



Epidemiologisches Bulletin

3. September 2012 / Nr. 35

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Maserninfektion eines Mitarbeiters am Flughafen München

Fallbericht vor dem Hintergrund der Internationalen Gesundheitsvorschriften

Am 15.05.2012 klagte ein 31-jähriger Mitarbeiter einer am Münchner Flughafen tätigen Sicherheitsgesellschaft über Kopfschmerzen und Sehstörungen. Dieses Beschwerdebild wurde vom am selben Tag aufgesuchten Hausarzt zunächst als Migräne-Symptomatik gedeutet. Der Mitarbeiter ging weiter zur Arbeit. Nach drei weiteren Tagen entwickelte sich nach Angaben des Betroffenen während der Arbeit am Flughafen akut ein makulöser Hautausschlag. Wegen zunehmendem Unwohlsein und einem Anstieg der Körpertemperatur wurde erneut der betreuende Hausarzt aufgesucht. Im Rahmen der weiteren Diagnostik wurden von dem erkrankten Mitarbeiter Blutproben zur serologischen Abklärung des Beschwerdebildes gewonnen. In Anbetracht der Krankheitssymptomatik wurde ärztlicherseits eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt, sodass der Betroffene ab dem darauffolgenden Arbeitstag, den 19.05.2012, zuhause blieb. Mit Laborbefund vom 24.05.2012 wurde ein positiver IgM-Titer gegen Masern nachgewiesen. Der Patient gab zu diesem Zeitpunkt an, nicht gegen Masern geimpft zu sein.

Nach Rücksprache zwischen den Verantwortlichen der Sicherheitsfirma und der Abteilung Gesundheitswesen des Landratsamtes Erding als zuständiger Gesundheitsbehörde für den Flughafen München stellte sich am 24.05.2012 heraus, dass der Erkrankte durch seine berufliche Tätigkeit in der Fluggastkontrolle mit zahlreichen Passagieren während seiner potenziellen Ansteckungsfähigkeit (im Allgemeinen 5 Tage vor Auftreten des Exanthems bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems) Kontakt hatte. Während dieses Zeitraums bestand die Möglichkeit einer Infektion zahlreicher Fluggäste (*innumerable contacts to travellers*). Zudem ergab sich, dass von den insgesamt rund 1.200 Mitarbeitern der Sicherheitsfirma 217 am Erkrankungstag in derselben Arbeitsschicht wie der Indexpatient beschäftigt waren. Von diesen potenziellen Kontaktpersonen wurden durch Impfbuchkontrollen der Impfstatus (1-mal oder 2-mal geimpft gegen Masern versus nicht geimpft versus unbekannter Impfstatus) und anamnestisch durchgemachte Masernerkrankungen (durchgemacht versus nicht durchgemacht versus nicht erinnerlich) durch den Arbeitgeber ermittelt und in einer Liste mit personenbezogenen Daten dokumentiert.

Am nächsten Tag, dem 25.05.2012, fand eine Telefonkonferenz zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG), dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und der Abteilung Gesundheitswesen des Landratsamtes Erding statt, um die weitere Vorgehensweise des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Definition von Risikogruppen, Bestimmung der Masern-Serologie, postexpositionelle Impfung gegen Masern) abzugleichen.

Am Pfingstsonntag, dem 27.05.2012, fand am Flughafen München eine vorbereitende Arbeitssitzung mit Verantwortlichen der Sicherheitsfirma und mit den örtlich zuständigen Mitarbeitern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt, um detailliert die Vorgehensweise für die am selben Tag durchzuführenden

Diese Woche

35/2012

Masern

Infektion eines Flughafenmitarbeiters, Fallbericht vor dem Hintergrund der IGV

ECDC

Vergabe von *Impact Factor* an *Eurosurveillance*

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

- ▶ Autochthone Malaria-Erkrankungen in Griechenland
- ▶ Aktuelle West-Nil-Fieber-Situation in Europa und den USA

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

32. Woche 2012



infektionshygienischen Maßnahmen abzusprechen. Unter anderem konnte gemäß der erarbeiteten Vorgaben der Telefonkonferenz vom 25.05.2012 und dem vorliegenden Datensatz der Mitarbeiterbefragung eine Risikogruppe von insgesamt 167 Kontaktpersonen des Indexfalles (Kollegen derselben Arbeitsschicht abzüglich 40 Beschäftigte, die aus verschiedensten Gründen nicht an ihren Arbeitsplätzen anwesend waren, und 10 Beschäftigte, die an einer anderen Kontrollstelle als der Indexpatient tätig waren) umschrieben werden (*face-to-face-contact* versus keine Impfung gegen Masern versus keine durchgemachte Maserninfektion versus Impfstatus unbekannt; Mehrfachantworten waren möglich).

Ergänzend wurde durch die Abteilung Gesundheitswesen für die angedachte Umgebungsuntersuchung ein Laufzettel konzipiert. Neben personenbezogenen Daten enthielt dieser Laufzettel Angaben zum bekannten Immunstatus, zu mündlich ausgesprochenen Tätigkeitsverboten gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG), zu Befunden der Masernserologie und zur Kenntnisnahme eines schriftlichen Tätigkeitsverbots durch die Betroffenen.

Unter Abwägung des individuellen Risikoprofils (Schichtangehörige mit unmittelbarem Kontakt zum Indexpatienten; keine Impfung gegen Masern; Masern anamnestisch nicht durchgemacht) dieser 167 Kontaktpersonen (1-mal oder 2-mal geimpft: n=62, nicht geimpft: n=13; Masern durchgemacht: n=56, unklarer Impfstatus: n=34, fehlende Angaben: n=2) wurden bei 48 Mitarbeitern Blutproben zur Überprüfung des Immunstatus gegen Masern abgenommen und im LGL laborchemisch analysiert.

Gemäß dem definierten Risikoprofil wurde für 27 Personen unmittelbar am 27.05.2012 ein Tätigkeitsverbot ausgesprochen. Aufgrund einer kurzfristigen Nichtverfügbarkeit von Impfdosen gegen Masern über die Pfingstfeiertage konnten keine postexpositionellen Impfungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden. Sofern keine Impfung oder ein inkompletter Impfstatus gegen Masern bei den Kontaktpersonen vorlag, wurde den betreffenden Personen in einem persönlichen Gespräch empfohlen, die fehlenden Impfungen möglichst zeitnah nachzuholen. Zusätzlich wurde dem zuständigen betriebsärztlichen Dienst die Empfehlung gegeben, Impflücken bei den Mitarbeitern der Sicherheitsfirma zu schließen.

Bei den Laborbefunden vom 29.05.2012 ergaben sich bei den 48 Blutproben insgesamt 47 positive Befunde (>200 mlU/ml; min: 430 mlU/ml, max.: 14.000 mlU/ml) hinsichtlich des Nachweises von IgG-Antikörpern gegen Masern. Lediglich bei einem Mitarbeiter (Probanden) zeigte sich ein negativer Befund (<150 mlU/ml), ohne dass klinische Anzeichen einer Maserninfektion entwickelt worden wären.

Durch das turnusgemäße Fernbleiben aller Mitarbeiter von der Arbeitsstelle („Freischicht“) und durch das Vorliegen

von protektiven Titern gegen das Masernvirus kam de facto kein Tätigkeitsverbot gemäß § 31 IfSG zum Tragen bzw. konnten die ausgesprochenen Tätigkeitsverbote widerrufen werden.

Fazit

In Hinblick auf die (herausgehobene) Bedeutung von Masern-Erkrankungen im Rahmen der internationalen Gesundheitsgesetzgebung ist im Falle eines Infektionsgeschehens an internationalen Verkehrsknotenpunkten ein zeitnahes und pragmatisches Risikomanagement unabdingbar. Insbesondere an Wochenenden und an Feiertagen kann sich die Durchführung infektionshygienischer Maßnahmen vor Ort als problematisch herausstellen (Personalengpässe und Logistik). Im Vorfeld ist die Verfügbarkeit einer größeren Anzahl eventuell notwendiger Impfdosen abzuklären.

Die betriebsärztlichen Dienste sollten bei entsprechenden Risikoprofilen ihrer betreuten Personen grundsätzlich an einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern-Infektionen denken. Diese Prämisse sollte insbesondere bei Beschäftigten mit intensivierten Personenkontakten an Flughäfen, Häfen usw. beachtet werden. Im Falle einer örtlichen Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der IGV ist von Seiten der zuständigen betriebsärztlichen Dienste eine effektive Umsetzung des berufsgenossenschaftlichen Grundsatzes G 42 („Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung“) für die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu gewährleisten.

Literatur

1. RKI: Auf dem Weg zur Elimination der Masern in Deutschland. Aktuelle Epidemiologie und Erfahrungen aus Ausbruchuntersuchungen 2010/2011. *Epid Bull* 2012; 19: 165–173
2. Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) vom 20. Juli 2007
3. Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung- BioStoffV) vom 27. Januar 1999, zuletzt geändert am 18. Dezember 2008
4. Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. Ausgabe: November 2003, zuletzt geändert am 25. April 2012 (GMBI 15-20: 380)
5. Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 130: Arbeitsschutzmaßnahmen in akuten biologischen Gefahrenlagen. Ausgabe: Juni 2012 (GMBI 26: 459–469)

Bericht aus der Abteilung Gesundheitswesen des Landratsamtes Erding. **Ansprechpartner** sind Dr. Dr. Heribert Stich, MPH (E-Mail: stich.heribert@lra-ed.de) und Herr Siegfried Ippisch (E-Mail: ippisch.siegfried@lra-ed.de).

Eurosurveillance wird ein Impact Factor von 6,15 zugesprochen

Eurosurveillance ist eine europäische Zeitschrift mit *Peer-Review*-Verfahren. Sie widmet sich Themen der Epidemiologie, Surveillance sowie Prävention und Überwachung übertragbarer Infektionskrankheiten. Sie hat ihren ersten *Impact Factor* für 2011 erhalten und mit 6,15 ein sehr gutes Ergebnis erzielt. *Eurosurveillance* liegt damit auf Platz 6 von 70 Zeitschriften der Kategorie „Infectious Diseases“.

Eurosurveillance wird seit März 2007 vom *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) in Stock-

holm, Schweden, herausgegeben. Dabei garantiert der Herausgeber die Unabhängigkeit des Redaktionsteams, das von 18 *associate editors* sowie von gegenwärtig 37 *editorial advisors* unterstützt wird.

Eurosurveillance ist eine *Open-Access*-Zeitschrift und als solche kostenfrei sowohl für Leser als auch für Autoren. Alle Artikel werden in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase und EBSCO aufgeführt.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Autochthone Malaria-Erkrankungen durch *Plasmodium vivax* in Griechenland

In Griechenland sind auch dieses Jahr wieder **autochthone Malariafälle** (*Plasmodium vivax*) aufgetreten. Nach Angaben der Gesundheitsbehörden sind seit Juni 2012 sechs Personen an Malaria tertiana erkrankt, die keine Reiseanamnese in Bezug auf die klassischen Malaria-Endemiegebiete aufweisen (3 Fälle in Evrotas/Lakonia, 3 Fälle in Ost-Attica, davon 2 Fälle in Marathon, 1 Fall in Markopoulo). Der früheste der sechs erstmalig 2012 diagnostizierten Patienten erkrankte im Mai.

Nachdem Griechenland seit 1974 als Malaria-frei galt, wurden 2011 40 Malaria-Erkrankungen bei Personen ohne vorherige Reiseanamnese registriert (34 Fälle in Evrotas/Lakonia, je 2 Fälle in Evia und Ost-Attica, je 1 Fall in Larissa und Viotia). Die meisten erkrankten im September und Oktober. Es wurden keine derartigen Infektionen unter Griechenland-Reisenden aus Deutschland bekannt.

Es handelt sich durchweg um Infektionen durch *Plasmodium vivax*. Sowohl in 2011 als scheinbar auch in 2012 am stärksten betroffen ist Evrotas im Distrikt Lakonia, auf dem südlichen Peloponnes. Insgesamt treten die Erkrankungen vor allem in intensiv landwirtschaftlich genutzten Gebieten auf – es wird vermutet, dass die heimischen Mücken die Plasmodien von Erntehelfern aus Endemieländern erwarben. Ob sich die 2012 diagnostizierten Fälle tatsächlich auch in diesem Sommer infiziert haben oder schon 2011, lässt sich nur durch eine Genotypisierung der Plasmodien bestimmen.

Die Behörden haben eine intensiviertere Surveillance und Mosquito-Kontrollmaßnahmen implementiert.

Aktuelle West Nil-Fieber Situation in Europa und den USA

Wie schon in den Vorjahren beobachten auch 2012 erneut einige Länder in Südeuropa und Südosteuropa **menschliche Infektionen mit West-Nil-Virus**. Zu einer Übertragung kommt es insbesondere in Gebieten mit starker Mückenbelästigung im Spätsommer und Frühherbst, z.B. nahe Sümpfen und in Flussniederungen. Dieses Jahr haben in

Europa bislang Griechenland, Italien, Rumänien, Serbien und Russland menschliche Erkrankungsfälle gemeldet. Auch in Israel, den Palästinensischen Gebieten und Tunesien wurden Infektionen festgestellt. Die Fallzahlen schwanken sehr stark, sind aber auch extrem von der Art und Qualität der Surveillance für West-Nil-Virus abhängig. Über die aktuelle Situation in Europa informiert detailliert eine Webseite des *European Centre for Prevention and Disease Control* (ECDC; http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/west_nile_fever/West-Nile-fever-maps/Pages/index.aspx).

Nach Nordamerika wurde das Virus 1999 eingeschleppt. Seither kommt es jedes Jahr zu menschlichen Erkrankungsfällen; neben den USA sind auch Teile Kanadas und Mittelamerikas betroffen. Nach einigen Jahren relativ geringer Fallzahlen, wird aktuell in einigen Regionen der USA wieder eine starke Zunahme der Fallzahlen beobachtet. Insbesondere in der Stadt Dallas, Texas, spricht man von einem sehr intensiven städtischen Ausbruch. Neben Texas melden auch Louisiana, Mississippi, Oklahoma und South Dakota viele Erkrankte. Über die aktuelle Datenlage in den USA informieren die *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC; http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/west-nile/USGS_frame.html).

West-Nil-Virus-Infektionen verlaufen zu einem großen Teil asymptomatisch (ca. 80%), ansonsten als fieberhafte Erkrankung (ca. 20%) mit Kopfschmerzen und Gliederschmerzen. Insbesondere bei älteren und immunschwachen Patienten kann als Komplikation eine Meningoenzephalitis hinzukommen, die auch mit bleibenden kognitiven Einschränkungen und Todesfällen assoziiert ist.

Bericht aus dem Fachgebiet 35 „Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen“ des Robert Koch-Instituts. Als **Ansprechpartnerin** steht Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de) zur Verfügung.

Hinweis: Das Robert Koch-Institut führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch!

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

32. Woche 2012 (Datenstand: 29.8.2012)

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
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	171	3.755	3.822	0	55	234	5	178	202	39	887	1.341	1	31	55
Bayern	187	4.055	4.713	8	147	350	13	413	578	44	1.285	1.989	1	51	67
Berlin	62	1.707	2.037	1	35	86	5	207	354	14	378	441	2	55	69
Brandenburg	75	1.197	1.457	0	20	53	3	143	215	11	426	439	1	5	6
Bremen	17	254	289	0	4	45	0	10	4	0	62	79	0	2	5
Hamburg	57	984	1.511	4	44	547	3	45	128	10	222	272	0	22	31
Hessen	117	2.169	2.733	2	37	128	8	80	108	41	765	807	1	20	40
Mecklenburg-Vorpommern	78	1.071	1.606	2	16	153	19	319	308	11	315	493	0	1	2
Niedersachsen	145	2.753	3.703	4	92	735	20	341	422	46	1.164	1.342	0	10	11
Nordrhein-Westfalen	439	9.402	10.423	9	186	595	17	637	952	154	2.601	3.044	2	39	40
Rheinland-Pfalz	87	2.118	2.468	2	65	113	9	134	152	20	633	759	0	13	23
Saarland	21	619	674	1	6	13	1	21	34	6	106	185	0	1	2
Sachsen	166	3.115	3.649	2	66	108	20	528	458	40	1.044	939	0	14	29
Sachsen-Anhalt	65	1.000	1.081	0	22	57	20	315	351	19	643	711	0	4	9
Schleswig-Holstein	15	1.157	1.865	0	43	896	0	53	81	1	284	410	0	5	6
Thüringen	62	1.139	1.206	3	36	77	9	238	359	24	965	724	0	9	6
Deutschland	1.764	36.495	43.237	38	874	4.190	152	3.662	4.706	480	11.780	13.975	8	282	401

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	1	99	105	52	6.022	6.586	7	3.189	3.660	9	336	354	0	17	29
Bayern	4	238	242	61	11.190	9.455	7	3.980	5.872	6	442	478	2	48	36
Berlin	1	45	42	4	2.590	2.647	8	1.692	1.333	6	247	270	2	60	43
Brandenburg	2	58	57	29	3.407	3.021	8	1.613	2.640	5	57	47	1	18	12
Bremen	0	7	13	3	553	492	0	88	266	0	14	11	0	1	2
Hamburg	0	49	53	14	2.304	2.406	3	1.106	1.086	2	95	92	1	14	9
Hessen	5	97	119	24	4.519	3.330	5	1.612	2.172	6	160	202	4	41	44
Mecklenburg-Vorpommern	1	30	42	13	2.627	3.004	14	1.291	3.006	3	79	116	2	34	20
Niedersachsen	3	119	213	26	7.691	5.946	16	2.556	3.505	9	127	102	2	47	37
Nordrhein-Westfalen	6	311	422	65	14.485	16.199	36	5.587	7.408	12	504	436	1	126	76
Rheinland-Pfalz	5	104	125	27	3.886	4.204	9	2.096	1.608	0	96	118	2	16	23
Saarland	0	15	16	10	1.344	1.083	1	522	379	1	14	13	0	0	0
Sachsen	4	187	244	74	7.996	7.156	36	2.575	9.113	4	187	170	3	53	45
Sachsen-Anhalt	2	105	118	25	4.441	4.046	11	1.945	2.865	1	62	55	2	25	14
Schleswig-Holstein	0	36	85	5	2.133	2.948	0	1.010	1.245	0	43	43	0	6	2
Thüringen	2	164	163	37	4.475	3.743	5	1.816	2.937	0	44	29	0	28	9
Deutschland	36	1.664	2.059	469	79.663	76.266	166	32.678	49.095	64	2.507	2.536	22	534	401

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

32. Woche 2012 (Datenstand: 29.8.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B++			Hepatitis C++		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	0	34	32	2	37	32	8	502	468
Bayern	2	52	41	4	68	70	12	596	713
Berlin	1	25	45	0	34	49	6	335	363
Brandenburg	1	12	13	0	7	11	1	46	54
Bremen	1	3	10	0	5	8	3	17	13
Hamburg	2	16	59	0	20	23	2	94	80
Hessen	1	24	21	0	28	47	7	220	205
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	2	1	12	5	1	40	20
Niedersachsen	3	38	49	1	18	34	4	188	188
Nordrhein-Westfalen	2	92	74	1	85	97	6	426	376
Rheinland-Pfalz	0	22	13	2	32	37	3	126	139
Saarland	0	1	6	1	12	12	2	51	41
Sachsen	0	8	12	2	22	26	7	190	154
Sachsen-Anhalt	1	12	11	0	12	17	2	68	92
Schleswig-Holstein	0	6	6	0	7	13	2	106	102
Thüringen	0	8	13	0	6	8	3	80	67
Deutschland	14	358	407	14	405	489	69	3.085	3.075

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	1	28	23	0	17	521	8	295	343
Bayern	0	33	30	0	63	404	5	395	406
Berlin	0	13	20	0	16	151	4	196	185
Brandenburg	0	3	8	0	0	26	1	47	57
Bremen	0	3	1	0	2	1	3	29	36
Hamburg	0	5	3	0	3	39	3	93	101
Hessen	1	14	19	0	15	117	4	250	287
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	3	0	0	3	2	56	60
Niedersachsen	0	24	19	0	5	52	4	178	204
Nordrhein-Westfalen	1	43	57	1	15	100	10	695	698
Rheinland-Pfalz	1	17	24	0	3	27	0	91	111
Saarland	0	3	2	0	0	31	1	17	30
Sachsen	0	9	10	0	0	23	2	85	77
Sachsen-Anhalt	0	11	3	0	0	0	1	69	70
Schleswig-Holstein	0	8	12	0	2	18	0	56	42
Thüringen	0	5	9	0	0	0	2	54	47
Deutschland	4	221	243	1	141	1.513	50	2.606	2.754

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

32. Woche 2012 (Datenstand: 29.8.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	32. Woche	1.–32. Woche	1.–32. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	50	930	226	674
Brucellose	1	17	12	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	72	86	134
Dengue-Fieber	8	260	167	288
FSME	4	121	273	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	33	845	880
Hantavirus-Erkrankung	49	2.301	96	305
Hepatitis D	0	6	9	16
Hepatitis E	9	215	160	238
Influenza	6	10.541	43.615	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	180	167	271
Legionellose	17	343	358	640
Leptospirose	3	25	21	51
Listeriose	11	224	188	338
Ornithose	0	7	10	16
Paratyphus	1	24	33	58
Q-Fieber	4	134	250	286
Trichinellose	0	1	1	3
Tularämie	0	5	10	17
Typhus abdominalis	1	36	35	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber

Niedersachsen, 38 Jahre, männlich (Infektionsland Indonesien; 6. Chikungunya-Fall 2012)
Niedersachsen, 73 Jahre, männlich (Infektionsland Philippinen; 7. Chikungunya-Fall 2012)

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

Impressum

Herausgeber

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

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

Redaktion

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

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

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

Vertrieb und 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 **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