



Epidemiologisches Bulletin

29. September 2014 / Nr. 39

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Berufsbedingte HIV-Infektionen in Deutschland und anerkannte Berufskrankheiten (Stand: 31. Dezember 2013)

Hintergrund

Berufsbedingte HIV-Infektionen sind verglichen mit denen, die durch Hepatitis B und C verursacht werden, in Deutschland sehr selten. Eine zentrale Erfassung berufsbedingter HIV-Infektionen erfolgt nicht. Beruflich erworbene HIV-Infektionen können bei Versicherten in der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit (BK) anerkannt werden.¹ Eine beruflich erworbene blutübertragene Virusinfektion (Hepatitis, HIV) ist eine Berufskrankheit im Sinne von § 9 SGB VII in Verbindung mit Nr. 3101 der Anlage 1 zu § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) in allen Stadien der Krankheit „...wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.“

Der ursächliche Zusammenhang (Kausalzusammenhang) zwischen der versicherten Tätigkeit und der Exposition (Blutkontakt, Verletzung) sowie der Exposition und der Erkrankung muss bewiesen werden. Es gelten die in der Unfallversicherung etablierten Beweisanforderungen, die teilweise durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte konkretisiert wurden.² Der Einzelfallnachweis mittels Vollbeweises wird nur selten zu erbringen sein. Die Rechtsprechung hat bei allen BK die Anforderungen an den Beweis reduziert und verlangt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, d.h. es muss mehr für als gegen den Zusammenhang sprechen (mehr als 50%). Die bloße Möglichkeit einer Tatsache reicht zum Nachweis eines Ursachenzusammenhangs nicht aus. Die fachlichen Beweiskriterien sind etwa deckungsgleich mit denen, die in der internationalen Statistik der Zuordnung zu den Kategorien „sicher“ und „wahrscheinlich“ bewiesen zu Grunde gelegt werden.³

In Anlehnung an Beweiserleichterungen für die hinreichende Wahrscheinlichkeit bei besonderen Gefährdungen („besondere berufliche Exposition“ bzw. Arbeitsplatzrisiko) für die Hepatitis B und C (HBV, HCV) sind entsprechende Beweiserleichterungen auch für HIV vorgeschlagen und von der Rechtsprechung aufgegriffen worden.⁴ Hierbei handelt es sich um eine Besonderheit des deutschen Unfallversicherungsrechts, deshalb werden diese etwa 60% der in Deutschland anerkannten BK HIV/AIDS (s. Tab. 1, S. 386) in der internationalen Statistik nicht erfasst. Für im Ausland in sogenannten Hochprävalenzgebieten der HIV-Infektion Tätige gelten besondere Beweisanforderungen (Mehrtens/Brandenburg 1992, Lfg. 1/10 – I/10, M 3101, S. 52, Ziff. 22.4).⁴

Bei anerkannter BK wird – wie auch bei Beamten, die eine HIV-Infektion beruflich erworben haben – eine Unfallrente geleistet.

Methoden

Für die Auswertung wurden auch Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem Dachverband der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen verwendet. Bei der DGUV wird eine Statistik über die als BK anerkannten HIV-Infektionen geführt. In dieser Statistik werden aber nicht alle beruflich bedingten

Diese Woche 39/2014

HIV-Infektionen

Berufsbedingte Erkrankungen in Deutschland

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

36. Woche 2014



	HIV-Infektionen gesichert (n = 9)	HIV-Infektionen wahrscheinlich (n = 21 *)	HIV-Arbeitsplatzrisiko (n = 53)	Gesamt (n = 83 *)
Geschlecht				
Frauen	5 (56%)	6 (29%)	16 (30%)	27 (33%)
Männer	4 (44%)	15* (71%)	37 (70%)	56* (67%)
Beruf				
Pflegeberuf	4 (44%)	12 (57%)	29 (55%)	45 (54%)
Arzthelfer	2 (22%)	-	1 (2%)	3 (4%)
Laborant	1 (11%)	1 (5%)	3 (6%)	5 (6%)
(Zahn-)/Arzt	2 (22%)	5 (24%)	13 (25%)	20 (24%)
Andere*	-	3* (14%)	7 (13%)	10 (12%)
Art der Exposition				
Schnitt-/Stichverletzung	5 (56%)	16 (76%)	-	21 (25%)
Schleimhaut-/Hautkontakt	4 (44%)	3 (14%)	-	7 (8%)
Arbeitsplatzrisiko	-	-	52 (98%)	52 (63%)
Unbekannt/andere*	-	2* (10%)	1 (2%)	3 (4%)
Expositionszeitraum				
vor 1996	6	9	19	34
1996 und später	3	12	14	29
Unklar/keine Angaben	-	-	-	20

Tab. 1: Als Berufskrankheit anerkannte HIV-Infektionen in Deutschland stratifiziert nach Evidenzstatus, demografischen und Expositions-kriterien, Stand 31. Dezember 2013; * davon 1 infiziertes Kind

HIV-Infektionen erfasst. So werden beamtete Bezieher von Unfallrente wegen beruflich erworbener HIV-Infektionen – z. B. aus Universitätskliniken oder aus dem Auswärtigen Dienst – aber auch Soldaten der Bundeswehr, die eine Rente wegen Wehrbeschädigung z. B. nach Auslandseinsätzen beziehen, in der BK-Statistik des DGUV nicht erfasst. Darüber hinaus muss für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst von einer geringen Dunkelziffer nicht angezeigter Fälle ausgegangen werden. So wurde von Gürtler et al.⁵ eine berufsbedingte HIV-Infektion berichtet, von der unklar ist, ob eine Anerkennung als BK erfolgte.

Berufskrankheit HIV/AIDS bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst

Bis zum 31. Dezember 2013 waren in Deutschland 82 BK HIV/AIDS bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium sowie die eines mittelbar infizierten Kindes (Unfallrente nach § 555a RVO) anerkannt und registriert. Vier der betroffenen Beschäftigten – alle sind als Ärzte operativ bzw. invasiv tätig gewesen – zogen sich die HIV-Infektion bei Tätigkeiten in HIV-Hochprävalenzgebieten (Afrika) zu; sie standen dort unter dem Schutz der deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

Bei neun der im Gesundheitsdienst erworbenen HIV-Infektionen gilt der Kausalzusammenhang als sicher im Sinne des Beweises. Nur in drei dieser Fälle konnte jedoch auch der wissenschaftliche Beweis mit Hilfe einer genetischen Sequenzanalyse der beteiligten Virusstämme geführt werden.^{6,7,8}

Bei den übrigen Fällen wurde der Kausalzusammenhang mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wegen einer konkreten beruflichen Exposition zu Blut (21 Fälle, einschließlich eines mittelbar infizierten Kindes) geführt oder es handelte sich um eine besondere berufliche Gefährdung

im Sinne eines Arbeitsplatzrisikos (52 Fälle); in einem Fall ist eine Zuordnung mangels detaillierter Informationen nicht möglich (s. Tab. 1).

Berufskrankheit HIV/AIDS bei Beschäftigten mit anderer Tätigkeit

31 HIV-Infektionen bei Versicherten mit anderer Tätigkeit wurden als BK anerkannt (14 Fälle) oder als Gesundheitsschädigung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Entwicklungshelfer-Gesetz (EhFG) (17 Fälle). Zwei Chemielaboranten haben sich beim Umgang mit HIV-Material in der Pharmaindustrie infiziert. 29 HIV-Infektionen wurden durch die Unfallkasse des Bundes anerkannt, weil die Versicherten in HIV-Hochprävalenzgebieten tätig waren (28 in Afrika, eine Person in der Karibik).

In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurde die Bestimmung des HIV-Subtyps als Beweismittel in die Berufskrankheitenverfahren bei der Unfallkasse des Bundes eingeführt, weil die Subtypen (in Afrika) eine charakteristische regionale Verteilung zeigen.

Es ist weithin unbekannt, dass auch außerhalb des Gesundheitswesens durch „andere Tätigkeit“ erworbene HIV-Infektionen im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung nach der Berufskrankheiten-Verordnung als BK anerkannt oder nach dem Entwicklungshelfer-Gesetz (EhFG) entschädigt werden können. Deshalb ist in diesem Bereich mit einer erheblich höheren Dunkelziffer zu rechnen. Sexuell erworbene HIV-Infektionen können in besonderen Fällen ggf. nach dem EhFG entschädigt werden (s. u.). Die 17 Fälle nach dem EhFG betreffen überwiegend sexuell erworbene HIV-Infektionen. Betroffene, denen diese Möglichkeit bekannt wird, scheuen sich oft aus vielfältigen Gründen, eine BK-Anzeige oder Anzeige nach dem EhFG zu erstatten bzw. untersagen dies ihren Ärzten.

Bis 2006 galt auch der ungeschützte Geschlechtsverkehr als ansteckungsgefährdende Situation bzw. als für den Tätigkeitsort typisches Risiko im Rahmen der GUV. Mehrere auf diese Weise im Ausland erworbene HIV-Infektionen wurden als BK nach § 3101 anerkannt. Dem wurde durch das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 21. März 2006 (B 2 U 19/05 R) ein Ende gesetzt. Das BSG hat in dem o.g. Urteil jedoch darauf hingewiesen, dass der § 10 des EhfG vom 18. Juni 1969 als Ausnahmevorschrift konzipiert ist, die den Personen i. S. des § 1 des Gesetzes eine zusätzliche, über den Unfallversicherungsschutz hinausgehende Absicherung verschaffen soll, wenn nicht ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegen. § 10 Abs 1 des EhfG führt aus: „Ist eine Gesundheitsstörung oder der Tod des Entwicklungshelfers auf Verhältnisse zurückzuführen, die dem Entwicklungsland eigentümlich sind und für den Entwicklungshelfer eine besondere Gefahr auch außerhalb des Entwicklungsdienstes bedeuten, und beruht die Gesundheitsstörung oder der Tod nicht auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, so gewährt der Bund dem Berechtigten die Leistungen, die er im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhielt.“

In Hochprävalenzgebieten der HIV-Infektion stellt (ungeschützter oder z. B. durch Kondomversagen riskanter) Geschlechtsverkehr i. d. R. ein für den Tätigkeitsort typisches Risiko i. S. des § 10 EhfG dar. Eine sozialgerichtliche Entscheidung dazu nach dem EhfG liegt aus dem Jahr 1995 vor (LSG Niedersachsen 21. Juni 1995; L 3 U 301/94). Die ständige Anerkennungspraxis der Unfallkasse des Bundes folgt diesem Urteil (dazu auch: Mehrtens/Brandenburg 1992, Lfg. 1/10 – I/10, M 3101, S. 16/17, Ziff. 6.1).⁴

Diskussion

Auffällig ist der überproportional hohe Anteil männlicher Beschäftigter (≥ 70 %) an den berufsbedingten Infektionen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst. Laut Statistischem Bundesamt waren am 30. Juni 2006 von den knapp 2 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen 15 % Männer; bis zum 31. Dezember 2012 war die Gesamtzahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten auf 5,2 Millionen angestiegen, 24 % von ihnen waren Männer.

Die Verteilung auf die Berufsgruppen entspricht etwa deren statistischem Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten. Wie auch weltweit bilden die Pflegeberufe die größte Gruppe. Bemerkenswert ist, dass sich entgegen weit verbreiteter Befürchtungen „nur“ ein Zahnarzt eine berufsbedingte HIV-Infektion zugezogen hat. Die Anerkennung erfolgte nach der Beweiserleichterung „Arbeitsplatzrisiko“. Zahnärztliche Assistenzberufe sind in Deutschland gar nicht betroffen.

Seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) Mitte der 1990er Jahre werden in Deutschland die allermeisten Patienten entsprechend behandelt. Viele haben seitdem keine nachweisbare oder nur eine sehr geringe Viruslast; sie sind weniger ansteckungsfähig. Die Zahl der stationären Behandlungen wegen HIV-assoziiertes oder AIDS-Erkrankungen ist zudem drastisch zurückgegangen. Gleichzeitig wurden die Hygiene- und Unfallverhütungsmaßnahmen verbessert (z. B. sichere Instrumente). Schließ-

lich wurden Sofortmaßnahmen und die HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) nach Exposition zu infektiösem Material breit propagiert und eingesetzt.

Seit 1999^{7,8} sind in Deutschland zwei „gesicherte“ und fünf „wahrscheinliche“ berufsbedingte HIV-Infektionen neu hinzugekommen, bei denen in allen Fällen keine HIV-PEP durchgeführt wurde; außerdem acht Fälle aus dem Bereich gefährdender Tätigkeiten, bei denen der einzugrenzende Infektionszeitraum offenbar kurz vor oder erst später nach der Jahrhundertwende begonnen hatte. Bei der Mehrzahl der Fälle, die nach der Beweiserleichterung „Arbeitsplatzrisiko“ als BK anerkannt worden sind, wurde die gefährdende Tätigkeit bereits in den 1980er und frühen 1990er Jahren ausgeübt. In vielen Fällen ist aber unklar, zu welchem Zeitpunkt die Infektion tatsächlich erfolgt ist.

Die Daten zeigen einen rückläufigen Trend von Neuinfektionen etwa ab 1996 und deutlicher ab dem Jahr 2000. Ob diese Entwicklung auf den Rückgang der Infektiosität bei behandelten Patienten und die Sicherheitsmaßnahmen einschließlich HIV-PEP zurückgeführt werden kann, bleibt aber spekulativ. Zumindest ist bisher keine Neuinfektion unter HIV-PEP (PEP-Versagen) bekannt und als BK anerkannt worden.

Weltweit waren bis Ende 2002 insgesamt 344 Fälle berufsbedingter HIV-Infektionen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen dokumentiert, davon 38 aus Deutschland.³ Da nicht alle Länder über eine zentrale Erfassung berufsbedingter HIV-Infektionen verfügen, muss weltweit mit einer nicht unerheblichen Dunkelziffer nicht erkannter, nicht erfasster sowie nicht publizierter Fälle gerechnet werden. Die internationale wissenschaftliche Differenzierung unterscheidet zwischen ursächlich „gesicherten“ und „wahrscheinlichen“ Infektionen und kennt die deutsche Kategorie „besondere berufliche Gefährdung“ (Arbeitsplatzrisiko) nicht. Deshalb werden seit der Aktualisierung 2005 neue Fälle dieser Art in der internationalen Statistik nicht (mehr) erfasst.

Literatur

1. Jarke J: Berufskrankheit HIV/AIDS aus juristischer und medizinisch-gutachterlicher Sicht MedR 1996; 11: 501–508
2. Jarke J, Marcus U: Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed 2002; 37:218–231
3. Health Protection Agency: Occupational Transmission of HIV. Summary of Published Reports. March 2005 Edition (Data to December 2002) http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947320156
4. Mehrtens/Brandenburg: Die Berufskrankheiten-Verordnung. Handkommentar. Berlin 1992
5. Gürtler LG et al.: HIV Transmission by needle stick and exzematous lesion: three cases from Germany. Infection 1993; 21:40–1
6. Salzberger B et al.: Occupational HIV-infection documented by sequence analysis of source and index virus strains. HIV Medicine 2000; 1:256–258
7. Eberle J et al.: HIV-1 infection transmitted by serum droplets into the eye: a case report. AIDS 2000; 2: 206–207
8. Heese B: Berufsbedingte HIV-Infektion durch Blutspritzer ins Auge. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed 1999;12: 533–534

Dreiviertel der Fallgeschichten von Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen und alle von im Ausland Tätigen wurden vom Autor als Gutachter gesehen.

Besonderer Dank für darüber hinaus zur Verfügung gestellte Daten geht an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Für diesen Bericht danken wir Dr. Jens Jarke, Allgemeinarzt – Tropenmedizin Hamburg, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: jarke.hamburg@gmx.net).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

36. Woche 2014 (Datenstand: 24.9.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	155	4.447	4.218	2	77	95	7	161	169	37	844	993	1	36	37
Bayern	211	5.550	4.835	6	178	187	20	522	514	69	1.480	1.641	4	56	70
Berlin	70	1.972	1.910	2	56	57	18	358	403	13	460	396	2	54	43
Brandenburg	67	1.642	1.476	2	23	25	9	213	268	12	481	457	0	4	12
Bremen	11	370	293	0	0	6	0	5	8	3	35	67	0	3	1
Hamburg	30	1.374	1.274	0	32	40	11	194	185	8	186	326	2	28	26
Hessen	129	3.103	2.641	3	31	34	6	67	85	37	597	814	1	24	36
Mecklenburg-Vorpommern	58	1.421	1.345	2	67	28	30	495	378	13	368	333	0	2	1
Niedersachsen	125	3.874	3.416	3	117	128	23	433	399	43	880	1.347	0	4	11
Nordrhein-Westfalen	383	12.623	10.949	3	210	199	41	617	734	78	2.010	2.663	2	28	32
Rheinland-Pfalz	108	2.672	2.361	5	70	70	6	175	162	29	535	610	6	19	42
Saarland	31	836	823	0	2	7	0	17	25	8	99	113	0	1	2
Sachsen	141	3.542	3.402	5	144	105	29	628	551	29	1.038	1.123	1	17	33
Sachsen-Anhalt	52	1.280	1.125	2	59	43	32	543	492	25	650	893	0	9	6
Schleswig-Holstein	55	1.747	1.689	1	25	46	1	62	56	12	307	456	0	2	10
Thüringen	62	1.396	1.245	2	28	23	6	185	233	32	703	932	0	9	9
Deutschland	1.688	47.853	43.004	38	1.119	1.093	239	4.675	4.662	448	10.674	13.166	19	296	371

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	3	78	96	44	4.727	4.910	20	1.927	2.289	11	349	346	1	41	49
Bayern	4	205	207	51	5.328	6.677	38	3.732	4.601	13	554	561	6	106	82
Berlin	3	51	58	29	2.054	1.675	12	1.273	1.859	7	242	283	1	75	64
Brandenburg	2	68	63	27	2.380	2.325	17	1.504	3.508	2	64	68	5	56	54
Bremen	0	3	11	3	453	319	0	150	242	1	17	12	0	6	6
Hamburg	1	36	48	16	1.287	1.801	6	729	1.671	0	78	110	0	17	11
Hessen	6	102	113	23	2.831	4.264	31	1.697	1.485	3	198	192	1	54	56
Mecklenburg-Vorpommern	0	34	31	28	2.060	3.165	7	1.247	1.595	4	100	84	5	51	45
Niedersachsen	3	163	147	41	4.371	5.712	23	1.949	4.046	1	141	136	1	70	63
Nordrhein-Westfalen	5	276	309	88	8.966	13.683	34	5.004	8.953	14	574	508	11	257	149
Rheinland-Pfalz	1	113	98	26	2.683	3.420	13	1.110	1.757	3	97	127	2	31	31
Saarland	0	13	7	1	499	1.132	2	518	396	4	30	12	0	8	7
Sachsen	7	175	234	74	5.383	6.309	36	2.658	4.669	4	157	202	12	131	121
Sachsen-Anhalt	2	111	105	28	2.958	3.355	12	1.862	1.925	1	67	61	7	37	184
Schleswig-Holstein	1	63	71	10	1.703	1.704	7	689	1.264	3	45	41	0	11	17
Thüringen	2	162	178	25	2.730	2.899	18	1.987	3.274	3	117	54	1	31	25
Deutschland	40	1.654	1.776	514	50.427	63.357	276	28.040	43.542	74	2.830	2.797	53	982	964

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, Mumps, Windpocken, 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 (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

36. Woche 2014 (Datenstand: 24.9.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	0	41	57	0	42	44	15	649	620	1	29	27	8	316	423
Bayern	0	62	59	1	90	75	15	741	736	1	26	35	7	487	419
Berlin	1	20	32	2	54	45	14	399	365	0	17	21	6	252	262
Brandenburg	2	16	16	0	13	9	2	50	46	0	3	3	1	70	80
Bremen	0	4	24	1	7	12	1	30	21	0	2	2	0	36	39
Hamburg	2	10	16	1	32	26	4	87	90	0	5	5	3	91	137
Hessen	1	29	41	1	48	48	13	412	288	1	10	17	5	352	316
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	17	0	7	7	0	28	45	0	4	4	1	42	56
Niedersachsen	0	39	39	1	29	29	9	159	203	0	12	19	4	254	229
Nordrhein-Westfalen	3	84	98	0	93	104	18	595	500	0	39	52	12	728	727
Rheinland-Pfalz	1	17	45	0	19	40	3	172	169	0	14	17	4	116	115
Saarland	1	8	7	1	13	8	1	83	40	0	1	6	2	41	31
Sachsen	0	12	15	3	16	30	5	250	227	0	3	11	4	94	96
Sachsen-Anhalt	0	14	17	0	15	18	2	63	90	0	3	2	8	77	79
Schleswig-Holstein	1	11	13	0	12	8	5	107	91	0	12	20	4	52	67
Thüringen	2	17	12	0	2	10	2	88	50	0	5	8	0	59	43
Deutschland	14	389	508	11	492	513	109	3.913	3.581	3	185	249	69	3.070	3.120

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014		2013	2014		2014		2014		2014		
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	36.	1.–36.	36.	1.–36.	36.	1.–36.	
Baden-Württemberg	0	9	54	0	45	0	2	18	1.086	30	2.504	
Bayern	5	99	703	2	96	0	8	35	1.869	30	2.849	
Berlin	0	12	485	1	40	0	3	7	489	13	1.038	
Brandenburg	0	2	58	0	6	0	3	9	406	6	481	
Bremen	0	4	7	0	1	0	0	2	14	3	350	
Hamburg	0	13	15	1	18	0	1	2	124	4	250	
Hessen	0	19	10	1	44	0	1	15	473	8	938	
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	7	0	0	7	139	0	135	
Niedersachsen	0	6	15	0	32	0	2	15	610	8	1.049	
Nordrhein-Westfalen	2	24	124	2	194	0	2	34	1.212	62	3.829	
Rheinland-Pfalz	0	3	10	1	36	0	2	10	418	4	563	
Saarland	0	2	0	0	4	0	1	0	71	0	86	
Sachsen	1	4	46	1	19	0	1	24	470	11	1.555	
Sachsen-Anhalt	0	4	11	0	4	0	0	12	312	9	392	
Schleswig-Holstein	0	38	9	0	19	0	2	1	142	4	329	
Thüringen	0	0	3	0	9	0	3	8	441	2	295	
Deutschland	8	240	1.551	9	574	0	31	199	8.279	194	16.644	

Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. 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). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

36. Woche 2014 (Datenstand: 24.9.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	36. Woche	1.–36. Woche	1.–36. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	10	981	1.650	1.985
Brucellose	1	32	16	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	54	81	111
Dengue-Fieber	19	430	600	878
FSME	6	189	302	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	4	59	57	77
Hantavirus-Erkrankung	3	281	104	161
Hepatitis D	0	13	22	33
Hepatitis E	6	394	342	458
Influenza	5	6.919	70.017	70.222
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	317	294	416
Legionellose	29	513	639	923
Leptospirose	4	102	55	80
Listeriose	8	392	322	468
Ornithose	0	7	9	10
Paratyphus	0	14	41	56
Q-Fieber	3	194	75	115
Trichinellose	0	1	14	14
Tularämie	1	6	13	20
Typhus abdominalis	3	31	55	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**

1. Baden-Württemberg, 30 Jahre, weiblich (Infektionsland Dominikanische Republik)
2. Hessen, 26 Jahre, weiblich (Infektionsland Indonesien)
(85. und 86. Chikungunya-Fall 2014)

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: Francesca Smolinski, Sylvia Fehrmann, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@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 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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

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)
PVKZ A-14273