



Epidemiologisches Bulletin

6. Juni 2011 / Nr. 22

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Entwicklung der Erkrankungszahlen im aktuellen EHEC/HUS-Ausbruch in Deutschland

Seit Anfang Mai kommt es in mehreren Bundesländern zu einem gehäuften Auftreten des sogenannten hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) und blutigen Diarrhöen im Zusammenhang mit Infektionen durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) des Serotyps O104:H4. Der Schwerpunkt des Geschehens liegt im Norden Deutschlands. Auch in anderen Bundesländern und europäischen Nachbarländern traten Fälle auf, überwiegend im Zusammenhang mit Reisen nach Norddeutschland. Im vorliegenden Bericht werden die Fallzahlen der seit Anfang Mai an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelten HUS- und EHEC-Fälle dargestellt.

Enterohämorrhagische *Escherichia (E.) coli* (EHEC) sind Bakterien (gramnegative Stäbchen), welche die grundsätzliche Eigenschaft zur Bildung bestimmter, für den Menschen schädlicher Zytotoxine, der Shigatoxine – Stx, besitzen. Aufgrund ihrer Antigenstruktur gehören sie verschiedenen Serogruppen (Einteilung nach Oberflächen-O-Antigenen) an. Häufig isolierte Serogruppen sind O157 (der weltweit am häufigsten gefundene Typ), O26, O91, O103 und O145, wobei immer noch neue humanpathogene Serogruppen gefunden werden. Die Mehrzahl der manifesten Erkrankungen tritt als unblutiger, meistens wässriger Durchfall in Erscheinung. Bei einem Teil der Erkrankten entwickelt sich eine hämorrhagische Kolitis mit krampfartigen Bauchschmerzen, blutigem Stuhl und teilweise Fieber. Gefürchtet ist das in der Vergangenheit vor allem bei Kindern vorkommende hämolytisch-urämische Syndrom (HUS). Infektionen des Menschen können jedoch auch inapparent und somit unbemerkt verlaufen.

Das hämolytisch-urämische Syndrom (kurz: HUS) ist eine schwere, manchmal tödliche Komplikation, die unter anderem bei bakteriellen Darminfektionen mit enterohämorrhagischen *Escherichia coli* (EHEC) auftreten kann. Das Vollbild des HUS ist charakterisiert durch akutes Nierenversagen, hämolytische Anämie (Blutarmut) und Thrombozytopenie (Mangel an Blutplättchen). Typischerweise gehen dem enteropathischen HUS Diarrhöen, oft blutig, voraus.

EHEC-Bakterien werden direkt oder indirekt vom Tier auf den Menschen übertragen. Als Reservoir gelten Wiederkäuer, vor allem Rinder, Schafe und Ziegen. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt fäkal-oral, wobei die Erregeraufnahme über den Kontakt mit Tierkot, über kontaminierte Lebensmittel oder Wasser erfolgt, aber auch durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch (Schmierinfektion). Die Inkubationszeit für bisher bekannte Verläufe von EHEC beträgt ca. 2 bis 10 Tage (im Durchschnitt 3 bis 4 Tage), die Latenzzeit zwischen Beginn der Magen-Darm-Symptomatik und enteropathischem HUS ca. eine Woche.

Seit Anfang Mai 2011 wurden dem RKI gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) 1.064 EHEC-Erkrankungen und 470 Fälle von HUS übermittelt, davon 908 (85%) bzw. 273 (58%) mit labor diagnostischer Bestätigung. Aufgrund getrennter Meldekategorien sollte es keine Überschneidung in den Fallzahlen von EHEC und HUS geben. In den Vorjahren wurden dem RKI durchschnittlich etwa 1.000 symptomatische EHEC-Infektionen und etwa 60 HUS-Fälle, zum

Diese Woche

22/2011

EHEC/HUS

Zur Entwicklung der Erkrankungszahlen im aktuellen Ausbruch in Deutschland

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

KiGGS Welle 1 –
Interne Qualitätssicherung

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen März 2011 (Datenstand: 1. Juni 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik 19. Woche 2011 (Datenstand: 1. Juni 2011)



größten Teil Kinder betreffend, übermittelt. Im Jahr 2010 wurden zwei HUS-Todesfälle übermittelt. Insgesamt ist aber von einer Untererfassung von EHEC-Infektionen auszugehen, da in der Vergangenheit häufig nicht darauf untersucht wurde.

Geografische Verteilung

Aus allen Bundesländern wurden EHEC- bzw. HUS-Fälle übermittelt. Die höchsten kumulativen Inzidenzen (Summe der seit 1. Mai 2011 übermittelten EHEC- und HUS-Fälle bezogen auf die jeweilige Einwohnerzahl) werden weiterhin in den fünf nördlichen Bundesländern Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern beobachtet (s. Tab. 1). Insgesamt 69 % der seit Anfang Mai übermittelten EHEC- und 66 % der HUS-Fälle wurden aus diesen Bundesländern übermittelt. Das zwischen den Bundesländern stark variierende Verhältnis von EHEC- und HUS-Fällen ist vermutlich melde- und übermittlungsbedingt.

Zeitlicher Verlauf

Vom 1. bis zum 11. Mai 2011 lag die Summe der übermittelten EHEC- und HUS-Neuerkrankungen (bezogen auf den Beginn des Durchfalls) zwischen einem und vierzehn Fällen pro Tag (Epidemiologische Kurve, s. Abb. 1). Ab dem 9. Mai 2011 ist ein leichter, ab dem 12. Mai 2011 ein steiler Anstieg mit einem bisherigen Maximum am 22. Mai 2011 mit 120 übermittelten EHEC- bzw. HUS-Fällen zu beobachten. Zwar liegt die Zahl der EHEC-Neuerkrankungen (im Gegensatz zu den übermittelten HUS-Fällen) zwischen dem 1. und dem 12. Mai 2011 noch im Bereich der seit An-

fang des Jahres beobachteten Hintergrundrate, bei Personen, die in diesem Zeitraum an einer EHEC-Infektion ohne HUS erkrankten, ist jedoch noch von einer starken Untererfassung auszugehen. Durch den bestehenden Melde- und Übermittlungsverzug werden sich die Fallzahlen, insbesondere für kurz zurückliegende Erkrankungsdaten, noch verändern.

Demografische Verteilung

Sowohl unter den übermittelten EHEC- als auch unter den HUS-Fällen war die Mehrzahl der Patienten 20 Jahre alt und älter (jeweils 88 %) und weiblich (EHEC: 60 %; HUS: 71 %). Bei zwischen 2006 und 2010 übermittelten HUS-Fällen lag der Anteil Erwachsener jährlich lediglich zwischen 1,5 und 10 %; die Geschlechter waren in etwa gleich häufig betroffen.

Abbildung 2 (s. Seite 202) zeigt die altersgruppen- und geschlechterspezifische Inzidenz der seit Anfang Mai 2011 übermittelten HUS-Fälle. In allen Altersgruppen sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Besonders deutlich ist dies bei den über 45-Jährigen.

Übermittelte Todesfälle

Es wurden bislang 13 Todesfälle übermittelt, davon neun im Zusammenhang mit einem HUS und vier nach EHEC-Infektion ohne HUS. Das Alter der übermittelten Todesfälle liegt zwischen 22 und 91 Jahren, fünf Verstorbene waren zwischen 22 und 40 Jahre und acht zwischen 75 und 91 Jahre alt. Ferner verstarb eine etwa 50-jährige Frau aus Schweden, die sich während eines Aufenthaltes in Deutschland infiziert hatte.

Bundesland	EHEC		HUS		Gesamt	
	n	Kumulative Inzidenz (pro 100.000 Einw.)	n	Kumulative Inzidenz (pro 100.000 Einw.)	n	Kumulative Inzidenz (pro 100.000 Einw.)
Schleswig-Holstein	369	13,03	121	4,27	490	17,30
Hamburg	101	5,69	97	5,47	198	11,16
Bremen	19	2,87	22	3,32	41	6,20
Niedersachsen	226	2,85	51	0,64	277	3,49
Mecklenburg-Vorpommern	19	1,15	20	1,21	39	2,36
Hessen	36	0,59	33	0,54	69	1,14
Nordrhein-Westfalen	136	0,76	75	0,42	211	1,18
Berlin	25	0,73	9	0,26	34	0,99
Saarland	3	0,29	5	0,49	8	0,78
Sachsen-Anhalt	17	0,72	4	0,17	21	0,89
Rheinland-Pfalz	18	0,45	4	0,10	22	0,55
Baden-Württemberg	46	0,43	13	0,12	59	0,55
Sachsen	10	0,24	1	0,02	11	0,26
Bayern	25	0,20	9	0,07	34	0,27
Thüringen	9	0,40	3	0,13	12	0,53
Brandenburg	4	0,16	3	0,12	7	0,28
Gesamt	1.063	1,30	470	0,57	1.533	1,87

Tab. 1: Fallzahl und kumulative Inzidenz der seit 1.5.2011 übermittelten EHEC- und HUS-Fälle nach Bundesland, Stand: 31.5.2011, 15.00 Uhr

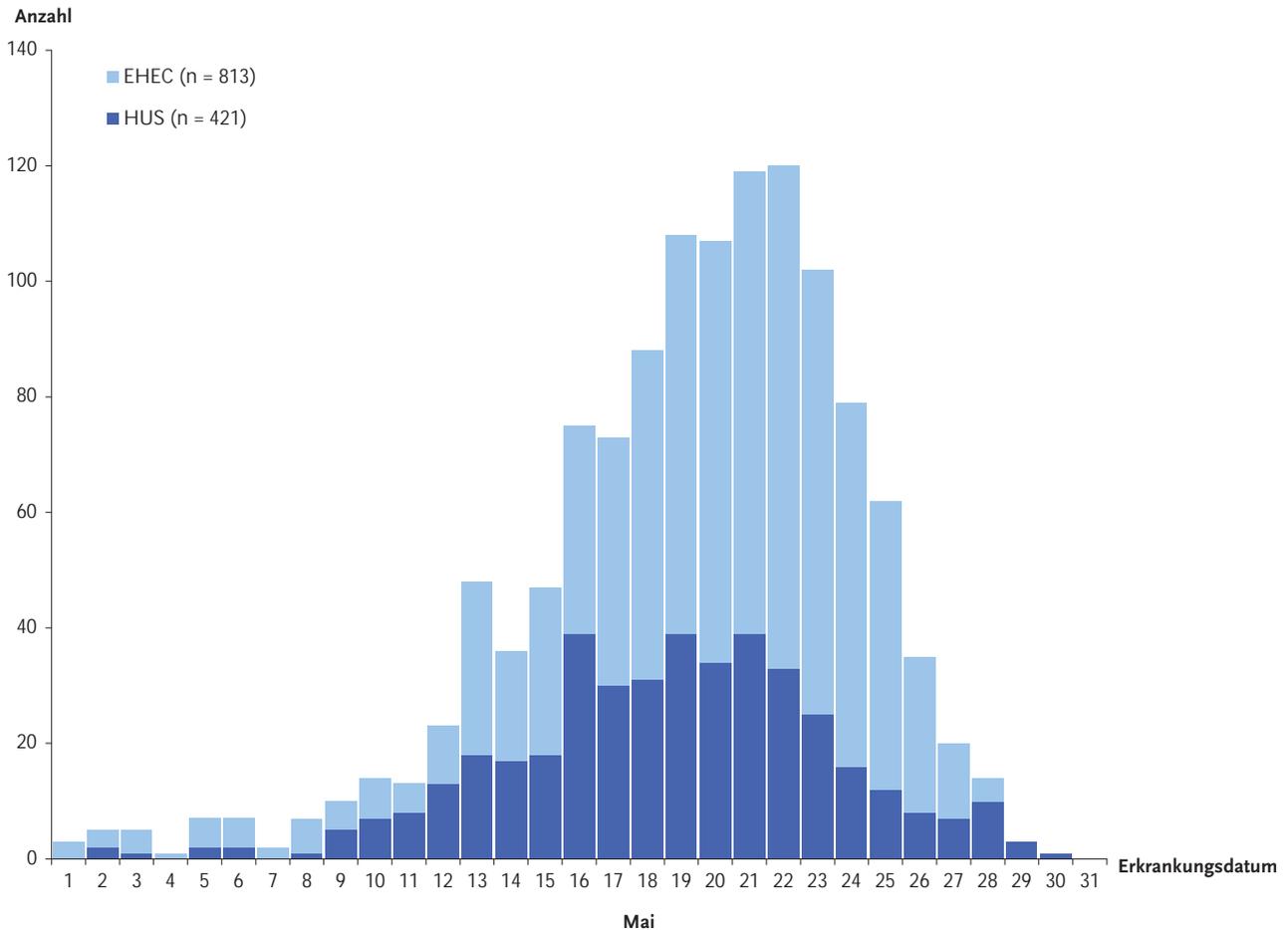


Abb. 1: Übermittelte EHEC- und HUS-Fälle nach Erkrankungsdatum und Meldekatgorie (nur Fälle mit Angabe eines Erkrankungsdatums seit 1.5.2011), Stand: 31.5.2011, 15.00 Uhr

Aus dem Ausland berichtete Fälle mit Bezug zum aktuellen Ausbruch

Weitere Fälle, die im Zusammenhang mit dem Ausbruchsgeschehen stehen, wurden aus Dänemark, England, Frankreich, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden (darunter ein Todesfall), der Schweiz, Spanien und den USA bekannt.

Von einer 30-köpfigen schwedischen Reisegruppe, die sich vom 8. bis 10. Mai 2011 in Norddeutschland aufgehalten hatte, erkrankten 15 Personen, darunter fünf mit einem HUS.

Einschätzung der Lage (Stand 1. Juni 2011, 8.00 Uhr)

Bei dem augenblicklich beobachteten Geschehen handelt es sich um einen der weltweit größten bislang beschriebenen Ausbrüche von EHEC-Infektionen bzw. HUS und den bislang größten Ausbruch in Deutschland, wobei insbesondere die Alters- und Geschlechterverteilung der Fälle ungewöhnlich ist. Zum derzeitigen Datenstand ist nicht zu beantworten, ob die Fallzahlen abnehmen.

Zur Abklärung der Fragen, ob die bisherigen Ergebnisse der epidemiologischen Studie aus Hamburg weiter Bestand haben, führt das Robert Koch-Institut derzeit weitere Untersuchungen in Zusammenarbeit mit den Bundesländern durch:

- ▶ repräsentative deutschlandweite Online-Befragung zur Krankheitslasterfassung
- ▶ Fall-Kontroll-Studie in stark betroffenen Krankenhäusern in Lübeck und Hamburg
- ▶ Fall-Kontroll-Studie in Krankenhäusern, die bisher nicht betroffen waren, die aber aktuell ein gehäuftes Auftreten von HUS beobachten
- ▶ Auswertung der Fragebögen zu Erkrankten, die von Nephrologen befragt wurden
- ▶ Überprüfung von Mensch-zu-Mensch-Übertragungen in der Folge eines Kantinenausbruchs
- ▶ Untersuchungen von verschiedenen Restaurant-Besuchergruppen, bei denen Erkrankungen aufgetreten sind und Auswertung der Verzehrsauswahl
- ▶ Auswertung von Abrechnungsdaten von Kantinenbesuchern in einer betroffenen Kantine
- ▶ Zusammenarbeit mit Kollegen in Dänemark und Schweden bei der Befragung von Gruppen, die in Deutschland zu Besuch waren und Erkrankungsfälle aufweisen
- ▶ Nachverfolgung von verschiedenen Feierlichkeiten, bei denen im Anschluss über Erkrankungen berichtet wurde

Solange sich z.B. durch die oben genannten Aktivitäten keine anderweitige Evidenz ergibt und der Ausbruch andauert, solange hat die Empfehlung, vom Verzehr von ro-

Fälle pro 100.000 Einw.

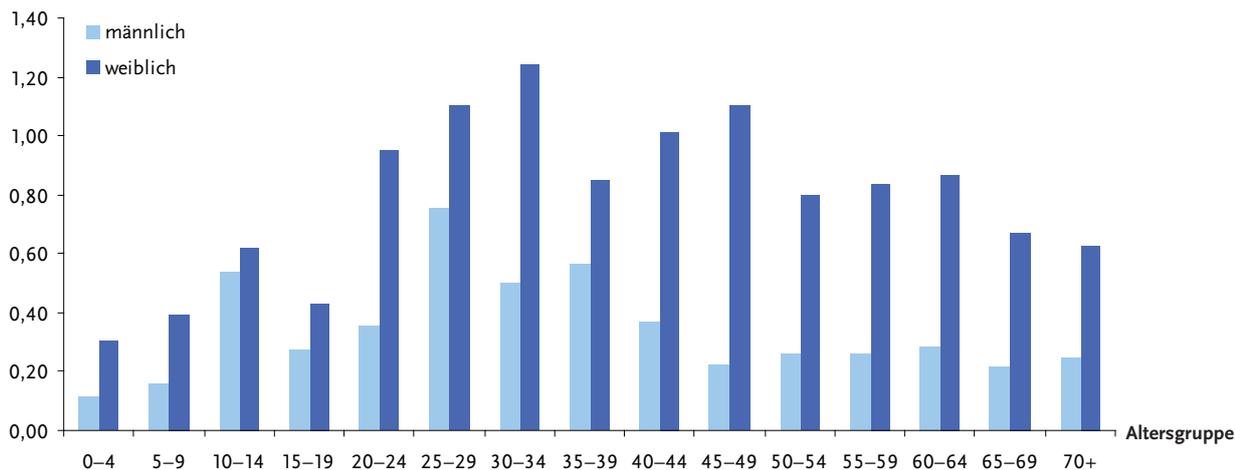


Abb. 2: Kumulative Inzidenz der seit Anfang Mai 2011 übermittelten HUS-Fälle nach Altersgruppe und Geschlecht, Stand: 31.5.2011, 15.00 Uhr

hen Tomaten, Gurken und Blattsalaten abzusehen, insbesondere bezüglich in Norddeutschland erhältlicher Ware, Bestand.

Auch die weiteren Empfehlungen aus dem Supplement zum *Epidemiologischen Bulletin* Nr. 21/2011 behalten ihre Gültigkeit.

Weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts unter www.rki.de > **Infektionskrankheiten A-Z** > **EHEC**.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts. Wir danken allen beteiligten Landesstellen und Gesundheitsämtern, deren Recherchen und Übermittlungen Grundlage dieses Berichtes sind.

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1): Interne Qualitätssicherung



Seit Juni 2009 führt das Robert Koch-Institut (RKI) die Datenerhebungen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) durch. Im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen regelmäßig Kurzbeiträge zu KiGGS Welle 1, die auch unter www.rki.de/kiggs abrufbar sind. Im Folgenden wird erläutert, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Studie ergriffen werden.

Die Sicherung einer hohen Ergebnisqualität erfordert eine kriterienorientierte, konsequente und kontinuierliche Qualitätssicherung der Erhebungssituation (Telefoninterviews) und der Studienabläufe für die Dauer der Studie. Kriterienorientierte Qualitätssicherung in KiGGS Welle 1 wird als kontinuierlicher Abgleich des Ist-Zustands der Datenerhebung mit einem vorab formulierten Soll-Zustand verstanden. Qualitätssichernde Maßnahmen werden an vielen Stellen des Erhebungsprozesses laufend von den jeweils prozessverantwortlichen Mitarbeitern durchgeführt. Die wichtigsten Beispiele sind die kontinuierliche Überwachung der Responseentwicklung, Qualitätsprüfungen der internen Datenaustauschprozesse und das tägliche Monitoring der Erhebungssituation durch die Supervisoren des institutseigenen Telefonstudios (CATI-Labor). Für die Sicherstellung einer kontinuierlich hohen Studienqualität sorgt zusätzlich ein **interner Qualitätsbeauftragter**. Die Qualitätssicherung in KiGGS Welle 1 bezieht sich auf folgende Schwerpunkte:

Schulungs- und Nachschulungsmaßnahmen: Zur qualitätssichernden Begleitung der Schulungen und Nachschulungen gehören die Durchsicht, Kontrolle und Beurteilung von Schulungsunterlagen, die Beurteilung von Schulungskonzepten (Zeitplan, Didaktik, Inhalte) sowie die Evaluation der Schulungsmaßnahmen. Hierzu werden die Schulungsunterlagen geprüft, an der Schulung systematisch beobachtend teilgenommen und anschließend Evaluationsgespräche mit den Schulungsverantwortlichen geführt. Alle KiGGS-Interviewer werden nach der initialen Schulung durch den internen Qualitätsbeauftragten zertifiziert.

Responseentwicklung: Die Überwachung des Responsegeschehens findet im wöchentlichen Rhythmus statt. Dabei werden die Anzahl der durchgeführten Interviews, der noch nicht erreichten Fälle sowie der Interviewverweigerungen überprüft. Auf diese Weise können eventuelle Abweichungen zeitnah festgestellt werden und gegebenenfalls kurzfristige Maßnahmen zur Abhilfe veranlasst werden.

Interne Datenübermittlungen: Um möglichst fehlerfreie Datenaustauschprozesse zwischen der Verwaltungsdatenbank der Geschäftsstelle und der Telefonie-Software des CATI-Labors zu gewährleisten, wurde eine Datenbankanwendung programmiert, die automatisiert Prozesssteuerungsvariablen (z. B. Fallnummer, Interviewstatus, Art der gewünschten Aufwandsentschädigung sowie Erfolg der

Modulwerbung) überträgt. Weitere, für die Durchführung des Interviews notwendige Informationen (z. B. Telefonnummern, Vorliegen der Einwilligungserklärung) werden über Import-/Export-Schnittstellen zwischen Verwaltungsdatenbank und Telefonie-Software übertragen. Dieser Prozess wird jeweils durch einen Mitarbeiter der Geschäftsstelle und eine Mitarbeiterin des CATI-Labors unabhängig kontrolliert. Durch den internen Qualitätsbeauftragten werden die Vorgehensweisen der jeweiligen Prozessverantwortlichen bezüglich Fehlerdokumentation, Weitergabe eventueller technischer Probleme, des zeitnahen Versands von Aufwandsentschädigungen für die Studienteilnahme sowie der technischen Funktionsfähigkeit des Telefonlabors und der Erhebungssoftware geprüft.

Qualitätssicherung in der Feldarbeit: Die tägliche Qualitätssicherung der Feldarbeit obliegt den Supervisoren des Telefonstudios. Zur Überprüfung der Einhaltung von Standardisierungsvorgaben findet ein standardisierter Beobachtungsbogen Anwendung. Feldhospitationen durch den internen Qualitätsbeauftragten werden unangekündigt für die Interviewer ca. drei Mal jährlich durchgeführt. Dabei wird ein vollständiges Interview jedes Interviewers hospitiert und in einem Auswertungsgespräch evaluiert. Überprüft wird u. a. der freundliche und zugewandte Umgang mit Befragungspersonen, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen und der Standardisierungsvorgaben. Auf der Grundlage der Hospitationsergebnisse finden regelmäßig Nachschulungen für alle Interviewer sowie mindestens einmal pro Halbjahr Workshops statt, die individuelle Trainingsmaßnahmen (Sprechtraining, Standardisierungstechniken, Rollenspiele, Kontaktabahnung, Stressreduktion) für die Interviewer enthalten.

Datenqualitätskontrolle: Während der Feldphase wird eine begleitende Datenprüfung durchgeführt, um etwaige Probleme bei der Programmierung des Fragebogens für die Telefoninterviews zu erkennen und ggf. zu bereinigen. An dieser Datenprüfung sind sowohl die Mitarbeiter des Epidemiologischen Datenzentrums des RKI als auch inhaltlich verantwortliche Kollegen beteiligt.

Externe Qualitätssicherung des RKI in den Modulstudien: Diese wurde vom RKI im Rahmen der Transformation seiner Quer- in Längsschnittstudien (DEGS und KiGGS) verpflichtend für Modulpartner eingeführt. Der Schwerpunkt liegt im Kohortenschutz (Vermeidung von Panel-Mortalität durch Überforderung von Teilnehmern) sowie in der Erreichung eines möglichst einheitlichen Qualitätsniveaus in Modulen und Kernstudie.

Nach Abschluss der Feldarbeit wird ein Qualitätsbericht erstellt. Der Erfolg der Qualitätssicherung wird sich daran messen lassen müssen, in wie weit es gelungen ist, den Ist-Zustand der Erhebungssituation mit den definierten Kriterien des Soll-Zustands in Übereinstimmung gebracht zu haben.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Weitere **Informationen** unter www.kiggs.de. **Anfragen** zu KiGGS unter kiggsinfo@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: März 2011 (Datenstand: 1.6.2011)						
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)																
	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010		2011		2010
Land	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März
Baden-Württemberg	15	55	61	26	59	78	3	17	20	1	3	4	0	0	0	0
Bayern	42	98	95	52	107	93	6	20	18	4	11	7	0	0	0	0
Berlin	51	165	123	39	109	125	3	7	13	3	4	2	1	2	0	0
Brandenburg	7	14	15	3	14	10	0	1	2	2	2	0	0	0	0	0
Bremen	2	7	10	0	3	8	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	16	47	46	23	54	55	4	10	11	0	0	1	0	0	0	0
Hessen	22	77	47	19	69	62	5	13	7	2	6	3	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	10	7	1	6	4	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0
Niedersachsen	19	60	56	16	39	49	0	2	5	1	1	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	77	219	183	65	182	161	3	26	20	7	11	5	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	5	10	19	3	13	20	1	3	9	2	3	2	0	0	0	0
Saarland	2	11	10	2	12	10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Sachsen	11	39	33	6	16	26	4	7	0	0	1	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	6	10	9	5	12	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	3	18	18	10	30	24	2	3	2	0	1	1	1	1	0	0
Thüringen	2	7	20	3	5	6	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
Deutschland	281	847	752	273	730	736	33	117	110	22	44	30	2	3	1	0

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

19. Woche 2011 (Datenstand: 1.6.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	77	1.367	1.522	1	19	20	9	79	77	29	465	736	2	31	23
Bayern	117	1.636	1.542	2	58	38	12	171	225	38	525	931	2	37	28
Berlin	29	752	769	3	13	7	9	147	32	19	199	235	3	27	15
Brandenburg	36	507	453	0	9	4	3	81	103	13	207	283	0	5	4
Bremen	6	103	106	0	1	2	0	1	10	2	41	26	0	4	0
Hamburg	16	508	445	0	13	6	0	8	10	5	115	152	2	18	9
Hessen	75	1.094	1.051	2	7	6	3	41	30	25	330	409	0	19	15
Mecklenburg-Vorpommern	23	451	431	1	2	2	7	89	103	12	252	237	0	1	0
Niedersachsen	84	1.215	1.383	1	41	55	10	123	181	41	533	749	1	8	3
Nordrhein-Westfalen	251	4.062	4.399	2	51	50	18	245	347	90	1.311	1.650	1	21	24
Rheinland-Pfalz	58	913	860	5	32	33	6	55	83	25	368	412	1	5	4
Saarland	11	262	307	0	2	3	0	19	7	9	77	86	0	1	1
Sachsen	70	1.459	1.278	2	33	19	10	205	195	24	433	732	3	11	5
Sachsen-Anhalt	18	389	320	0	4	9	4	144	138	14	362	470	0	5	2
Schleswig-Holstein	40	613	561	0	5	8	2	17	20	10	138	218	0	1	3
Thüringen	19	446	439	2	8	5	8	171	246	11	342	480	0	3	1
Deutschland	930	15.777	15.866	21	298	267	101	1.596	1.807	367	5.698	7.806	15	197	137

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	3	52	42	146	5.184	9.438	141	2.842	2.701	11	207	191	0	7	8
Bayern	8	132	139	195	7.541	16.051	218	4.409	4.747	23	285	247	1	15	19
Berlin	2	17	30	51	2.192	2.943	49	1.138	1.671	10	164	142	2	21	26
Brandenburg	3	24	41	80	2.475	4.239	96	2.089	2.482	1	30	33	0	6	9
Bremen	0	3	10	8	399	729	6	216	242	1	5	12	0	1	0
Hamburg	0	16	22	16	1.916	2.147	44	841	878	0	54	35	1	6	8
Hessen	5	61	69	81	2.535	5.752	88	1.643	1.699	7	120	108	1	20	12
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	26	97	2.276	4.103	173	2.258	1.483	4	59	52	0	7	6
Niedersachsen	6	98	94	91	4.690	10.261	147	2.675	2.965	3	60	72	1	19	28
Nordrhein-Westfalen	8	210	259	363	13.565	21.816	246	5.645	5.172	13	249	242	3	37	35
Rheinland-Pfalz	4	48	79	90	3.375	5.846	93	1.220	1.960	3	74	68	0	10	5
Saarland	0	5	12	20	843	1.457	10	254	431	1	11	6	0	0	0
Sachsen	2	115	149	113	5.443	9.927	383	7.224	3.039	4	105	130	0	17	18
Sachsen-Anhalt	2	49	55	63	2.919	6.395	100	2.509	1.850	1	26	31	0	8	3
Schleswig-Holstein	2	33	35	64	2.383	2.713	50	970	881	4	26	33	0	2	2
Thüringen	4	89	89	104	2.733	5.824	188	2.048	1.803	0	19	27	0	5	12
Deutschland	49	969	1.151	1.582	60.469	109.641	2.032	37.981	34.004	86	1.494	1.429	9	181	191

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

19. Woche 2011 (Datenstand: 1.6.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	5	23	16	0	12	25	6	259	304
Bayern	1	26	38	1	41	39	32	411	427
Berlin	0	23	13	1	18	20	13	211	236
Brandenburg	0	6	5	1	5	5	0	29	23
Bremen	0	8	4	0	5	0	0	7	12
Hamburg	1	38	10	2	10	12	2	44	48
Hessen	0	16	17	0	30	25	8	119	107
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	0	3	9	0	10	23
Niedersachsen	4	27	18	0	20	13	9	107	107
Nordrhein-Westfalen	2	43	59	3	51	68	9	207	284
Rheinland-Pfalz	0	6	23	1	21	29	5	77	96
Saarland	0	3	12	0	9	2	1	27	27
Sachsen	0	6	1	0	20	8	8	99	109
Sachsen-Anhalt	4	8	8	0	12	9	3	51	42
Schleswig-Holstein	0	3	5	1	8	9	4	75	46
Thüringen	1	7	4	0	5	6	3	44	47
Deutschland	18	244	235	10	270	279	103	1.777	1.938

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	1	19	16	39	354	50	14	190	202
Bayern	0	23	25	14	233	27	17	222	257
Berlin	0	16	12	23	59	73	3	96	120
Brandenburg	0	6	3	4	6	11	0	26	34
Bremen	0	1	1	1	1	0	1	26	13
Hamburg	1	1	1	3	31	12	3	54	79
Hessen	0	13	8	12	78	3	11	173	142
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	2	3	0	1	34	7
Niedersachsen	0	17	15	3	29	7	7	110	106
Nordrhein-Westfalen	2	47	50	3	57	118	19	380	405
Rheinland-Pfalz	2	21	7	1	19	11	2	52	66
Saarland	0	2	3	3	6	1	1	18	20
Sachsen	0	7	11	2	16	3	0	34	72
Sachsen-Anhalt	0	3	4	0	0	0	5	41	51
Schleswig-Holstein	0	9	3	0	13	4	2	21	35
Thüringen	0	6	6	0	0	0	0	27	30
Deutschland	6	192	167	110	905	320	86	1.504	1.639

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

19. Woche 2011 (Datenstand: 1.6.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	19. Woche	1.–19. Woche	1.–19. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	4	134	167	489
Brucellose	0	3	6	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	47	41	125
Dengue-Fieber	6	110	154	595
FSME	6	25	15	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	12	11	65
Hantavirus-Erkrankung	1	48	590	2.017
Hepatitis D	1	7	4	10
Hepatitis E	6	103	74	221
Influenza	13	43.517	2.943	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	81	77	210
Legionellose	5	162	230	690
Leptospirose	0	10	12	70
Listeriose	9	91	138	390
Ornithose	0	7	6	25
Paratyphus	3	22	14	57
Q-Fieber	14	180	108	361
Trichinellose	1	1	0	3
Tularämie	0	7	7	31
Typhus abdominalis	1	20	25	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

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

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273