



# Epidemiologisches Bulletin

19. November 2012 / Nr. 46

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Systemische Massentherapie bei einem Skabiesausbruch in einer Duisburger Altenpflegeeinrichtung

*Skabies ist eine durch die Krätzmilbe verursachte Hauterkrankung. Sie kommt weltweit vor und kann auch bei guter Hygiene Menschen jeden Alters befallen. Leitsymptom ist neben Hautveränderungen ein zumeist ausgeprägter Juckreiz an den befallenen Körperstellen. Die Übertragung der Parasiten erfolgt von Mensch zu Mensch über engen Körperkontakt. Krätzmilben sind außerhalb ihres Wirtes in unbelebter Umgebung nur Stunden bis wenige Tage überlebensfähig. Bei der Sonderform Skabies norvegica findet sich allerdings eine so hohe Milbenkonzentration, dass auch eine indirekte Übertragung durch Kleidung, Möbel u. ä. möglich ist.*

In einer Duisburger Altenpflegeeinrichtung ist bei einem Skabiesausbruch im August 2011 eine orale Massenbehandlung mit dem in Deutschland für diese Indikation bisher nicht zugelassenen Wirkstoff Ivermectin durchgeführt worden. Die 82 Bewohner des betroffenen Hauses werden von insgesamt 64 intern und extern Beschäftigten (Pflegekräfte, Hauswirtschaftspersonal, Friseur, Krankengymnasten u. a.) betreut. Sie werden zudem von ihren jeweiligen Haus- und Fachärzten individuell medizinisch behandelt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Angehörigen gab es bei diesem Ausbruch demzufolge zahlreiche potenzielle Kontaktpersonen.

Bereits im August 2010 hatten alle Bewohner und Beschäftigten im Rahmen eines Skabiesausbruchs eine zeitgleiche lokale Therapie mit einem Permethrinpräparat erhalten. Die begleitenden Hygienemaßnahmen waren in Anlehnung an Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI)<sup>1</sup> und den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)<sup>2</sup> umgesetzt worden.

Dennoch wurden bei drei Bewohnern aus einem Wohnbereich im August 2011 erneut Hautveränderungen festgestellt, die trotz mehrfacher ambulanter fachärztlicher Konsultation erst am 14.09.2011 (**Tag 1**) in einer Hautklinik als Skabies norvegica sowohl klinisch als auch mittels Nativpräparat mikroskopisch diagnostiziert werden konnten. Diese drei Bewohner wurden stationär in der Hautklinik zur Therapie aufgenommen. Am gleichen Tag (14.09.2011) wurde bei drei weiteren Bewohnern und drei Beschäftigten desselben Wohnbereiches der Verdacht eines Skabies-Befalls durch einen zur Konsultation hinzugezogenen Allgemeinmediziner geäußert. Die Einrichtung leitete unverzüglich Sofortmaßnahmen ein (Isolierung der drei zuletzt neu mit Skabies diagnostizierten Bewohner und Vereinbarung eines Termins zur stationären Therapie, Schutzkleidung für die in den betroffenen Patientenzimmern tätigen Pflegekräfte, Bitte um Aufenthalt aller anderen Bewohner dieses Wohnbereiches im eigenen Zimmer, Desinfektion der Zimmer der zu der Zeit bereits stationär behandelten Skabies-Betroffenen durch eine Fachfirma, Arbeitsverbot für die drei betroffenen Beschäftigten etc.).

Auf Grund der Erfahrungen aus dem Ausbruch 2010 berief der Einrichtungsleiter einen Krisenstab ein, dem neben der Pflegedienstleitung (PDL), den

Diese Woche

46/2012

### Skabies

Systemische Massentherapie bei einem Ausbruch in einer Duisburger Altenpflegeeinrichtung

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik  
43. Woche 2012

### ARE/Influenza

Zur Situation in der  
45. Woche 2012



Wohnbereichsleitungen (WBL), der Hygienebeauftragten des Hauses auch Vertreter des Gesundheitsamtes und der Heimaufsicht der Stadt Duisburg, der Vertragsapotheker der Einrichtung und zunächst auch ein Schädlingsbekämpfer angehörten.

Nachfolgend werden die Ereignisse und das weitere Vorgehen während des Ausbruchs geschildert.

**Tag 3 (16.09.2011):** Der einberufene Krisenstab tagte erstmalig gemeinsam. Nach eingehender Beratung mit der behandelnden Hautklinik empfahl die Amtsärztin den Einsatz des oral zu verabreichenden Wirkstoffes Ivermectin für alle Betroffenen und deren Kontaktpersonen im Rahmen der Gefahrenabwehr, u. a. auch weil bei mindestens drei Personen die hochinfektiöse Skabies norvegica festgestellt worden war und außerdem nun innerhalb eines Jahres ein erneuter Ausbruch auftrat. Des Weiteren müssen gemäß den aktuellen Richtlinien und Empfehlungen (AWMF, RKI-Ratgeber für Ärzte: Skabies) alle Kontaktpersonen zeitgleich behandelt werden. Dabei galt es zu berücksichtigen, dass es sich möglicherweise um eine sehr hohe Anzahl betroffener Personen handeln könnte.

Im Rahmen der Maßnahmenplanung erfasste die Einrichtung alle möglicherweise betroffenen Personen und suchte einen niedergelassenen Dermatologen, der bereit war, Bewohner und Beschäftigte zu untersuchen. Zeitgleich wurde der Betriebsarzt, der kein Facharzt für Dermatologie ist, über die Situation informiert.

Des Weiteren wurden Informationsveranstaltungen für alle Bewohner, deren Angehörige und Betreuer, den Beirat der Bewohner, für Beschäftigte und sonstige Personen (externe Dienstleister, Ehrenamtliche etc.) geplant. Es wurde notwendig, Aufklärungsschriften bezüglich der oralen Medikation mit Ivermectin zu erstellen bzw. bereitzustellen.

Ein Schädlingsbekämpfer bereitete die Zimmer der erkrankten Bewohner mit Pyrethrum-Trockennebel-Sprühbehandlung auf, damit sie milbenfrei wurden.

**Tag 6 (19.09.2011):** Während der Krisensitzung wurde mitgeteilt, dass bei vier weiteren Bewohnern aus dem betroffenen Wohnbereich der Verdacht einer Skabieserkrankung bestünde. Somit gab es drei Skabies erkrankte und sieben Skabies verdächtige Bewohner sowie drei Betreuer mit Skabiesverdacht. Die Sofortmaßnahmen wurden weitergeführt und ausgeweitet: Alle Bewohner des betroffenen Wohnbereiches sollten in diesem Bereich bleiben. Alle Beschäftigten und Besucher durften den betroffenen Wohnbereich nur noch mit Schutzkleidung betreten. Alle Gemeinschaftsveranstaltungen des Hauses wurden ausgesetzt.

Inzwischen hatte die Einrichtung alle Bewohner, Beschäftigte und sonstige Personen, die regelmäßig die Einrichtung besuchen, erfasst und einen niedergelassenen Hautarzt gefunden, der bereit war, eine Reihenuntersuchung durchzuführen. Die ärztliche Zuständigkeit für die Beschäftigten wurde von der Berufsgenossenschaft (BGW) auf den niedergelassenen Hautarzt übertragen. Alle Bewohner und Beschäftigten, die an der systemischen Mas-

senchemotherapie mit Ivermectin teilnehmen wollten, willigten nach eingehender Aufklärung durch die Einrichtungsleitung und den niedergelassenen Hautarzt dieser Behandlung schriftlich ein und ließen ihr Körpergewicht bestimmen, damit die Dosis festgelegt werden konnte. Im Rahmen der Gefahrenabwehr verschrieb die Amtsärztin für alle Bewohner und Beschäftigten, die ihre Zustimmung gegeben hatten, den Wirkstoff Ivermectin in der voraussichtlich erforderlichen Menge. Der Vertragsapotheker des Hauses übernahm die Beschaffung des verordneten Wirkstoffs.

**Tag 8 (21.09.2011):** Drei Gründe sprachen dafür, einen Nachmittag als Untersuchungszeitpunkt auszuwählen: die geringste Störung des Zeitkonzeptes des Ärzteteams (keine Sprechstunde in der eigenen Praxis), die Überschneidung von Früh- und Spätdienst in der Einrichtung und insbesondere die geringstmögliche Belastung für die Bewohner, da viele ohnehin regelmäßig nach dem Mittagessen ruhen. Ab 13:30 Uhr unterstützten die den Bewohnern vertrauten Pflegekräfte aus Früh- und Spätdienst die Vorbereitung und Durchführung der ärztlichen Untersuchung (auskleiden, informieren, aufklären, beruhigen, ankleiden etc.).

Der niedergelassene Hautarzt untersuchte mit seinem Team insgesamt 135 Personen der Einrichtung (76 Bewohner, 53 Mitarbeiter, 6 Reinigungskräfte). Die Untersuchungen erfolgten ausschließlich nach klinischen Kriterien. Ein mikroskopischer Milbennachweis war auf Grund der Vielzahl der zu Untersuchenden nicht zu bewältigen.

Bei 48 Personen (35,6%; 24 Bewohner, 22 Mitarbeiter, zwei Reinigungskräfte), davon 28 Personen (58,3%; 17 Bewohner und 11 Mitarbeiter) aus dem zuerst betroffenen Wohnbereich, bestand ein Verdacht auf Skabiesbefall. Nebenbefundlich wurden bei acht Bewohnern Basaliome sowie bei einem Bewohner klinisch ein malignes Melanom diagnostiziert. Bei 119 Untersuchten (88%), die sich für die systemische Therapie entschieden hatten, legten die Hautärzte auf Basis der erfassten Körpergewichte die individuellen Dosierungen für Ivermectin fest; 16 (12%) Untersuchte entschieden sich für eine lokale Therapie mit Permethrin.

**Tag 9 (22.09.2011):** Nach Rücksprache der Amtsärztin mit dem RKI und mit der Hautklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf sollten möglichst alle Personen, die körperlichen Kontakt zu Bewohnern und Mitarbeitern der gesamten Einrichtung hatten, eine prophylaktische Therapie nach ärztlicher Beratung in Erwägung ziehen.

Am Abend wurden Angehörige, Betreuer und ehrenamtlich Tätige vom Einrichtungsleiter umfassend über die Entwicklung, den aktuellen Sachstand und die weitere Vorgehensweise informiert und um Unterstützung gebeten. Das anwesende Krisenteam beantwortete die zahlreichen Fragen der Anwesenden. Um die Gefahr einer erneuten Ansteckung einzudämmen, wurde den Anwesenden dringend empfohlen, sich als Kontaktpersonen der Bewohner ebenfalls in fachärztliche Behandlung zu begeben und

sich prophylaktisch eine systemische (Ivermectin) oder lokale (Permethrin) Therapie verordnen zu lassen. Als Alternative dazu wäre die ordnungsrechtliche Anordnung einer vierwöchigen Kontaktsperre zu prüfen. Das Hautarztteam bot an, diesen Personenkreis aus potenziellen Kontaktpersonen in der Hautarztpraxis bevorzugt zu behandeln.

**Tag 10 (23.09.2011):** Über 40 Teilnehmer des Informationsabends konsultierten zusätzlich die Sprechstunde der Hautarztpraxis.

**Tag 13 (26.09.2011):** Das Krisenteam legte den Termin für die Durchführung der systemischen Massenchemotherapie auf den 29.09.2011 (Tag 16) fest, da zu diesem Zeitpunkt alle vorzubereitenden Maßnahmen abgeschlossen werden konnten, und der Wirkstoff Ivermectin geliefert und vorrätig wäre. Um zu vermeiden, dass Bewohner sich nach erfolgter Medikamenteneinnahme erneut über Kleidung, Möbel u. ä. infizieren, wurden im Vorfeld für jeden Bewohner zwei Sätze Wäsche und Bekleidung mit einem Desinfektionswaschmittel<sup>3</sup> desinfizierend aufbereitet und in einem zuvor vom Schädlingsbekämpfer behandelten Raum der Einrichtung gelagert.

Des Weiteren wurde der Personenkreis definiert, der einen Nachweis über Skabiesfreiheit erbringen sollte. Dazu gehörten regelmäßige Gäste bzw. weitere Mitarbeiter des Hauses, die häufigen und engen Kontakt zu Bewohnern haben und deshalb potenzielle Milbenträger sein könnten.

**Tag 16 (29.09.2011):** Die Kleiderschränke der Bewohner wurden für 48 Stunden versiegelt. Am Abend um 20:00 Uhr wurde allen Bewohnern und Beschäftigten zeitgleich das Medikament Ivermectin oral verabreicht bzw. vereinzelt eine Lokalthherapie angewandt.

**Tag 17 (30.09.2011):** Ab 8:00 Uhr wurden alle Räumlichkeiten desinfiziert, alle Bettdecken und Kopfkissen, die gesamte Flachwäsche und die Bewohnerbekleidung wurden desinfizierend aufbereitet. Nach Medikation und Hygienemaßnahmen galt die Einrichtung als skabiesfrei und es musste verhindert werden, dass erneut Skabiesmilben von außerhalb in die Einrichtung eingeschleust werden.

Alle Besucher wurden im Foyer der Einrichtung empfangen, (weiter) aufgeklärt und gebeten, eine ärztliche Untersuchung und Behandlung nachzuweisen (ständige Gäste). Gelegentliche Besucher sollten prüfen, ob sie in den vorangegangenen vier Wochen die Einrichtung besucht hatten, die besuchte Person unter Krankheitsverdacht stand und Körperkontakt zwischen ihnen und dem Besuchtem stattgefunden hatte. Waren diese Fragen zu bejahen, wurde empfohlen sich ebenfalls in ärztliche Behandlung zu begeben.

**Tag 29 (12.10.2011):** 80 Bewohner und 52 Mitarbeiter (132 Personen) wurden vom Hautarztteam in der Einrichtung nachuntersucht. Die Untersuchungen erfolgten ebenfalls nur nach klinischen Kriterien. Bei 17 Bewohnern wurden noch Hautveränderungen beobachtet. 15 Bewohner erhielten eine zweite Behandlung mit Ivermectin, zwei Be-

wohner bekamen Permethrin und zusätzlich bekam jeder dieser Bewohner ein lokales Steroid zur Behandlung eines postskabiösen Ekzems. Zwei der 52 untersuchten Mitarbeiter erhielten eine Behandlung mit Permethrin. Sie und fünf andere Mitarbeiter erhielten ein lokales Steroid zur Behandlung eines postskabiösen Ekzems.

**Tag 45 (02.11.2011):** Die Patienten, bei denen am 12.10.2011 Hautveränderungen festgestellt worden waren, wurden erneut untersucht. Anhaltspunkte für eine fortbestehende Skabies waren nicht vorhanden.

#### Fazit

Ein fachübergreifender Krisenstab, ein konsequentes Hygienemanagement, Diagnostik und Behandlung aller durch ein niedergelassenes Hautarztteam und eine umfangreiche Informations- und Aufklärungsarbeit und der Entschluss zur systemischen Massenchemotherapie führten zum schnellen und dauerhaften Erfolg. Ivermectin wurde von allen Behandelten gut vertragen. Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden.

Die hohe Anzahl der im Rahmen der Diagnostik festgestellten Nebenbefunde spricht für die Einführung einer regelmäßigen dermatologischen Vorsorgeuntersuchung bei Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen.

Erschwert wurde das Epidemiemanagement durch die Tatsache, dass der Wirkstoff Ivermectin zur Behandlung der Skabies in Deutschland nicht zugelassen ist. Außerdem müssen die Krankenversicherungen bzw. die Berufsgenossenschaft die Kosten für das Medikament und für weitergehende Folgeuntersuchungen nicht übernehmen. Hier war ein weiterer hoher Zeitaufwand notwendig, um die Krankenkassen (für die Bewohner) und die Berufsgenossenschaft (für die Beschäftigten) von der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen zu überzeugen, damit die Kosten größtenteils übernommen wurden. Trotz aller Bemühungen musste die Einrichtung bei Kosten von insgesamt 40.000 Euro (darin enthalten z. B. Beschaffung der Medikamente, 160 Überstunden des Personals, Einsatz des Schädlingsbekämpfers, zusätzliche Kosten für Schutzkleidung) ca. 9.000 Euro selbst tragen.

#### Literatur

1. RKI: Krätzmilbenbefall. Ratgeber für Ärzte. *Epid Bull* 2009 (19): 177–182
2. Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften/Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG): AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/052, online aktualisiert 01/2008
3. Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren Stand vom 31.5.2007 (15. Ausgabe). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007; 50:1335–1356

Für diesen Artikel danken wir Dr. Petra Terlinden, medizinische Heimaufsicht, Gesundheitsamt Duisburg, Ina Lapschies, Heimaufsicht, Amt für Soziales und Wohnen, Duisburg sowie Dr. Hanspeter Prieur, Facharzt für Dermatologie, Duisburg. Dr. Terlinden steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: P.Terlinden@stadt-duisburg.de).

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

43. Woche 2012 (Datenstand: 14.11.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.
Baden-Württemberg	112	5.456	5.608	2	89	281	6	263	333	40	1.505	2.069	0	43	74
Bayern	147	5.995	6.885	2	223	432	21	706	874	69	2.174	2.941	0	73	106
Berlin	64	2.618	2.857	0	45	107	18	365	513	17	619	769	2	67	85
Brandenburg	48	1.793	2.108	1	24	58	8	213	299	15	707	666	0	6	6
Bremen	6	370	402	1	6	48	0	19	7	4	99	127	0	4	8
Hamburg	42	1.487	2.011	0	60	564	3	80	152	10	360	384	0	32	40
Hessen	83	3.200	3.876	1	51	141	2	114	154	10	1.084	1.272	0	28	54
Mecklenburg-Vorpommern	45	1.649	2.295	1	23	171	31	552	495	4	462	645	1	2	2
Niedersachsen	63	4.102	5.116	5	170	794	7	574	637	33	1.737	1.935	0	15	15
Nordrhein-Westfalen	316	13.689	15.288	7	267	701	33	1.026	1.277	58	3.751	4.553	2	62	64
Rheinland-Pfalz	58	3.102	3.485	2	105	141	3	213	214	33	971	1.104	1	22	42
Saarland	22	944	1.007	0	10	16	0	35	49	4	190	231	1	4	2
Sachsen	99	4.621	5.327	1	90	140	32	786	778	42	1.536	1.430	0	23	37
Sachsen-Anhalt	28	1.430	1.558	3	35	65	8	461	557	21	1.001	1.083	0	6	12
Schleswig-Holstein	41	1.856	2.561	2	64	925	0	66	119	19	455	590	1	6	8
Thüringen	28	1.639	1.752	0	47	88	7	358	485	11	1.177	1.002	0	13	10
<b>Deutschland</b>	<b>1.202</b>	<b>53.951</b>	<b>62.136</b>	<b>28</b>	<b>1.309</b>	<b>4.672</b>	<b>179</b>	<b>5.831</b>	<b>6.943</b>	<b>390</b>	<b>17.828</b>	<b>20.801</b>	<b>8</b>	<b>406</b>	<b>565</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.
Baden-Württemberg	3	119	149	83	6.778	7.270	16	3.401	3.884	7	450	503	3	56	45
Bayern	7	318	345	167	12.369	10.412	32	4.308	6.136	11	648	643	3	94	50
Berlin	2	61	64	74	3.116	2.911	14	1.780	1.378	8	337	361	2	95	77
Brandenburg	8	87	91	81	4.097	3.381	12	1.700	2.794	0	72	70	1	29	23
Bremen	0	11	15	9	605	522	2	104	277	0	16	16	0	6	5
Hamburg	1	71	76	42	2.708	2.657	5	1.180	1.140	0	115	122	0	21	14
Hessen	0	121	169	50	4.949	3.783	29	1.725	2.254	2	253	291	3	85	68
Mecklenburg-Vorpommern	1	37	56	69	3.015	3.442	9	1.389	3.119	1	106	157	2	64	66
Niedersachsen	6	173	268	79	8.355	6.545	21	2.722	3.666	4	172	152	2	95	67
Nordrhein-Westfalen	13	420	561	234	15.947	17.536	70	6.094	7.895	21	753	622	20	269	138
Rheinland-Pfalz	4	143	190	47	4.366	4.550	7	2.170	1.689	7	146	165	0	37	36
Saarland	0	24	21	9	1.418	1.158	1	547	401	1	23	26	0	2	3
Sachsen	3	272	338	287	10.002	8.570	12	2.852	9.397	9	267	239	4	134	90
Sachsen-Anhalt	1	134	157	191	5.414	5.012	13	2.031	2.931	1	88	70	1	65	28
Schleswig-Holstein	3	70	115	21	2.363	3.126	7	1.073	1.312	1	58	51	0	11	5
Thüringen	2	219	240	96	5.235	4.295	19	1.970	3.096	1	56	39	5	52	15
<b>Deutschland</b>	<b>54</b>	<b>2.280</b>	<b>2.855</b>	<b>1.539</b>	<b>90.737</b>	<b>85.170</b>	<b>269</b>	<b>35.046</b>	<b>51.369</b>	<b>74</b>	<b>3.560</b>	<b>3.527</b>	<b>46</b>	<b>1.115</b>	<b>730</b>

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-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

43. Woche 2012 (Datenstand: 14.11.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B++			Hepatitis C++		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.
Baden-Württemberg	3	59	52	2	49	47	19	674	625
Bayern	3	82	57	1	89	98	22	811	953
Berlin	6	50	72	0	45	64	11	458	481
Brandenburg	0	16	23	0	8	13	1	61	62
Bremen	0	5	17	0	9	13	2	21	20
Hamburg	0	21	80	0	32	36	1	114	112
Hessen	0	37	34	2	40	60	9	278	280
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	6	0	14	5	0	51	31
Niedersachsen	1	64	97	1	27	42	3	245	270
Nordrhein-Westfalen	3	137	121	0	110	133	8	556	509
Rheinland-Pfalz	0	29	25	2	43	52	4	172	201
Saarland	0	5	8	0	17	14	2	71	54
Sachsen	0	11	14	0	26	38	6	249	229
Sachsen-Anhalt	0	18	15	2	20	17	2	82	115
Schleswig-Holstein	0	17	11	0	11	16	2	148	137
Thüringen	0	11	18	0	11	9	1	93	85
<b>Deutschland</b>	<b>16</b>	<b>567</b>	<b>650</b>	<b>10</b>	<b>551</b>	<b>657</b>	<b>93</b>	<b>4.084</b>	<b>4.164</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.	43.	1.–43.	1.–43.
Baden-Württemberg	2	39	34	0	19	524	8	397	449
Bayern	1	41	38	0	65	431	16	524	571
Berlin	1	17	25	0	16	158	7	267	258
Brandenburg	1	4	10	0	0	26	2	77	61
Bremen	0	3	2	0	2	1	3	43	45
Hamburg	0	8	5	0	3	45	4	123	124
Hessen	0	17	23	0	17	121	8	334	364
Mecklenburg-Vorpommern	1	4	5	0	0	3	2	68	85
Niedersachsen	0	31	27	0	7	55	5	252	262
Nordrhein-Westfalen	0	58	70	0	19	100	16	906	918
Rheinland-Pfalz	2	21	28	0	4	29	4	147	136
Saarland	0	3	2	0	0	34	0	21	36
Sachsen	1	14	14	0	0	23	3	111	106
Sachsen-Anhalt	0	13	3	0	0	0	1	88	83
Schleswig-Holstein	0	9	13	0	2	28	1	67	58
Thüringen	0	7	12	0	0	2	0	64	62
<b>Deutschland</b>	<b>9</b>	<b>289</b>	<b>311</b>	<b>0</b>	<b>154</b>	<b>1.580</b>	<b>80</b>	<b>3.489</b>	<b>3.618</b>

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).



## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

43. Woche 2012 (Datenstand: 14.11.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	43. Woche	1.–43. Woche	1.–43. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	30	1.492	363	674
Brucellose	0	22	20	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	94	113	134
Dengue-Fieber	17	428	239	288
FSME	3	165	408	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	63	869	880
Hantavirus-Erkrankung	12	2.662	171	305
Hepatitis D	0	13	13	16
Hepatitis E	9	308	193	238
Influenza	12	10.586	43.653	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	226	212	271
Legionellose	17	535	550	644
Leptospirose	4	65	45	51
Listeriose	13	336	267	338
Ornithose	0	11	15	16
Paratyphus	0	30	52	58
Q-Fieber	1	178	274	285
Trichinellose	1	2	3	3
Tularämie	0	14	13	17
Typhus abdominalis	2	49	53	59

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

### Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

#### Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 45. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 45. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex liegen bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität. (Datenstand 13.11.2012). Weitere Informationen unter: <http://influenza.rki.de/>

#### Internationale Situation

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

Für die 44. KW 2012 berichteten alle 26 Länder, die dazu Angaben an EISN sandten, über eine niedrige klinische Aktivität. Weitere Informationen unter [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/121109\\_SUR\\_Weekly\\_Influenza\\_Surveillance\\_Overview.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/121109_SUR_Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.pdf).

##### ► Ergebnisse der globalen Influenzaüberwachung (WHO-Update vom 09.11.2012)

Westeuropa und Nordamerika berichteten über eine steigende Anzahl von Influenza-Nachweisen, allerdings wurde noch in keinem Land der Schwellenwert der klinischen Hintergrund-Aktivität überschritten. Einige Länder der tropischen Zone meldeten eine anhaltende Viruszirkulation in den vergangenen Wochen. Während in Amerika (Nicaragua und Costa Rica) vorwiegend Influenza B nachgewiesen wurde, wurden in Asien (Indien, Sri Lanka, Nepal und Kambodscha) Influenza B und Influenza A(H1N1)pdm09 in je nach Land unterschiedlich hohen Anteilen nachgewiesen. Aus Afrika berichteten Kamerun und Äthiopien über eine steigende Anzahl an Influenza A(H3N2)-Nachweisen. Weitere Informationen unter: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/2012\\_11\\_09\\_surveillance\\_update\\_172.pdf](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/2012_11_09_surveillance_update_172.pdf).

#### Literaturhinweis

Die WHO veröffentlichte eine Bewertung der Influenzasaison 2012 in der südlichen Hemisphäre. Die Veröffentlichung im Weekly Epidemiological Record Nr. 44 vom 2. November 2012 ist abrufbar unter: <http://www.who.int/wer/2012/wer8744.pdf>.

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht für die 45. Woche 2012 der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI.

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

## Impressum

### Herausgeber

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

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

### Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 030.18754-2324

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

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

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

### Vertrieb und Abonnentenservice

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

### Das Epidemiologische Bulletin

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

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

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

### Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

### Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273