



Epidemiologisches Bulletin

27. August 2012 / Nr. 34

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Verbesserung des MMR-Impfschutzes bei Migrantenkindern in einem sozialen Brennpunkt in Deutschland

Bericht des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Stade

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Stade hatte bei Auswertung der Schuleingangsuntersuchung bereits im Jahr 1998 festgestellt, dass die Kinder des Altländer Viertels in Stade einen mangelnden Impfschutz, insbesondere gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR), aufwiesen. Bei dem Altländer Viertel handelt es sich um einen typischen sozialen Brennpunkt mit einem hohen Anteil an Migranten. Die Daten der Sozialraumstudie „Altländer Viertel“ aus dem Jahr 2000 zeigten, dass knapp 2.000 der etwa 46.000 Einwohner der Stadt Stade in diesem sozialen Brennpunkt leben. Fast 76 % der im Altländer Viertel lebenden Kinder und Jugendlichen bezogen Hilfe zum Lebensunterhalt als Einnahmequelle.

Eines der in der Studie erkannten Probleme war das mangelnde Sprachverständnis. Nahezu 67 % der Ausländer und 57 % der hier lebenden Aussiedler äußerten den Wunsch, an einem Sprachkurs teilzunehmen, da sie ihre (Deutsch-) Sprachkenntnisse als nicht ausreichend einschätzten. Von den Bewohnern im Viertel waren 6 % Aussiedler, 49 % hatten eine ausländische und 45 % eine deutsche Staatsangehörigkeit, wovon einige zusätzlich noch eine ausländische Staatsbürgerschaft besaßen. Das erklärt, warum 45 % der als deutsch gezählten Bewohner ihre Sprachkompetenz als nicht ausreichend einstufen. Nach Auskunft des Sozial- und Jugendamtes der Stadt Stade waren von 184 Schülern, die im Jahr 2002 die dortige Grundschule besuchten, 142 nicht mit Deutsch als Muttersprache aufgewachsen. An diesen Bedingungen hat sich bis heute nichts Grundlegendes geändert.

Im Jahr 2008 hat die Stadt Stade einige Straßen im Altländer Viertel umbenannt, damit die hier lebenden Personen nicht schon durch die Angabe der Adresse stigmatisiert sind.

Die erste Intervention 1999

In Zusammenarbeit mit Schule, Kindertagesstätte, Ausländerberatungsstelle der Arbeiterwohlfahrt, der Stadtteilsozialpädagogin, dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt und unter Zuhilfenahme von Dolmetschern wurden die Eltern der im Altländer Viertel lebenden Kinder über die Notwendigkeit eines Impfschutzes, insbesondere gegen Masern, Mumps und Röteln, informiert. Ziel war es, die Eltern zu bewegen, ihre Kinder zur Impfung beim niedergelassenen Haus- und Kinderarzt vorzustellen. Ferner hegten wir die Hoffnung, dass anstehende U-Untersuchungen dann ebenfalls durchgeführt werden, da auch die Teilnehmerquote insbesondere an der U 8 und der U 9 deutlich geringer war als im Durchschnitt des Landkreises. Bei den dann folgenden Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2002 mussten wir feststellen, dass diese Intervention keinen Erfolg hatte. Bei bis zu 40 % der einzuschulenden Kinder aus dem Altländer Viertel konnte von den Eltern kein Impfpass vorgelegt werden (Impfbuchvorlage im Landkreisdurchschnitt damals rund 85 %). Die Impfquoten lagen bei Impfbuchvorlage – bezogen auf eine Masernimpfung – mindestens 15 %, meistens aber 20 % oder mehr unterhalb des Landkreisdurchschnitts.

Diese Woche

34/2012

Schutzimpfungen

Verbesserung des MMR-Impfschutzes bei Migrantenkindern in Deutschland

Publikationshinweis

Webmodul „Migration und Impfen“ neu auf den Internetseiten des RKI

Enterovirus-Typ-71-Infektionen

Schwere Verläufe von Erkrankungen in Kambodscha

Erratum

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
31. Woche 2012



Die zweite Intervention 2002 – 2010

Auf Beratung des Ethno-Medizinischen-Zentrums Hannover wurde ein Konzept, das Vertrauenspersonen einband, eingeführt, um die oben genannte Zielgruppe zu erreichen. Vertrauenspersonen sind Migranten, die als „Brücken“ zwischen dem Gesundheitsamt und der Zielgruppe der Migranten fungieren. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie Personen sind, deren Integrationsgrad weit fortgeschritten ist, so dass sie sowohl Zugang zur „Herkunfts-“ als auch zur „Aufnahmekultur“ haben. Sie genießen das Vertrauen der Migranten und können als „Türöffner“ für die Wahrnehmung gesundheitsfördernder Maßnahmen des Gesundheitswesens dienen. Dies gilt insbesondere für Migranten, die die deutsche Sprache nicht oder nicht ausreichend verstehen, so dass gesundheitsrelevante Informationen erläutert und gewünschte Verhaltensänderungen ermöglicht werden.

Die Vertrauenspersonen suchten ehrenamtlich Menschen ihrer kulturellen Gemeinschaft zu Hause auf und motivierten sie, sich über Impfangebote zu informieren. Außerdem fanden vor den Impfkaktionen Informationsveranstaltungen im Stadtteil statt, so dass nicht nur über Hausbesuche, sondern auch z. B. über Plakate und Handzettel für die Inanspruchnahme von Impfangeboten geworben wurde.

Die Impfungen wurden durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Stade (Leitung Frau Dr. Hartwig) erstmalig ab Herbst 2002 und dann einmal im Jahr bis 2010 angeboten und durchgeführt. Zielklientel war die Altersgruppe bis zum Grundschulalter.

Vor der ersten Intervention hatte die Auswertung des Impfstatus bei der Schuleingangsuntersuchung ergeben, dass im Brennpunkt nur 7 % der Kinder mit Impfpass zweimal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft waren (Landkreisdurchschnitt damals 21 %). In den folgenden Jahren lagen die Impfquoten im sozialen Brennpunkt dann im Landkreisdurchschnitt. Darüber wurde im *Epidemiologischen Bulletin* 22/2006 berichtet.

Da unser Impfangebot in der Zielgruppe mittlerweile akzeptiert war, wurde ab 2003 nicht mehr mit Plakaten und Handzetteln geworben, sondern ab 2005 nur noch über Kindergarten und Schule bekannt gegeben, wann und wo im Altländer Viertel die jährliche Impfkaktion des Gesundheitsamtes stattfindet. Auch das Konzept, das Vertrauenspersonen einband, konnte beendet werden. Weitere Informationen über unser Angebot waren nicht mehr notwendig, so dass unser Aufwand geringer wurde. Trotzdem steigerten sich auch in den Folgejahren die Impfquoten des Altländer Viertels und lagen weiterhin im Landkreisdurchschnitt. Im Jahr 2011 waren bei der Schuleingangsuntersuchung 91 % der dortigen Kinder mit Impfpass zweimal gegen MMR geimpft, wobei auch die Anzahl der vorgelegten Impfdokumente im Bereich des Landkreisdurchschnitts lag. Das bedeutet, dass 2011 bei 90 % der Kinder im Altländer Viertel Impfdokumente vorlagen.

Bewertung

Die Zahl der jährlich einzuschulenden Kinder liegt im Altländer Viertel in der Regel zwischen 50 und 60 Kindern. Durch die geringe Zahl der Kinder sind Schwankungen bei der Auswertung zu berücksichtigen. Trotzdem ist festzustellen, dass über die letzten Jahre hinweg Impfquoten erreicht wurden, die dem Landkreisdurchschnitt entsprachen und auch die Anzahl der vorgelegten Impfausweise lag in etwa im Durchschnitt des Landkreises. Dabei ist bemerkenswert, dass wir im Jahr 2002 noch 100 Impfungen selbst durchführten, die Zahl der vom Gesundheitsamt durchgeführten Impfungen aber dann immer mehr zurückging. In den Jahren 2009 und 2010 wurden nur noch 2 bzw. 3 Kinder durch uns geimpft. Offensichtlich wurde unser Hinweis auf das Angebot der niedergelassenen Kollegen von der Zielgruppe aufgegriffen. Deshalb haben wir uns entschlossen, nach dem Jahr 2010 die Daten nur noch zu überwachen und keine eigenen Impfungen mehr anzubieten.

Vergleicht man die lokalen Impfquoten für das Jahr 2011 mit den vom Robert Koch-Institut zur Verfügung gestellten Daten für die Bundesrepublik Deutschland, fällt auf, dass wir für diesen sozialen Brennpunkt nicht mehr von einer mangelhaft geimpften Untergruppe sprechen können. Gleichzeitig steigerte sich die Vorlagequote der U-Untersuchungshefte und die Teilnahmequote an der U 9. Wir ziehen den Schluss, dass sich die Intervention mit einem Konzept, das auf die Information und Einbindung von Vertrauenspersonen setzt, bewährt hat. Es bewirkt, dass sich der gewünschte Erfolg durch Eigeninitiative innerhalb dieser Zielgruppe selbst dann einstellt, wenn es sich um eine Gruppe handelt, die als schwer erreichbar gilt. Impulse von außen sind dann nicht mehr notwendig, was den Einsatz von eigenen Ressourcen schont.

Schlussfolgerungen

Eltern, deren Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung noch nicht altersgerecht geimpft sind, erhalten eine Impfempfehlung. Eigene Untersuchungen aus dem Jahr 2005 zeigten, dass diese Impfempfehlung bei der Schuleingangsuntersuchung in der Hälfte der Fälle angenommen wurde. Es ist also anzunehmen, dass bei MMR eine Impfquote von 95 % erreicht wurde, die als ausreichend angesehen wird, Masernausbrüche zu verhindern.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung im gesamten Landkreis zeigen, dass wir bei Kindern mit Migrationshintergrund weiterhin etwas unterdurchschnittliche MMR-Impfquoten finden. In den Jahren 2009 und 2010 lagen die Impfquoten im Landkreis bei Kindern mit Migrationshintergrund bei 6 bzw. 13 % unter dem Durchschnitt. Im Interventionsgebiet Altländer Viertel war die Impfquote ursprünglich noch viel schlechter. Dieser Unterschied wurde durch die Intervention beseitigt, während er außerhalb bestehen blieb. Dieses Defizit ist somit nicht mehr räumlich begrenzt, sondern über den Landkreis verteilt. Um die Personengruppe mit Migrationshintergrund zu erreichen,

haben wir uns ab dem Jahr 2009 entschlossen, beim Dreigenerationenprojekt des Ethno-Medizinischen-Zentrums Hannover mitzuarbeiten. Hier werden Migrantenvertreter zu einer ganzen Reihe von Gesundheitsproblemen informiert, wie z. B. Impfungen, Gesundheit und Alter, das deutsche Gesundheitswesen usw. Diese suchen dann die üblichen Treffpunkte ihrer kulturellen Gruppe auf und informieren ihre Bevölkerungsgruppe über wichtige (Gesundheits-)themen. Hier ist der Erfolg der Arbeit mit Vertrauenspersonen zwar nicht so gut und schnell zu erfassen, wir

können aber aufgrund unserer Erfahrungen bei der Motivation zu Impfungen oder U-Untersuchungen auf die Wirksamkeit des Vorgehens bauen und auch in diesen Bereichen wirkungsorientiert steuern.

Für diesen Bericht danken wir Dr. Christine Hartwig und Dr. Gerhard Pallasch, Gesundheitsamt Stade.

Dr. Dreesman und Frau Jahn, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Hannover, gilt Dank für die Unterstützung bei der Auswertung der Daten. Dr. Pallasch steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: Gesundheitsamt@landkreis-stade.de).

Webmodul „Migration und Impfen“ neu auf den Internetseiten des RKI

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventivmaßnahmen und haben zur weltweiten Zurückdrängung gefährlicher Infektionskrankheiten wie z. B. der Poliomyelitis entscheidend beigetragen. Das deutsche Impfsystem gewährleistet die kostenfreie Versorgung für die von der STIKO empfohlenen Impfungen und bietet einen gut erreichbaren Zugang über die impfende niedergelassene Ärzteschaft. Die gute Akzeptanz von Schutzimpfungen zeigt sich an den bundesweit hohen Impfquoten bei Kindern. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen allerdings, dass beispielsweise nach der Geburt zugewanderte Kinder und Jugendliche Impflücken

aufweisen. Zudem kann es bei bestimmten Gruppen, z. B. bei zugewanderten Personen ohne Versicherungsschutz oder Personen mit Fluchterfahrung, zu deutlichen Defiziten bei der Durchimpfung kommen.

Das neue Webmodul „Migration und Impfen“ enthält zahlreiche Hintergrundinformationen, z. B. zu „Gesundheit und Migration“ oder auch zu „exemplarischen Projekten“, außerdem werden Materialien zu dem Thema zur Verfügung gestellt. Das Webmodul „Migration und Impfen“ kann unter www.rki.de > **Infektionsschutz** > **Impfen** > **Migration und Impfen** aufgerufen werden.

Schwere Verläufe von Enterovirus-Typ-71-Infektionen in Kambodscha

Beginnend im April dieses Jahres kam es in Kambodscha zu einem ungewöhnlichen Krankheitsausbruch bei vorwiegend unter 3 Jahre alten Kindern. Dieser war durch einen akuten Beginn mit hohem Fieber, gefolgt von Enzephalitis assoziiert mit respiratorischen Symptomen (Lungenödem) gekennzeichnet. Bis Mitte Juli wurden 78 Patienten hospitalisiert. Sie kamen aus 14 verschiedenen Provinzen, wurden aber überwiegend (n=62) im Kantha Bhopa Hospital behandelt.

Es wurde eine Untersuchung des Ausbruchs eingeleitet, unterstützt durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Partner wie das Institut Pasteur in Kambodscha und das amerikanische CDC. Von 61 Fällen, die der Falldefinition entsprachen, verstarben 54, oft innerhalb von 24 Stunden nach Einweisung ins Krankenhaus.

Auf Grund der hohen Sterberate konnte nur von 31 Patienten rechtzeitig Untersuchungsmaterial für die Labordiagnostik gewonnen werden. Die Mehrheit der Proben war positiv für Enterovirus Typ 71 (EV 71). In einem Teil der Proben wurden weitere Erreger nachgewiesen, so *Haemophilus influenzae* Typ b und *Streptococcus suis*. Einige der betroffenen Kinder litten an chronischen Erkrankungen und Unterernährung. Die hohe Sterblichkeit könnte zudem durch die Gabe von Steroiden, die viele Patienten zuvor erhalten haben, begünstigt worden sein. Es ist bekannt, dass die Anwendung von Steroiden das Immunsystem unterdrückt und damit den Zustand von Patienten mit einer EV-71-Infektion verschlechtern kann.

Als Reaktion auf diese Krankheitshäufung hat die kambodschanische Regierung mit Unterstützung der WHO eine verstärkte Surveillance für neuro-respiratorische Symptome eingeleitet, einem Kardinalsymptom bei Patienten mit

schwerer Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK), verursacht durch EV 71. Die entsprechenden Gesundheitszentren wurden angewiesen, alle Fälle von HFMK zu melden.

Die phylogenetische Analyse der EV 71 Sequenzen aus Kambodscha ergab eine sehr hohe Übereinstimmung mit aktuellen EV 71 Sequenzen des Genotyps C4 aus Vietnam und China.

HFMK ist eine häufige Infektionskrankheit bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr. Verursacht wird sie durch verschiedene Enteroviren, vorrangig Coxsackievirus A16. Die Erkrankung verläuft meist mild und selbstlimitierend. HFMK, verursacht durch den Serotyp EV 71 kann allerdings zu schweren Verläufen mit Todesfolge führen. Eine spezifische Therapie und eine Impfung stehen derzeit nicht zur Verfügung. Die HFMK tritt weltweit auf; in den letzten Jahren sind gehäuft große Ausbrüche in asiatischen Ländern aufgetreten. Zum Vorkommen von EV 71 in Deutschland wurde bereits berichtet (s. *Epid. Bull.* 13/2012). Weitere Informationen zu HFMK und Enteroviren erteilt das NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI.

Quelle: WHO, promed mail

Für diesen Bericht danken wir Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: NeubauerK@rki.de) sowie Dr. Sabine Diedrich (E-Mail: DiedrichS@rki.de), die beide als **Ansprechpartnerinnen** zur Verfügung stehen.

Erratum zu Ausgabe 33/2012 des *Epidemiologischen Bulletins*

In der Abbildung 2 auf der Seite 337 der Ausgabe 33/2012 des *Epidemiologischen Bulletins* ist in der Legende ein Fehler aufgetreten. Die Beschriftung der dunkelblauen Symbole mit „HIV-Infektion (w)“ und „HIV-Infektion (m)“ ist nicht korrekt. Stattdessen muss es „HCV-Infektion (m)“ und „HCV-Infektion (w)“ heißen. In der Internet-Ausgabe, aufzurufen unter www.rki.de > **Infektionsschutz** > **Epidemiologisches Bulletin**, wird die Abbildung 2 richtig dargestellt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

31. Woche 2012 (Datenstand: 22.8.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	149	3.562	3.642	0	56	229	8	172	190	36	846	1.270	2	30	53
Bayern	170	3.864	4.483	4	138	342	17	400	556	34	1.239	1.900	0	50	65
Berlin	79	1.645	1.944	2	34	85	8	202	341	17	364	431	1	53	65
Brandenburg	59	1.122	1.384	0	19	53	8	140	204	13	414	427	0	3	6
Bremen	16	237	275	0	4	45	1	10	4	3	62	75	0	2	5
Hamburg	46	919	1.445	1	40	545	3	41	127	4	209	261	1	22	29
Hessen	99	2.044	2.608	0	35	128	2	72	106	37	722	748	6	19	36
Mecklenburg-Vorpommern	62	993	1.530	1	14	150	25	300	293	11	304	481	0	1	2
Niedersachsen	127	2.603	3.538	3	88	733	20	320	398	39	1.118	1.288	1	10	11
Nordrhein-Westfalen	426	8.955	9.889	10	178	578	32	620	923	115	2.445	2.928	2	37	38
Rheinland-Pfalz	108	2.031	2.290	1	63	110	4	125	143	34	613	736	1	13	20
Saarland	27	596	659	0	5	13	0	20	34	3	100	181	0	1	2
Sachsen	166	2.949	3.471	2	64	107	21	508	440	33	1.004	903	0	14	29
Sachsen-Anhalt	44	935	1.037	0	22	56	16	295	338	17	624	692	1	4	9
Schleswig-Holstein	51	1.142	1.770	0	43	890	3	53	79	7	283	385	0	5	5
Thüringen	61	1.075	1.152	1	33	74	7	229	353	26	941	709	1	9	4
Deutschland	1.690	34.672	41.117	25	836	4.138	175	3.507	4.529	429	11.288	13.415	16	273	379

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	2	98	103	44	5.965	6.537	14	3.182	3.639	12	327	345	0	17	28
Bayern	7	233	239	69	11.128	9.364	21	3.973	5.852	5	435	465	2	45	36
Berlin	0	44	41	20	2.586	2.632	7	1.684	1.325	4	241	265	3	58	42
Brandenburg	3	56	56	28	3.378	3.001	15	1.605	2.635	2	52	47	0	17	12
Bremen	0	7	12	4	550	487	0	88	265	1	14	11	1	1	2
Hamburg	1	49	51	16	2.283	2.390	6	1.101	1.076	0	92	88	1	13	8
Hessen	2	92	112	28	4.493	3.286	11	1.607	2.171	8	154	194	4	37	43
Mecklenburg-Vorpommern	1	29	41	23	2.614	2.966	7	1.277	2.995	4	76	110	4	32	18
Niedersachsen	3	115	204	45	7.665	5.902	16	2.539	3.484	1	118	100	0	45	35
Nordrhein-Westfalen	5	307	405	62	14.420	16.099	44	5.550	7.367	17	491	425	12	125	73
Rheinland-Pfalz	2	99	119	28	3.859	4.176	12	2.087	1.595	3	96	115	2	14	21
Saarland	0	15	14	10	1.334	1.074	1	521	379	0	13	12	0	0	0
Sachsen	3	183	235	61	7.922	7.097	33	2.538	9.076	7	183	163	3	50	41
Sachsen-Anhalt	1	103	115	36	4.416	3.999	14	1.934	2.855	4	61	54	1	23	12
Schleswig-Holstein	0	36	82	23	2.128	2.932	3	1.010	1.242	0	43	42	0	6	2
Thüringen	5	162	161	27	4.437	3.694	20	1.811	2.925	2	44	28	3	28	8
Deutschland	35	1.628	1.990	524	79.178	75.636	224	32.507	48.881	70	2.440	2.464	36	511	381

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

31. Woche 2012 (Datenstand: 22.8.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B++			Hepatitis C++		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	0	34	32	0	35	31	18	491	458
Bayern	5	49	40	5	64	66	15	583	681
Berlin	2	24	39	0	34	47	6	329	355
Brandenburg	0	11	13	0	7	11	0	45	54
Bremen	0	2	10	0	5	8	0	14	13
Hamburg	1	14	58	0	20	22	4	92	79
Hessen	2	23	20	0	28	45	5	207	200
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	2	1	11	5	1	39	19
Niedersachsen	1	35	48	1	17	33	4	182	181
Nordrhein-Westfalen	2	90	72	3	85	96	3	425	367
Rheinland-Pfalz	1	22	12	0	30	37	1	123	135
Saarland	0	1	6	0	11	12	0	49	40
Sachsen	0	8	11	2	20	25	8	183	144
Sachsen-Anhalt	0	11	11	0	12	17	1	66	90
Schleswig-Holstein	0	6	6	0	7	13	1	104	100
Thüringen	0	8	13	0	6	8	5	76	65
Deutschland	14	343	393	12	392	476	72	3.008	2.981

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.
Baden-Württemberg	2	27	23	0	17	521	10	283	337
Bayern	0	33	30	0	63	402	7	389	393
Berlin	0	13	18	0	16	146	0	192	176
Brandenburg	0	3	8	0	0	26	1	44	53
Bremen	0	3	1	0	2	1	1	26	32
Hamburg	0	5	3	0	3	39	3	90	94
Hessen	0	13	19	0	15	114	9	245	276
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	3	0	0	3	1	54	60
Niedersachsen	0	24	19	2	5	52	6	172	199
Nordrhein-Westfalen	3	42	57	1	14	98	14	690	678
Rheinland-Pfalz	0	16	23	0	3	27	3	91	109
Saarland	0	3	2	0	0	31	0	16	29
Sachsen	0	9	10	0	0	23	0	80	77
Sachsen-Anhalt	1	11	3	0	0	0	0	68	70
Schleswig-Holstein	0	8	12	0	2	18	1	56	41
Thüringen	0	5	9	0	0	0	1	52	46
Deutschland	6	217	240	3	140	1.501	57	2.548	2.670

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

31. Woche 2012 (Datenstand: 22.8.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	31. Woche	1.–31. Woche	1.–31. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	35	878	220	674
Brucellose	1	16	10	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	65	82	133
Dengue-Fieber	12	252	165	288
FSME	3	117	258	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	33	841	880
Hantavirus-Erkrankung	49	2.240	92	305
Hepatitis D	0	6	9	16
Hepatitis E	3	206	159	238
Influenza	2	10.535	43.614	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	180	164	271
Legionellose	28	325	337	640
Leptospirose	4	22	20	51
Listeriose	4	212	182	338
Ornithose	0	7	10	16
Paratyphus	0	23	32	58
Q-Fieber	5	130	247	286
Trichinellose	0	1	1	3
Tularämie	0	5	10	17
Typhus abdominalis	1	35	33	59

* 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