



# Epidemiologisches Bulletin

18. März 2013 / Nr. 11

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Welttuberkulosekongress 2013 – „Für ein Leben ohne Tuberkulose“

Im Jahr 2011 erkrankten in Deutschland 4.317 Menschen an einer Tuberkulose. Mit durchschnittlich 5,3 gemeldeten Fällen pro 100.000 Einwohner gehört Deutschland zu den Niedriginzidenzländern für Tuberkulose. Dennoch werden die verursachenden Bakterien des *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplexes zu den Infektionserregern mit höchster Priorität für die Surveillance und epidemiologische Forschung in Deutschland gezählt.<sup>1</sup> Begründet ist dies vor allem durch die langwierige Therapie und den hohen medizinischen Betreuungsaufwand bei Tuberkulose, insbesondere bei resistenten Erregern. Außerdem sind die Präventions- und Kontrollmaßnahmen zur Unterbrechung der Infektionsketten – und damit dem Schutz der Allgemeinbevölkerung – anspruchsvoll, auch da keine Impfung verfügbar ist, die sicher vor einer Tuberkulose schützt.

Zwei Schwerpunktheft des *Epidemiologischen Bulletins* (11/2013 und 12/2013) beleuchten anlässlich des Welttuberkulosekongresses 2013 verschiedene Aspekte der Tuberkulose-Überwachung in Deutschland.

Die Eckdaten zur Tuberkulose für das Jahr 2011 zeigen, dass sich die Anzahl der gemeldeten Fälle seit 2009 kaum verringert hat und bei Kindern sogar weiter angestiegen ist. Die Anteile an Patienten mit offener und damit infektiöser Lungentuberkulose und mit multiresistenter Tuberkulose blieben weitgehend konstant (s. Eckdaten zur Tuberkulose für 2011 auf S. 92 in dieser Ausgabe). Diese Entwicklung unterstreicht, wie wichtig eine frühe Fallfindung aktiver Tuberkulosen ebenso wie präventive Ansätze zur Vermeidung von Neuerkrankungen, insbesondere auch im Kindesalter, sind. Wichtige Einblicke in die Umsetzung und Akzeptanz der empfohlenen Chemoprophylaxe und -prävention bei Tuberkulose-exponierten Kindern in Niedersachsen gibt ein Beitrag des dortigen Landesgesundheitsamtes (s. *Epid. Bull.* 12/2013).

Neben der Infektiosität richtet sich der Blick auch auf die vielfältigen, teilweise besonders komplizierten Manifestationen der Tuberkulose. Ein Beitrag widmet sich hierbei Herausforderungen in der Diagnostik und der Surveillance extrapulmonaler Tuberkulosen (s. Bericht auf S. 93), ein weiterer präsentiert dringend benötigte Schätzungen zum Vorkommen gleichzeitiger Erkrankungen an HIV/AIDS und Tuberkulose in Deutschland (s. Bericht auf S. 94).

Für eine erfolgreiche Tuberkulosekontrolle ist neben einer fundierten praktischen Erfahrung die wissenschaftliche Evidenz unabdingbar. Dieses Wissen wird in den aktuellen Empfehlungen gebündelt.<sup>2,3</sup> Es bedarf aber auch einer weiten Wissensverbreitung und eines kontinuierlichen, regen Austausches. Innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bietet hier der Arbeitskreis Tuberkulose beim Fachausschuss Infektionsschutz des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD (BVÖGD), der sein 20-jähriges Bestehen feiert, eine wichtige Plattform (s. Bericht in dieser Ausgabe auf S. 95).

Nur im koordinierten Zusammenspiel aller in der Tuberkulosekontrolle engagierten Akteure wird es gelingen, dass die Tuberkulose weiter zurückgeht und das Motto für die Welttuberkulosekongresse 2012/2013 „Stop TB in my life time – Für ein Leben ohne Tuberkulose“ auch für besonders gefährdete Menschen wahr wird.

Diese Woche

11/2013

### Tuberkulose

- ▶ Zum Welttuberkulosekongress 2013
- ▶ Eckdaten für 2011
- ▶ Zur Bedeutung der extrapulmonalen Tuberkulose
- ▶ HIV/Tuberkulose-Komorbidität in Deutschland
- ▶ 20-jähriges Bestehen des Arbeitskreises Tuberkulose im BVÖGD

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik  
8. Woche 2013

### ARE/Influenza

Zur Situation in der  
10. Woche 2013



**Literatur**

1. Robert Koch-Institut: Priorisierung übertragbarer Infektionserreger unter dem Aspekt der Surveillance und epidemiologischen Forschung. Epid Bull 2011; 44: 397–404
2. Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose:  
<http://www.pneumologie.de/dzk/empfehlungen.html>
3. Robert Koch-Institut: RKI-Ratgeber für Ärzte: Tuberkulose. Epid Bull 2013; 2: 9–16

Bericht aus dem Fachgebiet „Respiratorisch übertragbare Erkrankungen“ (FG 36) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI.

Als **Ansprechpartner** steht Priv. Doz. Dr. Walter Haas zur Verfügung (E-Mail: HaasW@rki.de).

## Eckdaten zur Tuberkulose in Deutschland für das Jahr 2011

Allgemeine Daten	Anzahl	%-Anteil	Inzidenz
<b>Anzahl der Tuberkulose-Erkrankungen im Jahr 2011</b>	<b>4.317</b>		<b>5,3</b>
<b>darunter Todesfälle</b>	<b>162</b>		<b>0,2</b>
▶ <b>Demografische Verteilung nach Geschlecht</b> (n=4.308)			
– männlich	2.549	59,2%	6,3
– weiblich	1.759	40,8%	4,2
▶ <b>Demografische Verteilung nach Alter</b> (n=4.314)			
– Erwachsene	4.135	95,9%	5,8
– Kinder < 15 Jahre	179	4,1%	1,7
▶ <b>Staatsangehörigkeit</b> (n=4.157)			
– deutsche Staatsangehörige	2.517	60,5%	3,4
– ausländische Staatsangehörige	1.640	39,5%	22,1
▶ <b>Todesfälle nach Geschlecht</b> (n=162)			
– männlich	103	63,6%	0,26
– weiblich	59	36,4%	0,14

Weitere ausgewählte Daten	Anzahl	%-Anteil	Inzidenz
▶ <b>Geburtsland</b> (n=4.125)			
– in Deutschland geboren	2.100	50,9%	
– im Ausland geboren	2.025	49,1%	
▶ <b>Betroffene Organsysteme</b> (n=4.202)			
– pulmonale Tuberkulose, darunter	3.346	79,6%	4,1
offene Form	2.586	77,3%	3,2
geschlossene Form	760	22,7%	0,9
– extrapulmonale Tuberkulose	856	20,4%	1,0
▶ <b>Resistenzlage</b> (n=2.871)			
– Multiresistenz	56	2,0%	
– jegliche Resistenz (INH, EMB, RMP, PZA, SM)	341	11,9%	
▶ <b>Behandlungsergebnis im Jahr 2010</b> (n=4.021)			
– erfolgreiche Behandlung	3.262	81,1%	
– keine erfolgreiche Behandlung	648	16,1%	
– Behandlung noch nicht abgeschlossen	105	2,6%	
– Behandlungsergebnis nicht ermittelbar (Patient unbekannt verzogen)	6	0,1%	

**Hinweise**

- ▶ Die Eckdaten basieren auf den Angaben, die im Rahmen der allgemeinen Meldepflicht von den Gesundheitsämtern für das Jahr 2011 bis zum Stichtag am 1.8.2012 an das Robert Koch-Institut übermittelt wurden.
- ▶ Die **Daten zum Behandlungsergebnis** beziehen sich auf die im Jahr 2010 erfassten Fälle (Stichtag: 1.8.2012).
- ▶ Die angegebene **Inzidenz** basiert auf der Zahl der Erkrankten pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Gruppe.
- ▶ Der dargestellte **Prozentanteil** bezieht sich auf die Anzahl der Erkrankungsfälle (n in Klammern), zu denen in Bezug auf die jeweilige Fragestellung entsprechende Informationen vorlagen.

## Extrapulmonale Tuberkulose im Blick

Eine Tuberkulose kann nahezu jedes Organ betreffen. Da insbesondere Patienten mit einer Lungentuberkulose ansteckungsfähig sind, stehen sie im Fokus der Kontrollmaßnahmen. Doch auch extrapulmonale Tuberkulosen sind von klinischer Relevanz und diagnostisch besonders zu berücksichtigen. Im Folgenden werden zwei aktuelle Publikationen vorgestellt, die sich der extrapulmonalen Tuberkulose in der Europäischen Union und spezifisch in Deutschland widmen.

Eine Arbeit gibt einen Überblick über das diagnostische Vorgehen und die Umsetzung der Diagnostik und Therapie extrapulmonaler Tuberkulosen in elf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union.<sup>1</sup> Für Deutschland beteiligten sich das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) und das Robert Koch-Institut (RKI).

Die Anteile rein extrapulmonaler Tuberkulosen unterschieden sich deutlich in den teilnehmenden Staaten und reichten von etwa 7 % in Polen bis 48 % in Großbritannien. In Deutschland betrug der Anteil 20 % (2011). Bei der Diagnostik extrapulmonaler Tuberkulosen kam Lungenfachärzten – teilweise gemeinsam mit Infektiologen und Spezialisten für das betroffene Organsystem – eine zentrale Rolle zu. Die diagnostischen Verfahren waren, neben Anamnese, klinischer Untersuchung und bildgebenden Verfahren, in der Regel invasiv (Punktat bzw. Biopsie), um Probenmaterial für eine bakteriologische Untersuchung zu gewinnen. Abhängig von verschiedenen Materialien gestaltete sich ein bakteriologischer Nachweis jedoch oft schwierig.

Als hauptsächliche Herausforderung sahen es die teilnehmenden Mitgliedsstaaten, dass extrapulmonale Tuberkulosen – auch bei seltenem Auftreten und ihren vielfältigen klinischen Manifestationen – angemessen differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden.

Eine zweite Arbeit widmete sich der Surveillance extrapulmonaler Tuberkulosen in Deutschland.<sup>2</sup> Gemäß internationalen Standards wird eine Tuberkulose stets dann als

„pulmonal“ klassifiziert, wenn Lungengewebe oder die Atemwege betroffen sind, unabhängig davon, ob es weitere Organmanifestationen gibt. Aus dieser infektiologisch begründeten Darstellung wird allerdings nicht das ganze Ausmaß extrapulmonaler Tuberkulosen deutlich.

In Deutschland werden mit der Tuberkulosemeldung nach IfSG sowohl das hauptsächlich betroffene Organsystem als auch eine Nebenmanifestation erfasst. In einer Studie des RKI wurden diese beiden Angaben über den Meldezeitraum von 2002 bis 2009 systematisch ausgewertet, um das gesamte Vorkommen der extrapulmonalen Tuberkulosen, insbesondere der tuberkulösen Meningitis, abzubilden.

Es zeigte sich, dass bei 14.873 von 46.349 Patienten mit entsprechenden Angaben (32 %) mindestens eine extrapulmonale Manifestation vorlag. Dies entspricht 1,5-mal so vielen Fällen wie jenen 9.962, die gemäß der Standardklassifikation als rein extrapulmonal aufgeführt wurden. Der relative Unterschied war am größten bei disseminierter Tuberkulose, die bei 521 Patienten dokumentiert wurde, davon jedoch nur in 192 Fällen als Hauptmanifestation (Faktor 2,7; s. Tab. 1).

Eine tuberkulöse Meningitis wurde bei insgesamt 422 Patienten berichtet, 288 davon als Hauptmanifestation (Faktor 1,5). Die meisten Fälle an tuberkulöser Meningitis (88 %) traten bei Patienten ab dem 15. Lebensjahr auf. Multivariable Analysen belegten jedoch, dass Kinder besonders gefährdet sind: Die Chancenverhältnisse (*odds ratios*) betragen 4,90 (95 %KI 3,40–7,07) für Kinder unter 5 Jahren und 2,65 (95 %KI 1,40–5,00) für 5- bis 9-Jährige im Vergleich zu Patienten ab dem 15. Lebensjahr. Weiterhin unabhängig mit einer Meningitis assoziiert waren ein weibliches Geschlecht und eine Herkunft (Geburtsland) aus Südostasien oder dem östlichen Mittelmeerraum (gemäß WHO-Regionen).

	a. hauptsächlich betroffenes Organ	b. hauptsächlich oder weiteres betroffenes Organ	Faktor (Fallzahlen b. : a.)
	n = 46.321 *	n = 51.232 †	%
Pulmonale TB	36.359	36.359	n. a.
Extrapulmonale TB	9.962	14.873	1,5
Extrathorakale Lymphknoten	3.330	4.129	1,2
Pleura	1.579	2.806	1,8
Intrathorakale Lymphknoten	1.130	1.812	1,6
Urogenitaltrakt	1.243	1.590	1,3
Knochen und Gelenke	610	835	1,4
Verdauungstrakt	455	750	1,7
Wirbelsäule	373	544	1,5
Disseminierte TB	192	521	2,7
Hirnhäute	288	422	1,5
Sonstiges ZNS	64	116	1,8
Andere Organe	698	1.348	1,9

**Tab. 1:** Organmanifestationen bei Tuberkulose in Deutschland, 2002–2009 (gepoolt); Studie des RKI (TB: Tuberkulose; n.a.: nicht anwendbar)

a. gemäß dem hauptsächlich betroffenen Organ, b. gemäß dem hauptsächlich oder weiteren betroffenen Organ

\* Für 28/46.349 Patienten waren keine Angaben zum hauptsächlich betroffenen Organ verfügbar.

† Pro Patient können bis zu 2 Organmanifestationen angegeben sein.

Ein Viertel der Patienten mit tuberkulöser Meningitis verstarb an der Erkrankung. Die Letalität war damit deutlich über dem Durchschnitt der Patienten mit pulmonaler (5%) oder jeglicher extrapulmonaler Manifestation (4%).

Diese Ergebnisse beleuchten die Krankheitslast durch extrapulmonale Tuberkulosen in Deutschland neu. Sie unterstreichen, wie wichtig es ist, extrapulmonale Tuberkulosen – mit und ohne gleichzeitige Lungenmanifestation – diagnostisch zu berücksichtigen. Entscheidend ist es außerdem, alle präventiven Möglichkeiten, insbesondere im Kindesalter, auszuschöpfen, um schwere und prognostisch

ungünstige Verlaufsformen wie die tuberkulöse Meningitis zu verhindern.

#### Literatur

1. Ducomble T, Tolksdorf K, Karagiannis I, Hauer B, Brodhun B, Haas W, Fiebig L: The burden of extrapulmonary and meningitis tuberculosis: an investigation of national surveillance data, Germany, 2002–2009. Eurosurveillance (eingereicht)
2. Solovic I, Jonsson J, Korzeniewska-Koseła M, et al.: Challenges in diagnosing extrapulmonary tuberculosis in the EU. Eurosurveillance (eingereicht)

Bericht aus dem Fachgebiet „Respiratorisch übertragbare Erkrankungen“ (FG 36) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. Als **Ansprechpartnerinnen** stehen Tanja Ducomble (E-Mail: DucombleT@rki.de) und Dr. Lena Fiebig (E-Mail: FiebigL@rki.de) zur Verfügung.

## HIV/Tuberkulose-Komorbidität in Deutschland: Neue Zahlen und offene Fragen

Die Infektionskrankheiten HIV/AIDS und Tuberkulose sind nicht nur einzeln bedeutend. Wenn sie dieselben Personen betreffen, können gravierende Wechselwirkungen auftreten. Weltweit gelten gleichzeitige Erkrankungen an HIV/AIDS und Tuberkulose (= HIV/TB) neben multiresistenter Tuberkulose als größte Hürde für eine erfolgreiche Bekämpfung und Elimination der Tuberkulose.

In Deutschland lässt sich das Vorkommen von HIV/TB schwer beziffern. Meldedaten zu HIV/TB liegen nicht vor, da die Melde- und Übermittlungswege für HIV und Tuberkulose im Sinne des Datenschutzes vollständig voneinander getrennt sind. Daher wurde in einer Kooperation der für HIV/AIDS und Tuberkulose zuständigen Fachgebiete (FG34 und FG36) am RKI ein Ansatz zur Schätzung der HIV-Prävalenz unter Tuberkulosepatienten entwickelt.<sup>1</sup>

Die wichtigste Datengrundlage für diesen Ansatz bildet die 1999 etablierte Kohortenstudie zur klinischen Surveillance der HIV-Erkrankung (ClinSurv HIV).<sup>2</sup> In ihr werden kulturbestätigte Tuberkulose-Diagnosen bei Menschen, die mit HIV leben und in ärztlicher Behandlung sind, systematisch erfasst. Im Zeitraum von 2002 bis 2009 wurden 298 Tuberkulose-Diagnosen, d. h. HIV/TB-Fälle, verzeichnet. Die Kohorte ist multizentrisch organisiert und bildet etwa 21% der ärztlich behandelten HIV-infizierten Personen in Deutschland ab. Dies ergibt sich aus einer Gegenüberstellung der Kohorte mit bundesweiten Ordnungsdaten für antiretrovirale Therapie (Quelle: Insight Health®). Die Zahl der HIV/TB-Fälle wurde entsprechend hochgerechnet und

den Meldungen kulturbestätigter Tuberkulose gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) gegenübergestellt.

Mit diesem Ansatz wurde die HIV-Prävalenz unter Tuberkulose-Patienten für den Zeitraum von 2002 bis 2009 auf durchschnittlich 4,5% geschätzt. Diese ist somit deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (<0,1%).<sup>3</sup> Die Punktschätzungen der HIV-Prävalenz bei Tuberkulose-Patienten reichten von 3,5% (95%KI 2,3–5,1%) im Jahr 2007 bis zu 6,6% (95%KI 5,0–8,5%) im Jahr 2005. Insgesamt wurde jedoch keine signifikante Veränderung über den Beobachtungszeitraum festgestellt (s. Abb. 1).

Eine Beschreibung der 298 HIV/TB-Patienten in ClinSurv HIV zeigte, dass diese einen deutlich jüngeren Altersmedian als im selben Zeitraum gemeldete kulturpositive Tuberkulose-Patienten hatten (38 vs. 48 Jahre) sowie ein unterschiedliches Herkunftsprofil. Während insgesamt 59% der HIV/TB-Patienten (88% bei Frauen, 46% bei Männern) eine ausländische Herkunft, vorwiegend aus Subsahara-Afrika hatten, waren 45% der gemeldeten Tuberkulose-Patienten im Ausland geboren, am häufigsten in den Neuen Unabhängigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion.

Die Ergebnisse zeigen, dass HIV/TB-Komorbidität auch in Deutschland relevant ist und legen eine heterogene Verteilung in der Bevölkerung nahe. Die geschätzte HIV-

Geschätzte HIV-Prävalenz (%)

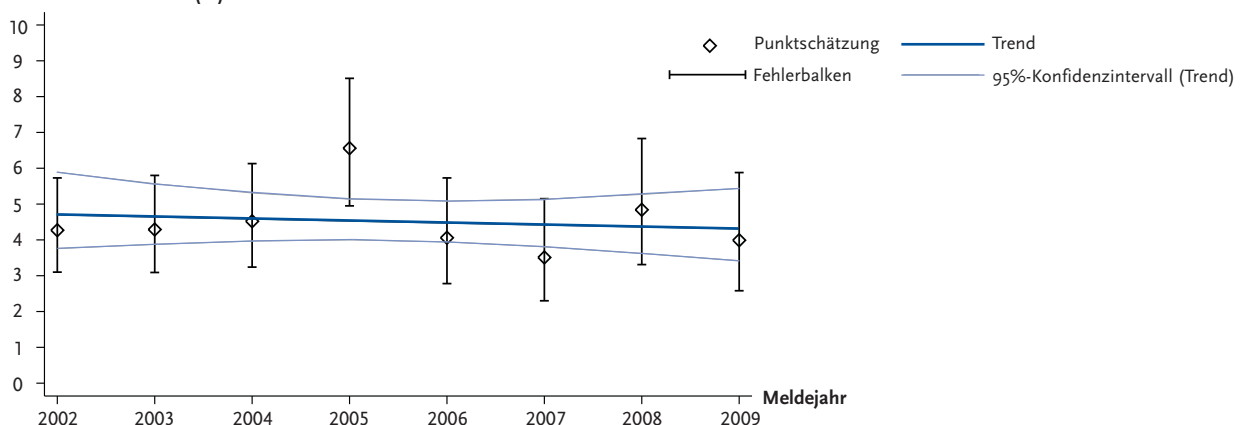


Abb. 1: Geschätzte HIV-Prävalenz unter Patienten mit kulturbestätigter Tuberkulose in Deutschland, 2002–2009, n=298 HIV/TB-Fälle, Studie des RKI

Prävalenz bewegt sich in einem ähnlichen Bereich wie in Nachbarländern, z. B. in Belgien und Dänemark, die hierzu über Surveillance-Daten verfügen.

Unbeantwortet bleibt die Frage, wie systematisch und zeitnah HIV/AIDS- und Tuberkulose-Patienten auf die jeweils andere Infektionskrankheit untersucht werden. Ein systematisches HIV-Screening bei Tuberkulose-Diagnose wird international empfohlen. Die Bedeutung eines HIV-Testangebotes für die adäquate Therapie und Versorgung von Tuberkulose-Patienten spiegelt sich auch in nationalen Empfehlungen und Ratgebern wider.<sup>4,5</sup>

Ein gemeinsames Forschungsvorhaben des RKI und interessierter Gesundheitsämter soll darüber Aufschluss geben, wie viele Tuberkulose-Patienten einen HIV-Test erhalten und wie hoch dieser Anteil in verschiedenen Patientengruppen ist.

Im November 2012 fand am RKI hierzu ein erster Vorbereitungsworkshop statt. Die große Beteiligung und rege

## Der Arbeitskreis Tuberkulose im BVÖGD

Der Arbeitskreis Tuberkulose im Fachausschuss Infektionsschutz des Berufsverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) ist ein informelles Gremium von derzeit etwa 85 Ärztinnen und Ärzten, die zumeist in Gesundheitsämtern im Bereich der Tuberkulose-Fürsorge arbeiten, aber auch in Kliniken und Landesgesundheitsämtern. Der Arbeitskreis wurde 1992 zusammen mit anderen Kollegen von Dr. Michael Forßbohm (Gesundheitsamt Wiesbaden) gegründet, mithin in einer Zeit, da die Tuberkulose-Fallzahlen noch dreimal so hoch waren wie heute und während der Jugoslawienkriege durch Flüchtlings- und Vertriebenenbewegungen vorübergehend anstiegen. Zugleich zeichnete sich schon damals die Notwendigkeit ab, das Vorgehen der Gesundheitsämter im Rahmen der Tuberkulose-Überwachung an die tendenziell sinkenden Fallzahlen anzupassen. Die Zeit der Röntgenreihenuntersuchungen war vorüber, die Vorstellungen darüber, wie eine zeitgemäße Tuberkulose-Überwachung zu erfolgen hat, waren von Gesundheitsamt zu Gesundheitsamt unterschiedlich. Ein wichtiges Ziel des Arbeitskreises war daher neben dem Erfahrungsaustausch die Etablierung einheitlicher Vorgehensweisen, die über die Jahre durch die enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), dem Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien, dem Robert Koch-Institut (RKI) und anderen Akteuren in Form von Empfehlungen erarbeitet wurden. Auch die Mitarbeit an wissenschaftlichen Studien durch den Arbeitskreis oder einzelne Mitglieder hat sich bewährt.

Gemeinsam mit dem Beratungsangebot des DZK für Fachleute, Erkrankte und deren Angehörige bietet das Beratungsnetzwerk des Arbeitskreises praxisorientierte Unterstützung für Ärzte aus Klinik, Praxis und Gesundheitsämtern. Dabei zeigt sich in den letzten Jahren, dass bei einer seltenen Erkrankung, die die Tuberkulose in vielen, vor al-

Diskussion unterstrich den Bedarf einer Auseinandersetzung mit gleichzeitigen Erkrankungen an HIV und Tuberkulose. Ebenso deutlich wurde das große Engagement der Gesundheitsämter, eine koordinierte Beratung, Untersuchung und Therapie für beide Infektionskrankheiten sicherzustellen.

### Literatur

1. Fiebig L, Kollan C, Hauer B et al.: HIV-Prevalence in Tuberculosis Patients in Germany, 2002–2009: An Estimation Based on HIV and Tuberculosis Surveillance Data. 2012. PLoS ONE 7(11): e49111. Link: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0049111>
2. <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Surveillance/ClinSurv/ClinSurvHIV.html>
3. RKI: Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. Epid Bull 2012; 47: 465–472
4. DZK: <http://www.pneumologie.de/dzk/empfehlungen.html>
5. RKI: RKI-Ratgeber für Ärzte: Tuberkulose. Epid Bull 2013; 2: 9–16

Bericht aus den Fachgebieten „HIV/AIDS u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ (FG 34) und „Respiratorisch übertragbare Erkrankungen“ (FG 36) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Lena Fiebig (E-Mail: [FiebigL@rki.de](mailto:FiebigL@rki.de)).

lem ländlichen Gegenden inzwischen geworden ist, der Beratungsbedarf nicht nur bei den Gesundheitsämtern, sondern auch bei Klinikern und Lungenfachärzten stetig steigt. Andererseits ist die Tuberkulose in vielen Großstädten wieder zu einem so großen Problem geworden, dass ohne eine enge Kooperation zwischen Behandlern, Gesundheitsamt und anderen Akteuren ein erfolgreicher Behandlungsabschluss bei vielen Risikopatienten nicht möglich ist. Beide Themenfelder – sinkende Fachkompetenz in Gebieten mit niedrigen Inzidenzen, schwierige Fallführung mit u. a. psychosozialen Problemen in Großstädten – stellen für den Arbeitskreis wichtige Aufgaben dar, nicht zu vergessen die resistenten Tuberkulosen aber auch Themen wie die Krankenhausbehandlung in Zeiten der Fallpauschalen.

Die Themen des Arbeitskreises ergeben sich aus Fragestellungen und Schwierigkeiten im Alltag der Gesundheitsämter, aber auch aus aktuellen wissenschaftlichen Publikationen. Wichtig ist den Teilnehmern, dass es sich nicht um einen Fortbildungskreis im üblichen Sinne handelt, der Informationen als Dienstleistung anbietet; vielmehr lebt der Arbeitskreis Tuberkulose von der Mitwirkung seiner Teilnehmer, die ein aktives Diskussionsforum und Beratungsnetzwerk bilden. Er tagt zweimal im Jahr im Wechsel in Hannover und Frankfurt am Main mit im Schnitt 30 bis 35 Teilnehmenden. Dazwischen findet ein regelmäßiger Informationsaustausch per E-Mail statt.

**Ansprechpartner** ist Dr. Martin Priwitzter, Gesundheitsamt Stuttgart (Tel.: 0711 . 216–59 322, Fax: 0711 . 216–95 59 322; E-Mail: [martin.priwitzter@stuttgart.de](mailto:martin.priwitzter@stuttgart.de)).

### „Beratungsnetzwerk Tuberkulose“ des ÖGD

Informationen finden sich unter folgenden Links:

- ▶ <http://www.rki.de/tuberkulose> „Weiterführende Informationen“
- ▶ <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin > „Beratungsnetzwerk Tuberkulose“ des ÖGD“

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

8. Woche 2013 (Datenstand: 13.3.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	68	639	799	3	16	11	1	30	38	13	141	147	0	3	7
Bayern	73	760	845	4	34	18	8	77	86	24	272	218	1	10	17
Berlin	32	333	350	2	9	8	9	43	39	9	76	83	2	16	16
Brandenburg	21	191	232	0	2	6	2	34	44	4	93	80	0	0	1
Bremen	1	37	32	0	0	0	0	2	1	5	19	22	0	0	1
Hamburg	20	180	205	0	9	4	2	10	10	2	43	50	2	4	4
Hessen	43	387	453	0	2	5	3	12	27	30	155	123	0	3	4
Mecklenburg-Vorpommern	17	154	182	0	4	2	4	31	87	11	70	72	0	0	0
Niedersachsen	46	460	489	2	15	12	6	61	74	67	306	221	0	2	3
Nordrhein-Westfalen	194	2.059	1.915	1	31	40	8	123	165	88	535	506	3	9	11
Rheinland-Pfalz	31	372	488	2	16	13	4	21	27	16	102	120	0	4	4
Saarland	9	139	150	1	2	0	1	2	9	0	25	22	0	0	0
Sachsen	64	478	592	2	20	15	11	107	156	23	167	194	1	1	6
Sachsen-Anhalt	19	196	156	2	7	8	14	78	62	36	343	173	1	2	1
Schleswig-Holstein	24	241	211	0	4	7	0	12	11	15	71	60	1	1	1
Thüringen	14	180	239	0	6	9	5	48	76	17	150	165	0	2	0
<b>Deutschland</b>	<b>676</b>	<b>6.806</b>	<b>7.338</b>	<b>19</b>	<b>177</b>	<b>158</b>	<b>78</b>	<b>691</b>	<b>912</b>	<b>360</b>	<b>2.568</b>	<b>2.256</b>	<b>11</b>	<b>57</b>	<b>76</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	2	25	23	180	1.750	2.751	82	411	641	4	75	94	2	8	5
Bayern	4	45	52	271	2.362	5.433	138	805	910	14	116	118	0	8	5
Berlin	3	13	13	69	726	1.183	64	383	375	7	62	58	2	15	13
Brandenburg	1	11	15	62	701	1.770	48	418	301	1	17	15	2	12	5
Bremen	0	5	0	12	103	244	8	65	9	1	2	7	0	0	0
Hamburg	0	5	19	102	783	835	45	297	348	2	22	21	0	1	3
Hessen	2	21	38	174	1.341	2.195	34	278	456	4	38	44	0	8	12
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	4	157	1.381	1.253	28	331	155	3	19	17	1	8	9
Niedersachsen	4	36	33	283	2.270	4.066	123	794	408	3	36	28	3	10	13
Nordrhein-Westfalen	5	63	102	676	4.478	6.934	263	1.688	1.133	12	106	120	4	20	22
Rheinland-Pfalz	2	19	30	177	1.290	1.621	51	293	619	0	27	30	0	6	4
Saarland	0	0	4	61	381	621	9	64	118	1	6	4	0	1	0
Sachsen	8	72	54	284	2.163	3.997	185	798	383	7	40	57	8	24	9
Sachsen-Anhalt	4	27	38	120	1.215	2.260	52	288	344	3	16	14	1	8	7
Schleswig-Holstein	1	13	10	75	727	812	42	195	239	2	9	17	0	1	1
Thüringen	5	42	59	96	829	2.230	144	715	359	1	13	13	0	5	8
<b>Deutschland</b>	<b>42</b>	<b>402</b>	<b>494</b>	<b>2.799</b>	<b>22.500</b>	<b>38.205</b>	<b>1.316</b>	<b>7.823</b>	<b>6.798</b>	<b>65</b>	<b>604</b>	<b>657</b>	<b>23</b>	<b>135</b>	<b>116</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

8. Woche 2013 (Datenstand: 13.3.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	0	15	15	0	11	7	19	113	137
Bayern	0	14	13	2	20	14	15	139	156
Berlin	3	8	7	1	8	11	10	66	107
Brandenburg	0	6	4	1	2	1	0	7	13
Bremen	5	11	1	0	3	2	2	7	2
Hamburg	0	2	3	1	5	8	2	15	23
Hessen	0	7	4	4	10	7	7	65	58
Mecklenburg-Vorpommern	2	13	2	0	2	5	0	4	12
Niedersachsen	1	9	13	1	5	5	6	45	45
Nordrhein-Westfalen	3	19	28	1	16	28	17	91	116
Rheinland-Pfalz	4	15	4	1	6	7	1	29	44
Saarland	0	3	1	1	1	5	1	7	6
Sachsen	0	3	4	1	6	7	2	42	51
Sachsen-Anhalt	1	3	2	0	1	5	5	23	18
Schleswig-Holstein	0	1	0	0	1	1	1	23	30
Thüringen	1	4	3	0	3	5	2	10	19
<b>Deutschland</b>	<b>20</b>	<b>133</b>	<b>104</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>90</b>	<b>686</b>	<b>837</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	0	8	7	0	0	1	11	72	75
Bayern	1	7	16	0	2	5	9	76	110
Berlin	2	7	4	0	3	1	3	52	39
Brandenburg	1	1	3	0	0	0	1	6	12
Bremen	0	0	3	0	0	0	0	4	7
Hamburg	0	1	0	0	0	0	7	21	20
Hessen	2	4	4	0	0	6	6	44	66
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	0	0	0	10	17
Niedersachsen	1	10	8	0	0	1	7	45	43
Nordrhein-Westfalen	2	16	14	1	4	2	13	145	168
Rheinland-Pfalz	0	6	3	0	1	0	0	22	27
Saarland	0	3	2	0	0	0	0	8	4
Sachsen	1	5	1	0	0	0	3	22	28
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	0	0	1	17	18
Schleswig-Holstein	0	8	3	0	1	2	0	12	22
Thüringen	0	4	4	0	0	0	0	4	15
<b>Deutschland</b>	<b>10</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>61</b>	<b>560</b>	<b>671</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

8. Woche 2013 (Datenstand: 13.3.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	8. Woche	1.–8. Woche	1.–8. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	42	476	324	2.147
Brucellose	0	4	3	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	4	19	121
Dengue-Fieber	17	149	46	615
FSME	0	4	4	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	7	5	69
Hantavirus-Erkrankung	3	28	261	2.824
Hepatitis D	1	4	3	18
Hepatitis E	7	41	47	388
Influenza	8.595	36.439	1.743	11.514
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	41	53	323
Legionellose	16	117	61	655
Leptospirose	0	8	2	85
Listeriose	3	51	49	427
Ornithose	0	0	4	16
Paratyphus	2	7	8	43
Q-Fieber	3	21	9	200
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	1	1	21
Typhus abdominalis	0	14	7	58

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

### Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

#### Lepra

Bayern, 39 Jahre, männlich (Infektionsland Äthiopien; 5. Meldewoche 2013)  
(1. Lepra-Fall 2013)

### Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

#### Zur aktuellen Situation bei ARE / Influenza für die 10. Kalenderwoche (KW) 2013

Die Influenza-Aktivität ist bundesweit noch stark erhöht, ist aber in allen Großregionen gesunken. Im NRZ lag die Positivenrate mit 52 % immer noch hoch. Die Positivenrate bei Influenza B ist in der 10. KW deutlich angestiegen, während die A(H3N2)- und A(H1N1)-Positivenrate seit etwa vier Wochen zurückgeht (Datenstand 12.03.2013). Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de/>.

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

Von den 27 Ländern, die für die 9. KW 2013 Daten an EISN sandten, berichteten Finnland und Deutschland über eine hohe, 22 Länder über eine mittlere und 3 Länder über eine niedrige klinische Aktivität. In den meisten Ländern hat sich die Aktivität seit der 5. KW kaum verändert. Aus 18 Ländern wurde ein sinkender Trend gemeldet, während aus 7 Ländern über einen stabilen Trend berichtet wurde. Bulgarien, Deutschland, Ungarn, Lettland und Rumänien berichteten seit Beginn der Influenzasaison erstmalig über einen sinkenden Trend.

Weitere Informationen unter: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-weekly-surveillance-overview-08-mar-2013.pdf>.

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht für die 10. KW 2013 der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI

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

## Impressum

### Herausgeber

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