindern (mit Rifampicin) und bei einigen besonders engen Kontaktpersonen (weitere 3 Personen, darunter eine schwangere Frau, die mit Ceftriaxon behandelt wurde) zu veranlassen.

Der molekularbiologische Befund des NRZM vom 5. 4. 2012 bestätigte im Nachhinein die Richtigkeit dieses Vorgehens durch den Nachweis von *Neisseria meningitidis*. Es wurde das Serogruppe-B-spezifische *siaD*-Gen nachgewiesen.

Die junge Frau wurde drei Wochen lang stationär im Krankenhaus behandelt. Daran schloss sich eine vierwöchige Rehabilitationsmaßnahme an. Etwa zwei Monate später hatte sie sich weitestgehend erholt und konnte ihre Arbeit wieder aufnehmen. Sie leidet aber noch heute unter häufigen Kopfschmerzen.

Am Sonntagabend, dem 24. 2. 2013, musste die inzwischen 5 1/2 Jahre alte Tochter mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Petechien, eitrigem Liquor und Zeichen einer Verbrauchskoagulopathie notfallmäßig in einer Kinderklinik aufgenommen werden. Das Mädchen war 11 Monate zuvor in die Umgebungsprophylaxe bei der Erkrankung der Mutter einbezogen gewesen. Obwohl keine aktuelle antibiotische Vorbehandlung angegeben wurde, waren auch in diesem Fall sowohl der mikroskopische als auch der kulturelle Erregernachweis negativ.

Diese Woche

15/2013

Meningokokken-Erkrankungen

Zwei Erkrankungen in derselben Familie innerhalb von 11 Monaten

Ausschreibung

Stellenausschreibung des RKI für die Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Januar 2013
- ▶ Aktuelle Statistik 12. Woche 2013

ARE/Influenza

- ▶ Zur Situation in der 14. Woche 2013



Angesichts der klinisch eindeutigen Symptomatik, die kaum einen Zweifel an einer Meningokokken-Meningitis ließ, entschloss sich das Gesundheitsamt wiederum, den engen Kontaktpersonen eine medikamentöse Prophylaxe zu empfehlen. Dies war mit erheblichem Aufwand verbunden, da das Mädchen bis zwei Tage vor Krankheitsbeginn den Kindergarten besucht hatte. Die Eltern der Kinder derselben Kindergartengruppe und derselben Vorschulgruppe wurden vom Gesundheitsamt schriftlich ausführlich informiert und erhielten die Empfehlung, ihren Kindern über den Hausarzt bzw. Kinderarzt eine medikamentöse Prophylaxe verordnen zu lassen. Die Ärzte des Gesundheitsamtes standen telefonisch für Fragen zur Verfügung.

Unter antibiotischer Behandlung mit Cefotaxim bildeten sich die Krankheitssymptome rasch wieder zurück. Das Mädchen konnte am 12. 3. 2013 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Eine Woche später besuchte es wieder den Kindergarten.

Auch in diesem Fall bestätigte das am 4. 3. 2013 eintreffende Befundergebnis des NRZM die Richtigkeit der Vorgehensweise – wiederum wurden bei der molekularbiologischen Untersuchung Meningokokken der Serogruppe B nachgewiesen.

Allerdings ergab die weitere Feintypisierung, dass es sich bei Mutter und Tochter um unterschiedliche Feintypen handelte und dass somit kein epidemiologischer Zusammenhang zwischen den 11 Monate auseinanderliegenden Erkrankungen bestand.

Molekularbiologische Untersuchungsbefunde des NRZM

Die Feintypisierung erfolgte am NRZM nach der üblichen Formel Serogruppe: PorA – VR1, PorA – VR2; FetA.

PorA und FetA sind äußere Membranproteine, die in verschiedenen Varianten vorkommen; VR1 und VR2 sind variable Regionen des PorA. Das Außenmembranprotein FetA konnte in beiden Fällen jedoch nicht nachgewiesen werden. Der molekulare Erregernachweis und die Feintypisierung ergaben bei der Mutter **B:Pt.19-1,13-1** und bei der Tochter **B:Pt.22,14**. Somit konnte ausgeschlossen werden, dass es sich um den gleichen genetischen Feintyp handelte.

Diskussion

Bei den beiden genannten Fällen aus derselben Familie handelte es sich um die einzigen Fälle von Meningokokken-Erkrankungen im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes Schweinfurt im gesamten Jahr 2012 und in den ersten beiden Monaten des Jahres 2013.

Das Robert Koch-Institut weist in seinem „Ratgeber für Ärzte zu Meningokokken-Erkrankungen“ (Stand 3. 8. 2012) auf Metaanalysen hin, die ergeben haben, dass „Haushaltskontaktpersonen im Zeitraum zwischen 14 und 365 Tagen nach der Erkrankung des Indexfalls trotz einer Chemoprophylaxe ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hatten, das ca. 100-fach über der Hintergrundinzidenz lag.“

Bei unseren Erkrankungsfällen aus demselben Haushalt, die innerhalb eines Zeitraumes von 11 Monaten aufgetreten

waren, wurden jeweils Meningokokken der Serogruppe B nachgewiesen. Durch die Feintypisierung anhand molekularbiologischer Untersuchungen des NRZM konnte jedoch ein epidemiologischer Zusammenhang ausgeschlossen werden.

Eine solche Konstellation legt den Verdacht nahe, dass eine familiäre Disposition – z. B. ein Komplementdefekt – mit einer erhöhten Anfälligkeit für Neisserien-Infektionen vorliegen könnte. In Absprache mit dem NRZM hat das Gesundheitsamt der Mutter empfohlen, dass bei ihr und ihren beiden Kindern eine stufenweise immunologische Diagnostik erfolgen sollte. So sollte vorerst eine Bestimmung des CH50 vorgenommen werden, die die hämolytische Aktivität des klassischen Weges der Komplementaktivierung durch das Serum misst. Ggf. sollte sich eine Analyse der Komponenten des terminalen Komplementkomplexes anschließen, da Defekte von C5, C6 und/oder C7 mit invasiven Meningokokken-Infektionen assoziiert sein können. Des Weiteren haben auch Menschen mit einem Properdindefekt ein höheres Risiko, an einer Meningokokken-Infektion zu erkranken. Hierzu liegen ebenfalls Testverfahren vor.

Hausarzt und Kinderarzt der Familie wurden vom Gesundheitsamt entsprechend informiert.

Ebenfalls in Absprache mit dem NRZM empfahl das Gesundheitsamt, dass beide Patienten zum Schutz vor erneuten Meningokokken-Infektionen eine Meningokokken-ACW135Y-Konjugatimpfung erhalten sollten. Angesichts der aufgetretenen Erkrankungen mit Meningokokken B ist zu diskutieren, ob zusätzlich eine Impfung gegen die Serogruppe B erfolgen sollte, wenn der neue Impfstoff in Deutschland erhältlich ist. Diese Überlegung gilt auch für das Geschwisterkind.

Fazit

► Die beiden Erkrankungsfälle zeigen, wie wichtig die routinemäßige molekularbiologische Diagnostik bei jedem Verdacht auf eine Meningokokken-Erkrankung ist. Obwohl Mikroskopie und Kultur jeweils negativ ausgefallen waren, gelang dadurch in beiden Fällen nachträglich die labordiagnostische Sicherung der Verdachtsdiagnosen von Meningokokken-Erkrankungen.

► Gesundheitsämter sollten bei Verdacht auf Meningokokken-Erkrankungen immer daraufhin wirken, dass die Untersuchungslabore ihr Material an das NRZM einschicken. Dies gilt auch und gerade dann, wenn trotz klinischem Verdacht ein kultureller Erregernachweis nicht gelingt. Das NRZM führt die molekularbiologischen Untersuchungen kostenlos durch. Darüber hinaus sind Erregerfeintypisierungen auch unverzichtbar zur frühzeitigen Erkennung einer möglichen regionalen klonalen Erregerausbreitung sowie zur Evaluation der Auswirkungen empfohlener Impfungen. Weitere Informationen zum Versand des Untersuchungsmaterials finden sich auf der Internetseite des NRZM unter <http://www.meningococcus.uni-wuerzburg.de/startseite/versand/>.

- ▶ Bei fehlendem mikroskopischen bzw. kulturellen Erregernachweis müssen die Gesundheitsämter ihre Entscheidung über medikamentöse Prophylaxe-Maßnahmen allein anhand des klinischen Bildes treffen. Da die molekularbiologische Untersuchung erst verzögert nach der Feststellung eines negativen Kulturelnachweises erfolgt, vergehen einige Tage bis zum Befund. Die Entscheidung über Prophylaxe-Maßnahmen muss aber sofort getroffen werden und erlaubt keinen Zeitverzug.
- ▶ Auch wenn in der Akutsituation noch keine molekularbiologischen Befunde vorliegen, liefern diese Untersuchungen wichtige Informationen zu bevölkerungsmedizinischen und individualmedizinischen Aspekten mit unmittelbarer Relevanz für das Handeln des Gesundheitsamtes.
 - *Bevölkerungsmedizinische Aspekte:* Falls mehrere Meningokokken-Erkrankungen innerhalb kurzer Zeit auftreten, zeigen die Ergebnisse der molekularbiologischen Untersuchungen eindeutig, ob epidemiologische Zusammenhänge bestehen oder auszuschließen sind. Falls Zusammenhänge bestehen, können die Gesundheitsämter auf der Basis dieser Erkenntnisse Prophylaxe-Maßnahmen einleiten und Impfpfehlungen abgeben.
 - *Individualmedizinische Aspekte:* Wenn – wie in unserem Fall – ein epidemiologischer Zusammenhang bei Meningokokken-Erkrankungen in derselben Familie ausgeschlossen werden kann, kann dies auf eine erhöhte Suszeptibilität der Familienmitglieder für Meningokokken-Erkrankungen hinweisen. Dies sollte Anlass sein, nach Risikofaktoren zu suchen und die betroffenen Familienmitglieder durch Impfungen vor weiteren Meningokokken-Infektionen zu schützen.

Im Übrigen wird auf die ausführliche Darstellung im „RKI-Ratgeber für Ärzte – Meningokokken-Erkrankungen“ hingewiesen (s. unter www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber für Ärzte > Meningokokken-Erkrankungen).

Dank für die gute Zusammenarbeit gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Neurologischen Klinik (Chefarzte Prof. Dr. W. Kuhn und Dr. J. Mühler) und der Klinik für Kinder und Jugendliche (Chefarzt Dr. J. Herrmann) des Leopoldina-Krankenhauses Schweinfurt sowie der „Gemeinschaftspraxis Laborärzte Schweinfurt“ (Prof. Dr. H. Sprenger, Prof. Dr. R. Großmann).

Besonderer Dank gilt Prof. Dr. Ulrich Vogel und PD Dr. Heike Claus, Nationales Referenzzentrum für Meningokokken, Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, für die freundliche Beratung und für die wertvollen fachlichen Hinweise.

Für diesen Bericht danken wir Dr. Werner Arnholdt, Landratsamt Schweinfurt – Gesundheitsamt, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: werner.arnholdt@lrasw.de).

Stellenausschreibung des RKI: Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE, deutsches FETP)

Die Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie richtet sich vor allem an Humanmediziner mit Vorkenntnissen im Bereich Public Health und/oder Epidemiologie. Schwerpunkte des Programms sind die Untersuchung von Ausbrüchen, das Auswerten von Daten aus der infektionsepidemiologischen Überwachung (Surveillance), die Evaluation von Surveillance-Systemen sowie die Entwicklung und Durchführung von anwendungsbezogenen infektionsepidemiologischen Forschungsprojekten. Die Teilnehmer arbeiten unter Anleitung erfahrener Epidemiologen und sind am RKI angestellt. Sie werden entweder für zwei Jahre einer mit dem Infektionsschutz beauftragten Behörde der Bundesländer zugewiesen oder sind in der Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI tätig.

Bewerbungsfrist ist der **26. April**, Beginn der Ausbildung ist am **16. September 2013**. Die Ausschreibung ist auf der RKI-Internetseite erschienen (s. unter www.rki.de > Service > Stellenangebote). Nähere Informationen zum Ausbildungsprogramm finden sich unter www.rki.de/pae.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: Januar 2013 (Datenstand: 1.4.2013)					
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.				
	2013		2012		2013		2012		2013		2012				
	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.			
Baden-Württemberg	41	41	26	19	19	30	5	5	5	1	1	2	1	1	0
Bayern	48	48	42	22	22	53	6	6	6	2	2	1	0	0	0
Berlin	77	77	67	44	44	41	6	6	1	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	5	5	4	5	5	6	1	1	3	0	0	0	0	0	0
Bremen	4	4	0	3	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Hamburg	31	31	17	16	16	18	4	4	4	0	0	0	0	0	0
Hessen	33	33	24	14	14	13	5	5	3	2	2	1	1	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	3	6	3	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	25	25	23	11	11	21	3	3	1	1	1	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	104	104	96	29	29	52	9	9	8	3	3	2	0	0	0
Rheinland-Pfalz	13	13	10	10	10	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0
Saarland	6	6	5	4	4	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	19	19	16	8	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	11	11	7	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	7	7	5	5	5	7	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Thüringen	4	4	4	5	5	3	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Deutschland	431	431	352	202	202	254	47	47	36	10	10	8	2	2	0

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

12. Woche 2013 (Datenstand: 10.4.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	54	872	1.085	5	24	19	5	47	65	17	219	224	2	6	8
Bayern	61	1.027	1.142	1	49	41	8	107	130	17	357	325	3	18	21
Berlin	44	493	482	1	11	11	6	80	62	7	103	126	5	23	24
Brandenburg	21	316	338	0	6	8	6	66	66	5	127	115	0	1	1
Bremen	6	54	56	0	0	2	0	3	4	1	25	28	0	1	1
Hamburg	25	281	309	1	10	13	4	17	18	2	67	69	2	8	8
Hessen	46	572	641	1	6	9	1	18	34	8	212	202	0	6	6
Mecklenburg-Vorpommern	17	246	273	0	4	4	5	50	127	13	113	101	0	0	0
Niedersachsen	41	616	718	2	23	25	9	105	117	30	439	339	0	6	3
Nordrhein-Westfalen	176	2.817	2.688	6	54	66	11	189	238	56	809	796	0	10	16
Rheinland-Pfalz	37	515	621	3	23	22	3	43	41	16	148	193	2	6	6
Saarland	19	208	197	0	2	2	0	6	11	4	39	33	0	0	1
Sachsen	58	689	822	4	33	30	17	162	217	22	254	305	0	4	7
Sachsen-Anhalt	21	287	266	0	10	12	8	120	116	18	427	216	0	2	1
Schleswig-Holstein	24	348	330	0	8	17	3	20	26	9	109	110	1	2	3
Thüringen	30	279	332	1	7	14	10	75	102	11	203	232	0	2	0
Deutschland	680	9.620	10.300	25	270	295	96	1.108	1.374	236	3.651	3.414	15	95	106

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	5	38	37	245	2.625	4.084	115	794	1.420	7	107	141	0	8	9
Bayern	4	57	73	184	3.341	8.082	124	1.425	1.592	13	173	180	3	14	10
Berlin	1	19	16	78	1.012	1.696	76	746	798	12	94	93	2	21	15
Brandenburg	1	21	20	108	1.265	2.514	149	1.085	616	0	25	20	0	14	10
Bremen	0	5	2	10	142	417	20	116	19	0	3	7	0	0	0
Hamburg	0	5	24	67	1.069	1.540	162	823	679	1	31	36	0	4	6
Hessen	1	26	46	219	2.248	3.352	61	516	826	4	53	62	0	10	15
Mecklenburg-Vorpommern	1	7	11	159	1.996	1.818	105	620	358	3	27	32	3	17	13
Niedersachsen	3	54	48	294	3.413	5.967	203	1.521	895	4	50	46	0	15	18
Nordrhein-Westfalen	9	90	141	675	7.187	10.281	435	3.195	2.217	9	165	193	1	28	34
Rheinland-Pfalz	0	28	45	140	1.828	2.574	85	558	1.001	2	37	40	1	7	6
Saarland	0	1	8	39	586	986	8	99	201	0	6	4	0	3	0
Sachsen	5	90	62	293	3.343	5.537	234	1.764	838	7	69	81	5	39	15
Sachsen-Anhalt	2	37	48	146	1.775	3.197	122	679	729	4	25	17	1	15	7
Schleswig-Holstein	0	18	13	79	1.043	1.376	56	402	459	1	15	24	0	1	3
Thüringen	0	59	74	143	1.413	3.134	139	1.386	754	2	19	16	0	6	12
Deutschland	32	555	668	2.879	34.286	56.555	2.094	15.729	13.402	69	899	992	16	202	173

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

12. Woche 2013 (Datenstand: 10.4.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	0	16	21	0	17	14	16	184	208
Bayern	3	24	23	2	25	20	9	189	250
Berlin	0	10	7	1	13	15	8	118	148
Brandenburg	3	10	6	0	2	3	2	15	22
Bremen	0	12	1	0	3	2	2	10	4
Hamburg	0	4	3	2	8	10	2	26	34
Hessen	0	11	7	2	15	10	7	106	91
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	4	0	4	6	0	9	17
Niedersachsen	2	13	19	0	5	8	9	79	74
Nordrhein-Westfalen	3	31	43	4	30	41	14	162	173
Rheinland-Pfalz	1	22	4	2	10	14	4	45	55
Saarland	0	3	1	0	2	6	3	12	21
Sachsen	0	5	5	0	9	10	8	74	84
Sachsen-Anhalt	2	7	2	0	5	6	2	34	30
Schleswig-Holstein	1	3	1	0	2	2	2	29	41
Thüringen	0	6	4	0	4	5	1	16	30
Deutschland	15	193	151	13	154	172	89	1.108	1.282

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	0	11	13	0	0	1	10	118	101
Bayern	1	17	19	0	5	9	6	109	173
Berlin	1	8	7	10	27	5	3	81	80
Brandenburg	0	2	3	1	1	0	1	15	16
Bremen	0	1	3	0	0	0	0	6	11
Hamburg	0	2	1	0	2	0	3	39	30
Hessen	2	6	6	0	1	7	6	82	97
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	2	0	0	0	0	12	24
Niedersachsen	0	14	11	0	3	1	6	71	69
Nordrhein-Westfalen	1	25	19	0	5	4	16	213	246
Rheinland-Pfalz	0	7	4	0	1	0	0	27	43
Saarland	0	3	3	0	0	0	0	9	7
Sachsen	0	7	2	0	0	0	2	32	39
Sachsen-Anhalt	0	1	4	0	0	0	0	27	25
Schleswig-Holstein	1	10	3	0	3	2	0	15	30
Thüringen	1	6	4	0	0	0	1	11	23
Deutschland	7	122	104	11	48	29	54	867	1.014

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

12. Woche 2013 (Datenstand: 10.4.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	12. Woche	1.–12. Woche	1.–12. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	43	688	422	2.147
Brucellose	0	4	3	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	14	26	122
Dengue-Fieber	20	216	77	615
FSME	0	4	4	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	9	7	69
Hantavirus-Erkrankung	2	37	409	2.824
Hepatitis D	0	6	4	18
Hepatitis E	4	70	67	388
Influenza	3.765	61.848	7.407	11.516
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	90	82	323
Legionellose	11	156	99	654
Leptospirose	0	10	3	85
Listeriose	2	74	80	427
Ornithose	0	4	4	16
Paratyphus	2	13	11	43
Q-Fieber	0	28	21	200
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	4	3	21
Typhus abdominalis	1	18	11	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 14. Kalenderwoche (KW) 2013**

Die Werte des Praxisindex sind in der 14. KW 2013 im Vergleich zur Vorwoche weiterhin gesunken. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind stabil geblieben. Die Aktivität der ARE ist insgesamt geringfügig erhöht und geht seit der 8. KW 2013 kontinuierlich zurück (Datenstand 9.4.2013). Weitere Informationen unter: <http://influenza.rki.de/>.

Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Von den 26 Ländern, die für die 13. KW 2013 Daten an EISN sandten, berichteten 19 Länder über eine niedrige und 7 Länder über eine mittlere klinische Aktivität. Aus keinem Land wurde eine hohe Aktivität gemeldet. Es wurde berichtet, dass alle Länder ihren Höhepunkt der ILI- bzw. ARE-Aktivität zwischen der 52. KW 2012 und der 8. KW 2013 erreicht hatten. Weitere Informationen unter: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-weekly-surveillance-overview-5-apr-2013.pdf>.

Humane Erkrankungsfälle mit Influenza-A(H7N9)-Infektion in China

Die WHO meldet weiterhin humane Erkrankungsfälle mit aviärer Influenza-A(H7N9)-Infektion in 4 benachbarten Provinzen in Ostchina. Die Infektionsquelle ist noch nicht klar, allerdings wurde inzwischen auch der Nachweis dieses Virus bei 2 Tauben und 2 Hühnern, die in Shanghai auf Geflügelmärkten zum Verzehr angeboten wurden, von den internationalen Veterinärbehörden bestätigt. Bisher wird nur bei einer der über 600 nachverfolgten Kontaktpersonen der insgesamt 24 bestätigten humanen Fälle (Datenstand 9.4.2013) eine respiratorische Erkrankung berichtet, die weiter untersucht wird.

Das RKI hat weitere Informationen und für Ärzte in Deutschland relevante Punkte veröffentlicht unter: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Aviareinfluenza/InfluenzaA_H7N9.html. Antworten auf häufig gestellte Fragen zu aviärer Influenza sind abrufbar unter: <http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Gefluogelpest/Gefluogelpest.html>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 14. KW 2013 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

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 Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung 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 Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273