



# Epidemiologisches Bulletin

28. Oktober 2013 / Nr. 43

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welt-Poliotag 2013

## Israel und das Horn von Afrika: Neue Rückschläge bei der Ausrottung der Poliomyelitis

Der Welt-Poliotag wird zu Ehren des Entwicklers des ersten Polioimpfstoffes (IPV), Dr. Jonas Salk, begangen und soll die Bedeutung der Polioimpfung im Kampf gegen Kinderlähmung hervorheben. Dank der Globalen Polioeradikationsinitiative der WHO und ihrer Partner (GPEI) wurden beträchtliche Erfolge bei der Bekämpfung dieser Infektionskrankheit erzielt. Bereits vor 10 Jahren konnte eine Reduktion der weltweiten Poliofälle um 99 % vermeldet werden; 3 von 6 WHO-Regionen wurden als poliofrei zertifiziert (Amerika 1994, Westpazifik 2000, Europa 2002). In den letzten 2 Jahren gab es die geringste Zahl an Neuerkrankungen. In diesem Jahr wurden bislang 296 Poliofälle gemeldet, wobei die Fallzahlen in den 3 verbliebenen Endemieländern (Pakistan, Afghanistan, Nigeria) insgesamt weiter rückläufig sind – sie konzentrieren sich auf Regionen, die von lokalen Stammesführern kontrolliert werden, die die Impfungen aus ideologischen oder religiösen Gründen ablehnen. Tödliche Angriffe auf Impfteams gefährden dort die mühsam errungenen Fortschritte.

In **Indien** wurden seit fast 3 Jahren keine neuen Poliofälle mehr gemeldet. Damit könnte Anfang 2014 nicht nur ein weiteres Land, sondern die gesamte WHO-Region Südostasien als poliofrei zertifiziert werden. Ein weiterer Meilenstein könnte die Ausrottung von Poliowildviren (WPV) Typ 3 sein, die seit November 2012 nicht mehr nachgewiesen wurden (WPV2 gelten seit 1999 als eradiziert).

Sorge bereitet derzeit ein Polioausbruch am **Horn von Afrika** mit bisher nahezu 200 Fällen: Ausgehend von einem Flüchtlingslager in Somalia (174 Fälle) breiten sich die Polioviren auch in die Nachbarländer aus; Erkrankungen wurden aus Kenia (14), Äthiopien (6) und Südsudan (3) gemeldet. Umfangreiche Impfkampagnen sollen den Ausbruch stoppen, doch noch immer sind mehr als eine halbe Million Kinder aufgrund der Sicherheitslage nicht erreichbar.

Ein weiteres Augenmerk gilt in diesem Jahr **Israel**, das zur WHO-Region Europa gehört: Dort werden seit Februar anhaltend WPV1 im Abwasser nachgewiesen, insgesamt bisher in ca. 100 Proben. Auch an Sammelpunkten im Gazastreifen und im Westjordanland wurden WPV1 gefunden. Dies spricht dafür, dass es infizierte Virausscheider gibt. Bei Stuhluntersuchungen gesunder Kinder wurden 48-mal WPV1 bestätigt. Sequenzanalysen ergaben, dass es sich um denselben Polio Stamm handelt, der Anfang des Jahres in Abwasserproben in Ägypten nachgewiesen wurde und eng mit zirkulierenden Stämmen in Pakistan verwandt ist. Aufgrund der hohen Impfquoten wurden bislang keine Poliofälle gemeldet. Jedoch wird allen Kindern eine Impfung mit bivalentem oralen Lebendimpfstoff (bOPV1+3) angeboten (routinemäßig wird IPV geimpft).

In der gegenwärtigen Situation ist es wichtig, dass alle Länder die Polioüberwachung verstärken und die Impfquoten analysieren, um eine mögliche Einschleppung von Polioviren in gefährdete Bevölkerungsgruppen zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Reisende sollten vor Aufenthalt in Israel, im Westjordanland oder im Gazastreifen ihren Impfschutz überprüfen. Liegt die Polioimpfung mehr als 10 Jahre zurück, sollte sie aufgefrischt werden.

Die WHO wurde am 17.10.2013 über eine Häufung akuter schlaffer Lähmungen in **Syrien** informiert. Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass es sich in 2 Fällen um Polioviren handeln könnte. Eine Bestätigung durch das Referenzlabor der WHO steht aus. In Syrien wurden seit 1999 keine Fälle durch WPV nachgewiesen.

Diese Woche 43/2013

### Poliomyelitis

Welt-Poliotag 2013:  
Rückschläge bei der Eradikation

### Reiseassoziierte Infektionskrankheiten Deutschland 2012

- ▶ Malaria
- ▶ Shigellose
- ▶ Typhus
- ▶ Paratyphus
- ▶ Brucellose
- ▶ Trichinellose
- ▶ Cholera
- ▶ Fleckfieber
- ▶ Läuserückfallfieber
- ▶ Lepra
- ▶ Chikungunya-Fieber
- ▶ Denguefieber
- ▶ Leishmaniose

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik  
40. Woche 2013

### ARE/Influenza

Zur Situation in der  
42. Woche 2013



## Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland Reiseassoziierte Krankheiten 2012

Dieser Bericht basiert auf den Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem Robert Koch-Institut (RKI) mit Datenstand 1.3.2013 übermittelt worden waren. Diese wurden ergänzt um Angaben aus anderen Erfassungssystemen, soweit diese verfügbar waren. Bei der Malaria werden außerdem Daten für das Vereinigte Königreich (für das Jahr 2012) sowie zu lokal in der europäischen Region erworbenen Malaria-Fällen vorgestellt.

### Malaria

Im Berichtsjahr 2012 wurden 547 Malaria-Fälle gemeldet. Unter diesen waren 4 Sterbefälle (0,7%). Im Vergleich mit dem Vorjahr wurden Malaria-Fälle in gleicher Größenordnung gemeldet. Der im Jahr 2010 beobachtete Anstieg setzte sich nicht fort. Nachdem sich seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 die Zahl der gemeldeten Fälle zunächst von Jahr zu Jahr verringert hatte, wurden von 2006 bis 2009 annähernd gleiche Fallzahlen registriert (s. Abb. 1). Bezogen auf die Bevölkerungszahl errechnet sich für Deutschland im Jahr 2012 eine Inzidenz von 0,7 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Anzahl der in den einzelnen Monaten diagnostizierten Malaria-Erkrankungen reichte von 24 Fällen im Februar bis zu 82 Fällen im August.

### Erkrankungen pro Bundesland

Da für die Malaria gemäß § 7 Abs. 3 IfSG eine nichtnamentliche Meldepflicht (ohne Angabe des Wohnortes des Patienten) gilt, basiert die Zuordnung der Fälle zu Bundesländern auf Angaben zu den dreistelligen Postleitzahlen (PLZ) des Wohnortes des Patienten, des einsendenden Arztes oder ersatzweise des Labors. Damit kann nur eine annähernde Verteilung nach Bundesländern bestimmt werden (siehe dazu *Epid. Bull.* 41/2001).

Die Anzahl der Malaria-Fälle, die für die verschiedenen Bundesländer ermittelt wurde, differierte – wie auch in allen Vorjahren – sehr stark (s. Abb. 2). Für Hamburg wurde 2012 eine Inzidenz von 3,9 Fällen pro 100.000 Einwohner ermittelt, für Bremen von 1,7. Für Berlin, in den 5 Vorjahren mit 1,2 mit an der Spitze stehend, wurde 2012 eine Inzidenz

von 0,5 ermittelt. In Thüringen wurden insgesamt nur 2 Malaria-Fälle gemeldet (Inzidenz 0,1). Für Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland wurde jeweils nur eine Inzidenz von 0,2 errechnet. Auch in allen Vorjahren wurden diese Unterschiede beobachtet, denen folgende Ursachen zugrunde liegen könnten: Das Reiseverhalten der deutschen Wohnbevölkerung könnte in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sein, ebenso wie auch der Anteil von Bürgern aus Malaria-Endemiegebieten. Einwohner, die aus Endemiegebieten stammen und die wegen nachlassender Immunität nach Aufenthalt in ihren Heimatländern an Malaria erkranken, leben häufiger in Ballungsgebieten. Auftretende Unterschiede zwischen den Jahren können Ausdruck für ein unterschiedliches Infektionsrisiko in bestimmten bereisten Regionen bzw. für ein unterschiedliches Reiseaufkommen sein. Als Erklärung für die vorliegenden Unterschiede kommen sicherlich nicht zuletzt auch Unterschiede im Einhalten der Meldepflicht in Betracht.

### Infektionsgebiete

Der größte Teil (83%) der Malaria-Erkrankungen wurde – wie auch in den Vorjahren – aus afrikanischen Ländern importiert (s. Tab. 1). Besonders viele Fälle traten bei Reisen in westafrikanische Länder auf. Pakistan mit 33 Fällen und Indien mit 17 Fällen waren die wichtigsten Infektionsländer

Kontinent	Nennungen	Anteil
Afrika	303	83 %
Asien	61	17 %
Amerika	2	1 %
Australien/Ozeanien	0	0 %
Europa	0	0 %
<b>Summe</b>	<b>366</b>	<b>100 %</b>

Tab. 1: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2012 – Verteilung nach Infektionskontinenten (Angaben für 366 Fälle)

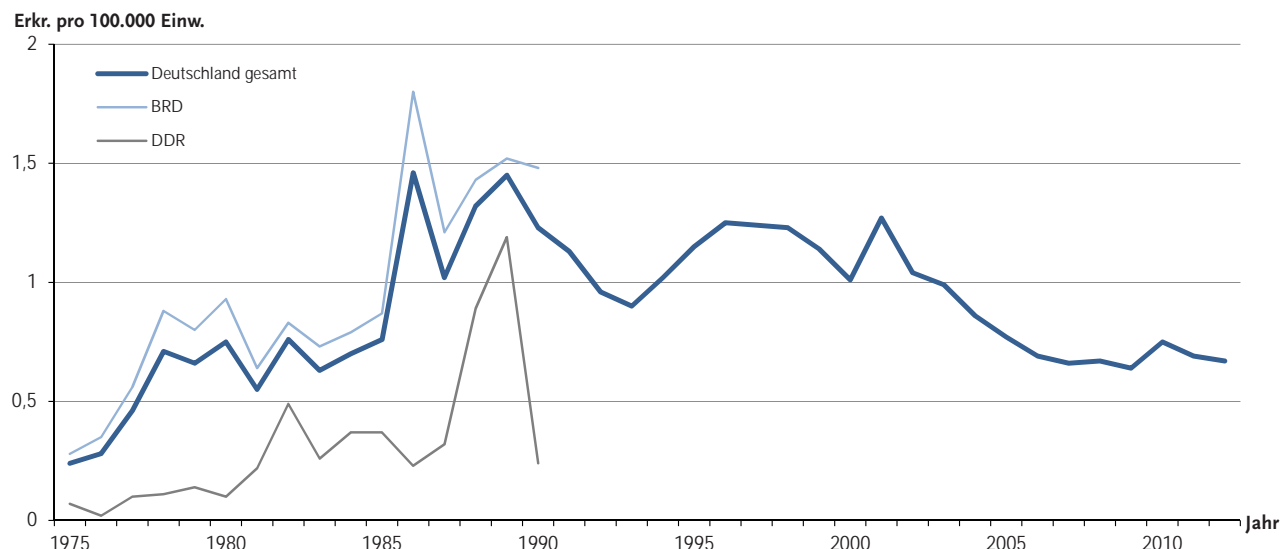


Abb. 1: Malaria-Erkrankungen in Deutschland – Zeitreihe (Zahlen des Statistischen Bundesamtes bis 2000; Zahlen des RKI ab 2001)

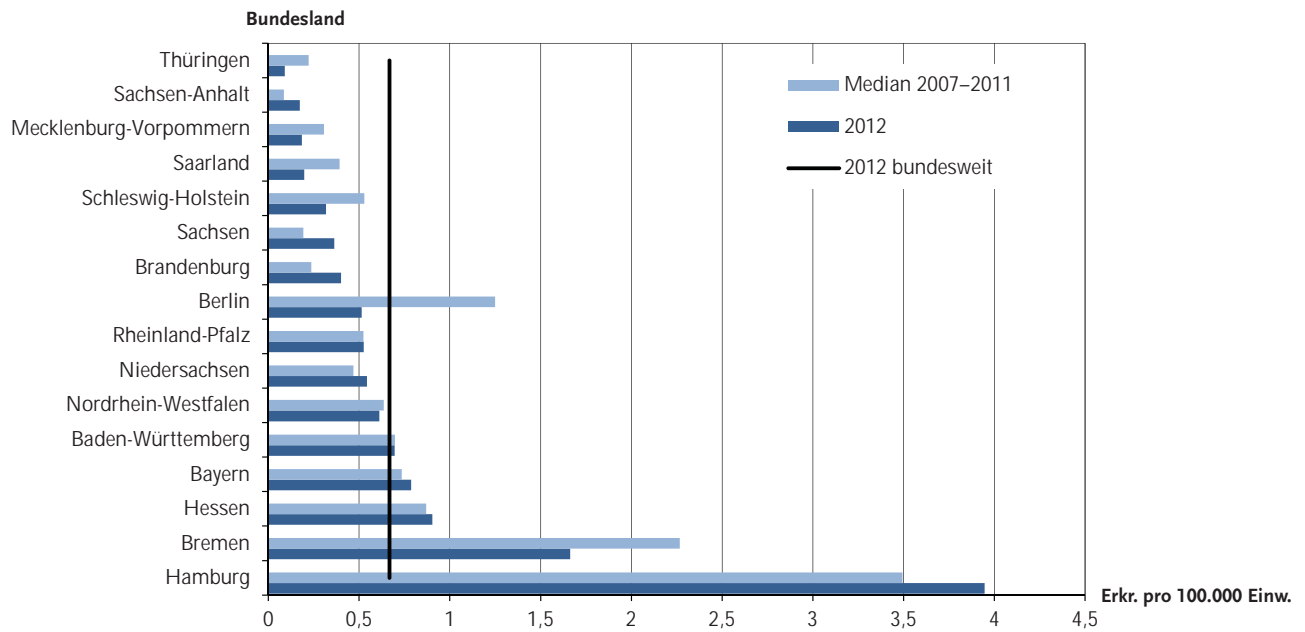


Abb. 2: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2012 – Verteilung nach Bundesland, IfSG-Melddaten

außerhalb Afrikas. Der Anteil der Fälle aus Asien war 2012 mit 17% höher als in den Vorjahren (2011: 9%). Zwei Fälle wurden aus Ländern Amerikas importiert (Brasilien und Guyana), keine Fälle kamen aus Ozeanien und aus Europa. Eine Liste der am häufigsten angegebenen Infektionsländer findet sich in Tabelle 2. Einschränkend muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Infektionsland nur für 366 der insgesamt 547 gemeldeten Fälle bekannt ist.

**Alter und Geschlecht der Erkrankten**

Erwachsene im Alter zwischen 20 und 29 Jahren wiesen die höchsten Inzidenzen auf. Die Inzidenzen bei Männern waren in einigen Altersgruppen im Vergleich zu denen bei Frauen bis zu 4-fach höher. Die Unterschiede zwischen den Inzidenzen bei Männern und Frauen, die auch in den Vorjahren in sehr ähnlicher Weise ausgeprägt waren, sind vermutlich auf ein unterschiedliches Reise- oder Präven-

tionsverhalten zurückzuführen. Auch Geschlechtsunterschiede bei der aus Endemiegebieten stammenden Bevölkerung kommen als Erklärung in Betracht.

**Erregerspezies**

Unter den 529 Fällen mit Angaben zur Erregerspezies wurde *Plasmodium falciparum* mit 73% am häufigsten diagnostiziert. Dies steht im Einklang damit, dass die meisten Erkrankungen in Afrika erworben wurden. An zweiter Stelle lag *P. vivax* mit 14%, gefolgt von *P. malariae* (4%). *P. ovale* hatte einen Anteil von 3%. Malaria tertiana (*P. vivax* oder *P. ovale*, ohne weitere Differenzierung des Erregers) machte 3% aus. Mischinfektionen hatten einen Anteil von 4% (s. Abb. 3). Für einen Fall wurde *P. knowlesi* nachgewiesen. In 18 Fällen blieben die Erreger ohne Differenzierung.

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Nigeria	74	20%
Ghana	53	14%
Pakistan	33	9%
Kamerun	24	7%
Indien	17	5%
Togo	17	5%
Uganda	16	4%
Westafrikanisches Land ohne nähere Bezeichnung	12	3%
Elfenbeinküste	11	3%
Sierra Leone	11	3%
Andere	98	27%
<b>Summe</b>	<b>366</b>	<b>100%</b>

Tab. 2: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2012 – am häufigsten genannte Infektionsländer, IfSG-Melddaten (Angaben für 366 Fälle)

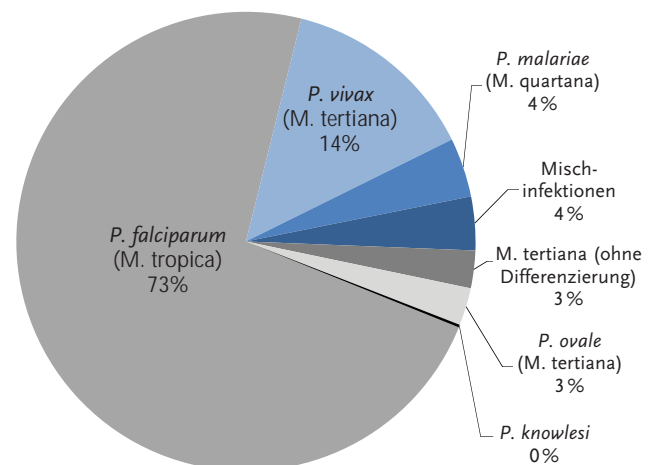


Abb. 3: Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2012 – Verteilung nach Erregerspezies, IfSG-Melddaten (Angaben für 529 Fälle)

### Herkunft der Erkrankten und Reisegründe

Der Anteil von Bürgern deutscher Herkunft betrug 2012 bei den an Malaria tropica Erkrankten 42 %, bei den an Malaria tertiana und quartana Erkrankten 40 %. Circa 69 % der an Malaria erkrankten Deutschen erwarben die Infektion auf touristischen Reisen bzw. bei Besuchen von Freunden oder Verwandten (Vorjahr: 64 %). Circa 16 % waren Geschäftsreisende (Vorjahr: 14 %). Weitere Reisegründe waren humanitäre Hilfe bzw. Missionsdienst (10 %), Ausbildung und Forschung, Militäreinsatz oder die Tätigkeit als Seemann bzw. Flugpersonal. Bei den Bürgern ausländischer Herkunft lagen Reisen zu Verwandten und Bekannten mit 61 % (Vorjahr: 69 %) an der Spitze der Nennungen.

Bemerkenswert war 2012 der hohe Anteil von Bürgern pakistanischer Herkunft unter den Erkrankten ( $n = 40$ ) im Vergleich mit allen früheren Jahren. Pakistan als Infektionsland liegt 2012 an dritter Stelle der Länderliste. Damit im Einklang ist der höhere Anteil von Malaria tertiana 2012 im Vergleich mit den Vorjahren.

### Prophylaxe

Der größte Teil der Erkrankten (über 80 %) hatte 2012 keinerlei Medikamente zur Prophylaxe verwendet. Diejenigen, die Prophylaxemedikamente eingenommen hatten, nahmen diese in vielen Fällen nicht den Empfehlungen entsprechend ein. Immerhin 39 % ( $n = 27$ ) derjenigen mit durchgeführter Chemoprophylaxe gaben an, dass sie regelmäßig Medikamente eingenommen hatten. Bei der Bewertung dieser Tatsache muss berücksichtigt werden, dass die auf dem Meldebogen angegebenen Medikamente zur Prophylaxe zum Teil nicht den Empfehlungen entsprachen, z. B. alleiniges Chloroquin für Ghana. In einigen Fällen wurden die regelrecht verordneten Medikamente unregelmäßig angewendet.

Insgesamt kam es im Vergleich zu den Vorjahren zu keinen wesentlichen Veränderungen im Prophylaxe- bzw. Einnahmeverhalten der an Malaria Erkrankten.

### Sterbefälle

Im Jahr 2012 wurden 4 Fälle gemeldet, bei denen Personen an Malaria starben. Betroffen waren 2 Touristen im Alter von 75 Jahren nach einem Aufenthalt in Südafrika bzw. von 40 Jahren nach einer Senegalreise. Ein 43-jähriger Mann türkischer Herkunft starb nach einem Aufenthalt in Uganda. Ein 5-jähriges Mädchen starb nach einem Familienbesuch in Togo. Als verursachender Erreger wurde für alle Fälle *P. falciparum* angegeben. Alle vier an Malaria Verstorbenen hatten keine Chemoprophylaxe durchgeführt.

In den letzten Jahren setzte sich die positive Entwicklung bezüglich einer Abnahme bei den Todesfall-Zahlen in Deutschland weiter fort. Durch die **IfSG-Meldepflicht** wurden weniger Sterbefälle erfasst (2011: 1, 2010: 2, 2009: 3, 2008: 2, 2007: 1, 2006: 4, 2005: 6, 2004: 2, 2003: 5, 2002: 3, 2001: 8) als bis zum Jahr 2000 nach Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG), wo in mehreren Jahren jeweils um die 20 Sterbefälle bekannt wurden. In der **Todesursachen-**

**statistik des Statistischen Bundesamtes**, die auf der Auswertung der Totenscheine basiert, wurden in den letzten Jahren insgesamt weniger Malaria-Todesfälle ausgewiesen, jedoch wurde 2011 mit 9 Fällen wieder eine höhere Zahl erfasst (2010: 5, 2009: 4, 2008: 5, 2007: 3, 2006: 5, 2005: 6, 2004: 8, 2003: 11, 2002: 7, 2001: 8). Die Daten aus der Todesursachenstatistik für 2012 liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

### Probleme bei der Erfassung der Malaria in Deutschland – Vollständigkeit der gemeldeten Angaben

Die Nicht-Vollständigkeit der übermittelten Angaben im Rahmen der IfSG-Meldepflicht beeinträchtigte – wie schon in den vergangenen Jahren – auch im Jahr 2012 die Qualität der verfügbaren Daten. Für insgesamt 420 Fälle (77 %) lagen die Meldebögen sowohl vom Labor als auch vom Arzt vor, für 127 Fälle nur der Laborbogen. Deshalb fehlten für einen größeren Teil der Fälle insbesondere die Angaben, die von den behandelnden Ärzten beizutragen sind, z. B. zum Infektionsland oder zur Prophylaxe. Um eine Analyse und Bewertung der Situation auf der Basis qualitativ guter Daten vornehmen zu können, ist eine größere Vollständigkeit der Datensätze anzustreben.

### Malaria im Vereinigten Königreich (UK) 2012 (Health Protection Agency)

Insgesamt 1.378 Malaria-Fälle wurden 2012 im UK gemeldet (2011: 1.677, 2010: 1.761, 2009: 1.495, 2008: 1.370). Dabei wurden 73 % durch *P. falciparum* verursacht (2011: 69 %). Es wurden 2 Todesfälle registriert (Vorjahr: 8). Die Infektionen wurden zu einem großen Teil in Westafrika erworben ( $n = 734$ ). Aus weiteren afrikanischen Regionen stammten 265 Fälle. Unter den Erkrankten befanden sich überproportional viele Personen, die ihre Familie im Heimatland besucht hatten ( $n = 535$ ). Es folgten Geschäftsreisende ( $n = 95$ ), ausländische Besucher im UK ( $n = 90$ ), Touristen ( $n = 59$ ), neu in das UK eingereiste Personen ( $n = 56$ ) und ausländische Studenten im UK ( $n = 42$ ).

#### Quellen:

- ▶ [http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb\\_C/1195733817568](http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733817568)
- ▶ <http://www.hpa.org.uk/hpr/infections/travel.htm>
- ▶ [http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb\\_C/1195733773780](http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733773780)

### Malaria in der WHO-Region Europa

Aus der Europäischen Region der WHO wurden 2012 insgesamt 253 lokal übertragene Malariafälle durch *P. vivax* gemeldet. Diese stammen aus fünf Staaten der Region: Aserbaidschan, Georgien, Tadschikistan, der Türkei und Griechenland. Das bedeutet gegenüber dem Jahr 2011 einen Anstieg (2011 insgesamt 102 lokal erworbene Malariafälle).

Von 1995 bis 2011 sank die Gesamtzahl derartiger Fälle von 90.712 auf nunmehr 102 bzw. 253. Die Bemühungen zur Eliminierung der Krankheit aus der Europäischen Region bis zum Jahr 2015 verlaufen plangemäß. 2012 wurde als bisher letztes Land Kasachstan von der WHO als malariafrei zertifiziert. Am Welt-Malaria-Tag 2013 ruft die WHO die be-

troffenen Länder dazu auf, trotz haushaltlicher Sparzwänge ihre Interventionen gegen die Krankheit weiterzuführen. Besonderer Wert sollte der Schaffung und Aufrechterhaltung effektiver und flächendeckender Surveillance-Systeme sowie von Kapazitäten für die frühzeitige Erkennung und Bekämpfung von Ausbrüchen beigemessen werden.

#### Quellen:

- ▶ <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/news/news/2013/04/greater-effort-needed-to-eliminate-malaria-from-europe-by-2015>
- ▶ <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/malaria/news/news/2012/4/eliminating-malaria-from-europe-by-2015-realistic-and-attainable>

### Shigellose

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 526 Shigellosen übermittelt, entsprechend 0,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (s. Tab. 3).

In Deutschland erworbene Shigellosen hatten einen Anteil von ca. 40 % (s. Tab. 4). Inwieweit es sich bei den in Deutschland erworbenen Shigellosen um autochthone Fälle oder um Sekundärinfektionen nach Kontakt mit im Ausland erkrankten Personen handelte, kann auf der Basis der übermittelten Daten nicht immer bestimmt werden. Die am häufigsten genannten anderen Infektionsländer waren – wie in den vergangenen Jahren – Indien (12 %), Ägypten (9 %), Marokko (5 %) und die Türkei (3 %).

Wie bereits in den Vorjahren zeigte sich bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 39 Jahren eine hohe altersspezifische Inzidenz (> 1). Die Inzidenz bei Kindern unter 5 Jahren lag bei 0,7 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (2011: 0,6).

Für 491 (93 %) übermittelte Shigellosen fanden sich Eintragungen zur Spezies. In 68 % der Fälle handelte es sich um Infektionen mit *S. sonnei*, es folgten Infektionen mit *S. flexneri* (27 %), *S. boydii* (3 %) und *S. dysenteriae* (1 %). Der Anteil der Infektionen mit *S. flexneri* hat sich gegenüber dem Vorjahr etwa verdoppelt (2011: 13 %). Kein Shigellose-Fall wurde als krankheitsbedingt verstorben angege-

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	1.608
2002	1.183
2003	793
2004	1.151
2005	1.169
2006	817
2007	869
2008	574
2009	618
2010	731
2011	680
2012	526

Tab. 3: Shigellose in Deutschland 2001 bis 2012, IfSG-Melddaten

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Deutschland	208	40%
Indien	64	12%
Ägypten	48	9%
Marokko	27	5%
Türkei	14	3%
Tunesien	11	2%
Kap Verde	9	2%
Tansania	9	2%
Südafrika (Staat)	7	1%
Indonesien	6	1%
Andere	114	22%
<b>Summe</b>	<b>517</b>	<b>100%</b>

Tab. 4: Shigellose in Deutschland 2012 – am häufigsten genannte Infektionsländer, IfSG-Melddaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 509 Erkrankungen)

ben. Es wurden 18 Häufungen mit insgesamt 38 Erkrankungen übermittelt. Alle Häufungen betrafen weniger als 5 Erkrankungen.

### Typhus

Im Jahr 2012 wurden 58 Erkrankungen übermittelt (s. Tab. 5). Die bundesweite Inzidenz lag damit unter 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Monatlich wurden 2 bis 9 Erkrankungen übermittelt, die Fälle kamen aus 13 Bundesländern. Mindestens 90 % der Erkrankungen wurden vermutlich importiert (s. Tab. 6, S. 442), 27 Fälle hatten als mögliches Infektionsland Indien.

Mit Ausnahme der Altersgruppen unter 3 Jahren und über 69 Jahre waren alle Altersgruppen vertreten. Dreijährige Kinder sowie Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 29 Jahren wiesen die höchste Erkrankungsinzidenz auf. Unter den im Jahr 2012 übermittelten Typhus-Erkrankungen gab es keinen Sterbefall. Es wurden keine Häufungen übermittelt.

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	89
2002	59
2003	66
2004	82
2005	80
2006	75
2007	59
2008	69
2009	65
2010	71
2011	59
2012	58

Tab. 5: Typhus in Deutschland 2001 bis 2012, IfSG-Melddaten

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Indien	27	46 %
Pakistan	7	12 %
Deutschland	6	10 %
Bangladesch	3	5 %
Indonesien	2	3 %
Libanon	2	3 %
Myanmar	2	3 %
Philippinen	2	3 %
Thailand	2	3 %
Türkei	2	3 %
Andere	4	7 %
<b>Summe</b>	<b>59</b>	<b>100 %</b>

Tab. 6: Typhus in Deutschland 2012 – am häufigsten genannte Infektionsländer, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 57 Erkrankungen)

**Paratyphus**

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 43 Erkrankungen (Inzidenz unter 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) übermittelt (s. Tab. 7).

Die monatlich übermittelten Erkrankungszahlen schwankten zwischen 0 und 6 Fällen. Nicht in allen Bundesländern wurden Erkrankungen registriert. Die größten Fallzahlen kamen 2012 aus Berlin und Hessen, die zusammen 42 % aller Fälle übermittelten. Für 42 Erkrankungen lagen Angaben zum Infektionsland vor. Circa 87 % der Erkrankungen waren demnach importiert, davon wurde für 15 Fälle Indien und für 5 Fälle Pakistan angegeben. In 6 Fällen wurde Deutschland als Infektionsland genannt. Ob es sich hierbei um in Deutschland originäre Erkrankungsfälle oder um sekundäre Infektionen in Folge importierter Erkrankungsfälle handelt, bleibt unklar (s. Tab. 8).

Es waren alle Altersgruppen vertreten, mit höheren Inzidenzen bei Kindern und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren. Jungen und Männer (58 % der Fälle) waren etwas häufiger betroffen als Mädchen und Frauen.

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	71
2002	67
2003	74
2004	107
2005	56
2006	73
2007	73
2008	87
2009	77
2010	57
2011	58
2012	43

Tab. 7: Paratyphus in Deutschland 2001 bis 2012, IfSG-Meldedaten

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Indien	15	32 %
Deutschland	6	13 %
Pakistan	5	11 %
Türkei	4	9 %
Vietnam	2	4 %
Bolivien	2	4 %
Kambodscha	2	4 %
Thailand	2	4 %
Nepal	2	4 %
Andere	7	15 %
<b>Summe</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>

Tab. 8: Paratyphus in Deutschland 2012 – am häufigsten genannte Infektionsländer, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 42 Erkrankungen)

Bei 42 Erkrankungen wurde ein Serotyp übermittelt, darunter *S. Paratyphi A* bei 57 %, *S. Paratyphi B* bei 38 % und *S. Paratyphi C* bei 5 %. Unter den 2012 übermittelten Paratyphus-Erkrankungen gab es keinen Sterbefall. Es wurden keine Erkrankungen mit epidemiologischem Zusammenhang übermittelt.

**Brucellose**

Mit 28 Brucellosen war die Zahl der 2012 übermittelten Fälle etwas höher als in den 5 Vorjahren seit 2007 (s. Tab. 9). Die Erkrankungen traten über das ganze Jahr verteilt auf. Brucellosen wurden aus insgesamt 11 Bundesländern übermittelt (1 bis 6 Fälle je Bundesland). Bei weit mehr als der Hälfte der Erkrankungen handelte es sich den Angaben zufolge um importierte Fälle, für 9 von ihnen wurde die Türkei als Infektionsland genannt (s. Tab. 10).

Von Brucellose waren 12 männliche und 16 weibliche Personen verschiedener Altersgruppen betroffen. Eine Erregerdifferenzierung erfolgte nur für einen Teil der Erkrankungsfälle. Für 13 Fälle wurde *B. melitensis* angegeben. Unter den

Meldejahr	Zahl der Erkrankungen
2001	24
2002	35
2003	27
2004	32
2005	31
2006	37
2007	21
2008	24
2009	19
2010	22
2011	24
2012	28

Tab. 9: Brucellose in Deutschland 2001 bis 2012, IfSG-Meldedaten

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Deutschland	10	36 %
Türkei	9	32 %
Irak	2	7 %
Oman	1	4 %
Serbien	1	4 %
Spanien	1	4 %
Griechenland	1	4 %
Indien	1	4 %
Ägypten	1	4 %
Algerien	1	4 %
<b>Summe</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>

**Tab. 10:** Brucellose in Deutschland 2012 – am häufigsten genannte Infektionsländer, IfSG-Meldedaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 26 Erkrankungen)

im Jahr 2012 übermittelten Brucellosen gab es keinen Sterbefall. Es traten keine Brucellosen im Rahmen von Ausbrüchen auf.

### Trichinellose

Im Jahr 2012 wurden dem RKI 2 Trichinellosen übermittelt. Beide Erkrankungen betrafen Männer im Alter von 23 bzw. 47 Jahren. Eine Trichinellose trat nach einem Aufenthalt in Rumänien auf, wo im Rahmen einer Hausschlachtung nur 2 der 3 geschlachteten Schweine untersucht worden waren. Weitere Familienmitglieder in Rumänien waren ebenfalls erkrankt. Für die andere Erkrankung liegen keine Hinweise auf eine mögliche Infektionsursache vor.

Seit 2001 hatten die Fallzahlen ein Maximum im Jahr 2006 (22 Erkrankungen) und ein Minimum im Jahr 2005 (kein Fall).

### Cholera

Im Jahr 2012 wurden dem RKI keine Erkrankungen an Cholera übermittelt.

Im Jahr 2010 erkrankten in Deutschland insgesamt 6 Personen an Cholera, in den anderen Jahren lag die Zahl übermittelter Erkrankungen zwischen 0 und 4.

### Fleckfieber

Im Jahr 2012 wurden dem RKI weder Erkrankungen an Fleckfieber noch Nachweise von *Rickettsia prowazekii* übermittelt. Zuletzt wurden dem RKI 2003 und 2001 eine bzw. 2 Fleckfieber-Erkrankungen übermittelt.

### Läuserückfallfieber

Im Jahr 2012 wurde dem RKI keine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt. Zuvor wurde in den Jahren 2004 und 2002 jeweils eine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt.

### Lepra

Fünf Erkrankungen an Lepra wurden 2012 erfasst. Betroffen waren ein 13-jähriger Junge (lepromatöse Lepra, Infektionsland Brasilien), eine 26-jährige Frau mit Borderline-Lepra (Infektionsland Indien), ein 27-jähriger Mann (lepromatöse Lepra, Infektionsland Kenia), eine 30-jährige Frau (lepromatöse Lepra, Infektionsland Brasilien) und eine 44-jährige Frau (Borderline-Lepra, Infektionsland Myanmar).

In den Jahren davor wurden zwischen 0 (2007) und 4 (2003) Erkrankungen an Lepra übermittelt.

### Erreger virusbedingter hämorrhagischer Fieber

Außer **Chikungunya-Fieber** (s. u.) wurden in den vergangenen 10 Jahren ein Fall von **Lassa-Fieber** (2006, importiert aus Sierra Leone), eine asymptomatische Infektion mit **Rift-Valley-Fieber-Virus** als Koinfektion zu einer letalen Hepatitis-A-Infektion (2008, Infektion erworben in Kenia) sowie 2 Fälle von **Krim-Kongo-Virus-Infektionen** (2009: ein US-Soldat, der sich in Afghanistan infiziert hatte, verstarb; ein in der Türkei infizierter Mann überlebte) übermittelt.

Im Jahr 2012 wurden in Deutschland keine Infektionen durch **Ebola-Virus**, **Gelbfieber-Virus**, **Lassa-Virus** bzw. **Marburg-Virus** bekannt.

### Chikungunya-Fieber

Im Januar 2005 kam es auf einigen Inseln vor der Ostküste Afrikas zu einer ausgeprägten Chikungunya-Epidemie. Sie begann auf den Komoren und weitete sich dann auf La Réunion, Mauritius, die Seychellen sowie Madagaskar aus. Eine zweite Epidemie brach im Januar 2006 im Süden Indiens aus. Im Herbst 2007 kam es in Italien in der Provinz Ravenna (Region Emilia-Romagna) zu einem regional begrenzten Ausbruch von Chikungunya-Fieber mit etwa 200 Fällen. Vermutlich wurde das Virus durch einen mit Chikungunya infizierten Reiserückkehrer aus Südindien (Kerala) in die Region eingeschleppt. Das Virus wurde in der lokalen Mückenpopulation (*Aedes albopictus*, Asiatische Tigermücke) nachgewiesen. In den letzten Jahren waren auch Länder in Südostasien zunehmend betroffen.

Im Jahr 2012 wurden in der Kategorie „Virale Hämorrhagische Fieber (VHF), sonstige Erreger“ 9 importierte Infektionen von Chikungunya-Fieber übermittelt, die die Referenzdefinition erfüllten (2011: 13 Fälle). Somit wurden Fälle dieser Infektion nun das 7. Jahr in Folge in Deutschland diagnostiziert.

Es erkrankten 6 Männer und 3 Frauen. Alle waren Erwachsene. In den Altersgruppen der 30- bis 69-Jährigen traten 78 % (n = 7) aller Erkrankungen auf.

In der ersten Jahreshälfte wurden 4, in der zweiten 5 Erkrankungen übermittelt. Hämorrhagische Verläufe gemäß WHO-Definition und RKI-Falldefinition sowie Todesfälle traten nicht auf. Zu 7 Fällen wurden Infektionsländer genannt: Philippinen (n = 3), Indien (n = 2) und Indonesien (n = 2). Ausbrüche, also Fälle mit gemeinsamer Reiseanamnese, wurden 2012 nicht übermittelt.

In den Vorjahren seit 2006 waren jährlich 13 bis 53 Krankheitsfälle an das RKI übermittelt worden.

**Denguefieber**

Das Denguevirus, bei dem 4 Serotypen unterschieden werden, wird von vorwiegend tagaktiven Stechmücken in über 100 Ländern der Tropen und Subtropen übertragen. Es verursacht eine akute fieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen und gelegentlich Hautausschlag. Die schweren, zum Teil tödlichen Verlaufsformen mit diffusen Blutungen (hämorrhagisches Denguefieber) und Kreislaufversagen (Dengue-Schocksyndrom) treten vermehrt bei erneuter Infektion mit einem anderen Serotyp und vor allem bei in Endemiegebieten lebenden Kindern auf.

Von 2001 bis 2003 waren Erkrankungen an Denguefieber in der Kategorie „Andere Erreger hämorrhagischer Fieber“ meldepflichtig, seit Mitte des Jahres 2003 besteht eine eigene Meldekategorie für Denguefieber. Meldepflichtig sind auch nichthämorrhagisch verlaufende Infektionen mit dem Denguevirus.

Im Jahr 2012 wurden dem RKI gemäß IfSG 615 (Vorjahr: 288) klinisch-labordiagnostisch bestätigte Fälle von Denguefieber übermittelt. Dies ist die höchste Fallzahl seit Einführung des IfSG und bedeutet nicht nur eine Verdoppelung gegenüber dem Vorjahr, sondern auch einen weiteren Anstieg um 3% gegenüber 2010, dem Jahr mit den bislang meisten übermittelten Denguefieber-Fällen. Die Inzidenz betrug 2012 0,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner oder bei einer geschätzten Zahl von jährlich 3 Millionen Reisenden in potenzielle Risikogebiete 20,5 Fälle pro 100.000 Reisende. Von einer Untererfassung der importierten Denguefälle aufgrund nicht durchgeführter Diagnostik bzw. Meldeaktivität ist auszugehen.

Das ganze Jahr hindurch wurden Fälle übermittelt, mit steigender Tendenz von Quartal I bis IV. Im Jahr 2012 wurden 2 Fälle übermittelt, die die Kriterien für hämorrhagisches Denguefieber (DHF) erfüllen, jedoch keine Todesfälle. Bei 610 Erkrankungen lagen 620 Nennungen mutmaßlicher Infektionsländer vor. In Tabelle 11 sind die 9 meistgenannten Infektionsländer aufgeführt. Wie schon in den Vorjahren wurde Thailand am häufigsten angegeben (41% der Nennungen). Zudem stieg im Laufe des Jahres 2012 das Risiko an, sich in Thailand mit Denguevirus zu infizieren (gemessen an der Zahl der dorthin reisenden Touristen) – ein Prozess, der sich auch in der ersten Jahreshälfte 2013 deutlich fortsetzte (s. Abb. 4).

Infektionsland	Nennungen	Anteil
Thailand	256	41%
Indien	67	11%
Indonesien	49	8%
Philippinen	26	4%
Brasilien	20	3%
Portugal	19	3%
Kambodscha	16	3%
Kuba	16	3%
Malediven	14	2%
Andere	137	22%
<b>Summe</b>	<b>620</b>	<b>100%</b>

Tab. 11: Denguefieber in Deutschland 2012 – am häufigsten genannte Infektionsländer, IfSG-Melddaten (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 610 Erkrankungen)

Reisende (x 1.000) / Fallzahl / Inzidenz

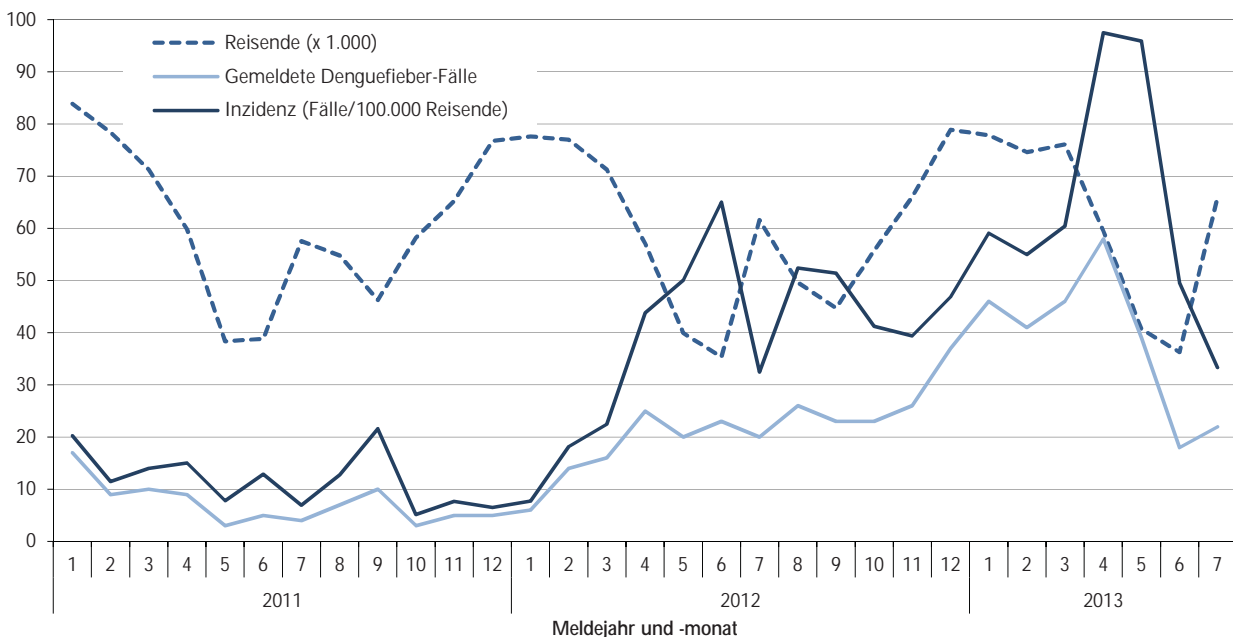


Abb. 4: In Thailand erworbene Denguevirus-Infektionen, Deutschland, Januar 2011 bis Juli 2013 – Absolutzahlen sowie Inzidenz unter Thailand-Flugreisenden \*

\* **Quellen** Fallzahlen: Bundesweite Meldedaten gemäß Referenzdefinition (SurvNET@RKI)  
 Flugreisendendaten: DESTATIS, Luftverkehr – Fachserie 8 Reihe 6 (<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Luftverkehr/Luftverkehr.html>)



Es folgen Indien (11 %) und Indonesien (8 %) sowie die Philippinen (4 %). Extrem ungewöhnlich ist die erstmalige Platzierung eines europäischen Landes in dieser Liste: 19 Personen (3 %) infizierten sich von September bis November im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens in der Autonomen Region Madeira, einer zu Portugal gehörenden Inselgruppe im Atlantik vor Nordafrika. Auf der Inselgruppe war Dengue vor September 2012 nicht endemisch. Jedoch war bekannt, dass sich die Mückenspezies *Aedes aegypti*, ein kompetenter Vektor für Dengueviren, auf Madeira ausgebreitet hatte. Der Ausbruch im Jahr 2012 betraf vor allem die einheimische Bevölkerung mit über 2.000 Fällen, bevor der Ausbruch im Dezember zunächst abklang. Unter europäischen Reisenden wurden (die 19 Fälle aus Deutschland inbegriffen) insgesamt 78 Fälle an das ECDC berichtet.

Trotz der starken Zunahme an Fallzahlen blieb die Verteilung der Infektionsländer nach Kontinenten ähnlich: Auf asiatische Länder entfielen 77 % der Nennungen (Vorjahr: 74 %), auf süd- und mittelamerikanische Länder 18 % (Vorjahr: 20 %), auf afrikanische Länder 2 % (Vorjahr: 6 %) und auf Australien/Ozeanien 2 % (Vorjahr: 1 %). Bedingt durch den Ausbruch auf Madeira entfielen 2012 erstmals 3 % der Fälle auf Europa.

### Leishmaniose

Die Leishmaniose ist eine Protozoen-Infektion, die durch Leishmanien (verschiedene Spezies) verursacht und durch Phlebotomen (Schmetterlingsmücken; engl.: *sandflies*) übertragen wird. Verschiedene Nagetier-Spezies, aber auch Hunde (und andere Caniden) bilden das Erregerreservoir. Die Infektion ist insbesondere außerhalb Europas weit verbreitet, jedoch auch in Europa bestehen Infektionsgebiete im Süden (Mittelmeerraum, besonders Spanien und Italien), woraus sich wegen der hohen Zahl Reisender aus Deutschland ein nicht unerhebliches Infektionspotenzial ergibt. Die Leishmanien zeigen in Abhängigkeit von der Erregerspezies ein Spektrum der klinischen Symptomatik, das von Hautbefall (kutane Leishmaniose) über Schleimhautbefall (mukokutane Leishmaniose) bis zu potenziell tödlich verlaufenden Organformen (viszerale Leishmaniose) reicht. Weltweit treten schätzungsweise 1–2 Millionen Neuerkrankungen und 40.000 Todesfälle pro Jahr auf.

Eine Erfassung und Dokumentation von in Deutschland diagnostizierten Leishmaniose-Fällen am Institut für Tropenmedizin, Berlin (Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Gundel Harms-Zwungenberger) ergab für 2012 insgesamt 18 Fallmeldungen (15 Fälle kutaner Leishmaniose, 3 Fälle viszerale Leishmaniose). Unter den kutanen Leishmaniose-Fällen wurden 7 Infektionen in Europa erworben (Spanien 4 – davon 3 auf Mallorca – und jeweils eine Infektion in Italien, der Türkei und Zypern), 7 Infektionen in Süd- und Mittelamerika (Bolivien 3, Costa Rica 3, Peru 1) und eine Infektion in Namibia. Die 3 viszeralen Leishmaniosen wurden aus Bulgarien, Spanien (bei bekannter HIV-Koinfektion) und dem Iran importiert.

### Literatur

1. Frank C, Höhle M, Stark K, Lawrence J: More reasons to dread rain on vacation? Dengue fever in 42 German and United Kingdom Madeira tourists during autumn 2012. *Euro Surveill* 2013; 18(14): pii=20446
2. Stark K, Schöneberg I: Increase in malaria cases imported from Pakistan to Germany in 2012. *Euro Surveill* 2012; 17(47): pii=20320
3. K Danis, A Baka, A Lenglet, W Van Bortel, I Terzaki, M Tseroni, M Detsis, E Papanikolaou, A Balaska, S Gewehr, G Dougas, T Sideroglou, A Economopoulou, N Vakalis, S Tsiodras, S Bonovas, J Kremastinou: Autochthonous *Plasmodium vivax* malaria in Greece, 2011. *Euro Surveill* 2011; 16(42): pii=19993
4. Frank C, Schöneberg I, Stark K: Trends in imported Chikungunya virus infections in Germany, 2006–2009. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2011; Epub Mar 31: doi:10.1089/vbz.2010.0269
5. Gjenero-Margan I, Aleraj B, Krajcar D, et al.: Autochthonous dengue fever in Croatia, August–September 2010. *Euro Surveill* 2011; 16(9): pii=19805
6. Schmidt-Chanasit J, Haditsch M, Schöneberg I, Günther S, Stark K, Frank C: Dengue virus infection in a traveller returning from Croatia to Germany. *Euro Surveill* 2010; 15(40): pii=19677
7. Jansen A, Schöneberg I, Stark K, Nöckler K: Epidemiology of trichinellosis in Germany, 1996–2006. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases* 2008; 8(2): 189–196
8. Schöneberg I, Stark K, Altmann D, Krause G: Importierte Malaria in Deutschland – Infektionsländer und Erregerspezies von 1993 bis 2007. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 256–261
9. Schöneberg I: In Deutschland selten auftretende Infektionskrankheiten – Ergebnisse aus der Meldepflicht. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2008; 51: 539–546
10. Al Dahouk S, Neubauer H, Hensel A, Schöneberg I, Nöckler K, Alpers K, Merzenich H, Stark K, Jansen A: Changing epidemiology of human brucellosis, Germany, 1962–2005. *Emerg Infect Dis* 2007; 13(12): 1895–1900
11. Smith AD, Bradley DJ, Smith V, Blaze M, Behrens RH, Chiodini PL, Whitty CJ: Imported malaria and high risk groups: observational study using UK surveillance data 1987–2006. *BMJ* 2008; Jul 3; 337:a120. doi: 10.1136/bmj.a120
12. Oltmann A, Kämper S, Staack O et al.: Fatal outcome of hepatitis A virus (HAV) infection in a traveller with incomplete HAV vaccination and evidence of Rift Valley Fever virus infection. *J Clin Microbiol* 2008; 46: 3850–3852
13. Katrin Stäger, Fabrice Legros, Gérard Krause, Nicola Low, David Bradley, Meghna Desai, Simone Graf, Stefania D'Amato, Yasutaka Mizuno, Ragnhild Janzon, Eskild Petersen, John Kester, Robert Steffen, and Patricia Schlagenhauf: Imported Malaria in Children in Industrialized Countries, 1992–2002. *Emerg Infect Dis* 2009; 15(2): 185–191. doi: 10.3201/eid1502.080712
14. Schmid S, Chiodini P, Legros F, D'Amato S, Schöneberg I, Liu C, Janzon R, Steffen R, Schlagenhauf P: The Risk of Malaria in Travelers to India. *J Travel Med* 2009; 16(3): 194–199
15. Krause G, Schöneberg I, Altmann D, Stark K: Chemoprophylaxis and Malaria Death Rates. *Emerg Infect Dis* 2006; 12(3): 447–451
16. Santa-Olalla Peralta P, Vazquez-Torres MC, Latorre-Fandós E, Mairal-Claver P, Cortina-Solano P, Puy-Azón A, Adiego Sancho B, Leitmeyer K, Lucientes-Curdi J, Sierra-Moros MJ: First autochthonous malaria case due to *Plasmodium vivax* since eradication, Spain, October 2010. *Euro Surveill* 2010; 15(41): pii=19684
17. Ekdahl K, de Jong B, Andersson Y: Risk of travel-associated typhoid and paratyphoid fevers in various regions. *J Travel Med* 2005; 12: 197–204
18. Wichmann O, Lauschke A, Frank C, et al.: Dengue antibody prevalence in German travelers. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 762–765
19. Frank C, Schöneberg I, Krause G, Claus H, Ammon A and Stark K: Increase in imported dengue, Germany, 2001–2002. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 903–906

Bericht aus den Fachgebieten 32 und 35 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts unter Federführung von Dr. Irene Schöneberg, Dr. Christina Frank und Professor Dr. Klaus Stark und unter Mitwirkung von Doris Altmann, Dr. Maximilian Gertler und Dr. Karina Preußel.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

40. Woche 2013 (Datenstand: 23.10.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darme pathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.
Baden-Württemberg	112	4.867	5.138	1	112	82	5	209	236	59	1.248	1.381	0	44	39
Bayern	110	5.551	5.614	6	218	211	22	628	631	54	1.946	1.985	2	83	68
Berlin	59	2.198	2.413	1	63	43	18	484	321	20	500	565	0	49	65
Brandenburg	52	1.699	1.645	0	28	21	8	314	188	12	529	655	0	12	6
Bremen	7	347	343	0	6	5	0	10	18	1	75	91	0	1	4
Hamburg	20	1.442	1.382	2	43	63	3	222	75	6	353	329	0	30	28
Hessen	105	3.041	2.972	0	36	48	2	96	110	23	915	1.027	0	42	27
Mecklenburg-Vorpommern	45	1.537	1.485	1	33	20	39	529	473	6	380	435	0	2	1
Niedersachsen	103	3.929	3.835	2	148	161	16	468	522	28	1.498	1.627	0	11	13
Nordrhein-Westfalen	268	12.335	12.775	9	225	244	33	839	955	68	3.012	3.572	2	38	54
Rheinland-Pfalz	85	2.696	2.887	3	75	96	6	188	201	18	721	895	1	48	20
Saarland	16	905	875	0	8	9	0	29	31	3	134	181	0	2	3
Sachsen	117	3.862	4.272	5	115	81	24	625	683	28	1.254	1.425	1	36	22
Sachsen-Anhalt	34	1.317	1.342	3	50	30	27	613	425	7	967	922	1	8	5
Schleswig-Holstein	43	1.899	1.721	2	53	59	3	70	66	10	494	421	0	10	5
Thüringen	49	1.431	1.529	0	24	46	9	272	331	17	1.040	1.134	1	11	12
<b>Deutschland</b>	<b>1.225</b>	<b>49.056</b>	<b>50.228</b>	<b>35</b>	<b>1.237</b>	<b>1.219</b>	<b>215</b>	<b>5.596</b>	<b>5.266</b>	<b>360</b>	<b>15.066</b>	<b>16.645</b>	<b>8</b>	<b>427</b>	<b>372</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.
Baden-Württemberg	2	107	111	51	5.173	6.525	18	2.367	3.341	13	402	422	2	65	51
Bayern	8	243	300	77	6.956	11.934	22	4.711	4.216	21	646	605	3	103	86
Berlin	0	60	57	29	1.827	2.890	6	1.885	1.749	6	321	314	4	82	84
Brandenburg	3	75	75	49	2.598	3.817	8	3.582	1.679	1	77	69	0	58	27
Bremen	0	15	11	5	332	583	1	244	100	1	15	16	0	8	5
Hamburg	0	55	68	16	1.899	2.584	4	1.686	1.170	1	122	112	0	12	20
Hessen	2	122	118	25	4.406	4.790	12	1.530	1.682	4	215	240	0	64	79
Mecklenburg-Vorpommern	0	39	35	28	3.281	2.853	10	1.636	1.360	2	93	100	2	51	58
Niedersachsen	1	162	161	37	5.854	8.111	6	4.112	2.672	1	148	163	1	73	87
Nordrhein-Westfalen	8	346	395	81	13.914	15.404	33	9.039	5.937	6	578	644	7	192	240
Rheinland-Pfalz	2	108	132	31	3.546	4.230	17	1.786	2.150	2	138	131	0	37	35
Saarland	0	9	22	2	1.163	1.395	3	405	543	0	14	23	0	7	2
Sachsen	3	244	244	112	6.740	9.087	18	4.761	2.778	6	222	241	6	146	115
Sachsen-Anhalt	3	121	129	83	3.692	4.863	9	1.988	2.017	1	67	82	12	257	56
Schleswig-Holstein	1	78	62	20	1.775	2.305	9	1.291	1.060	2	45	54	0	19	10
Thüringen	4	191	212	72	3.133	4.916	12	3.318	1.924	0	61	54	1	34	47
<b>Deutschland</b>	<b>37</b>	<b>1.975</b>	<b>2.132</b>	<b>718</b>	<b>66.289</b>	<b>86.287</b>	<b>188</b>	<b>44.341</b>	<b>34.378</b>	<b>67</b>	<b>3.164</b>	<b>3.270</b>	<b>38</b>	<b>1.208</b>	<b>1.002</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

40. Woche 2013 (Datenstand: 23.10.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	4	71	48	0	48	45	9	663	629
Bayern	2	64	74	1	80	85	4	772	778
Berlin	1	33	41	1	49	43	9	412	436
Brandenburg	0	17	15	0	8	9	0	48	57
Bremen	0	24	5	0	12	8	1	22	18
Hamburg	1	19	20	0	28	31	0	95	112
Hessen	1	46	33	3	55	38	3	310	258
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	5	0	7	14	1	48	52
Niedersachsen	2	44	59	0	31	24	0	214	228
Nordrhein-Westfalen	11	127	131	3	113	105	6	551	527
Rheinland-Pfalz	0	51	28	0	43	41	2	188	163
Saarland	0	10	4	0	8	16	2	47	66
Sachsen	0	17	9	0	30	24	9	250	224
Sachsen-Anhalt	0	18	15	0	19	18	3	100	77
Schleswig-Holstein	0	13	14	1	10	10	3	113	135
Thüringen	0	15	11	0	10	10	2	57	89
<b>Deutschland</b>	<b>22</b>	<b>586</b>	<b>512</b>	<b>9</b>	<b>551</b>	<b>521</b>	<b>54</b>	<b>3.890</b>	<b>3.849</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	0	31	34	0	60	19	9	455	381
Bayern	1	38	37	9	761	64	6	434	503
Berlin	0	21	14	1	487	17	2	282	253
Brandenburg	0	3	3	0	59	0	0	79	76
Bremen	0	3	3	0	7	2	0	41	38
Hamburg	0	5	8	0	16	3	0	144	116
Hessen	0	18	15	0	13	17	4	334	319
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	2	0	1	0	4	60	66
Niedersachsen	0	19	29	3	22	7	0	249	230
Nordrhein-Westfalen	1	58	57	0	125	17	18	777	821
Rheinland-Pfalz	0	19	19	0	11	4	5	123	129
Saarland	0	6	3	0	0	0	0	27	22
Sachsen	1	12	11	1	54	0	1	112	119
Sachsen-Anhalt	0	2	12	4	25	0	0	86	79
Schleswig-Holstein	0	20	8	0	10	2	2	69	69
Thüringen	0	9	7	5	19	0	0	49	65
<b>Deutschland</b>	<b>3</b>	<b>268</b>	<b>262</b>	<b>23</b>	<b>1.670</b>	<b>152</b>	<b>51</b>	<b>3.321</b>	<b>3.286</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**

40. Woche 2013 (Datenstand: 23.10.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	40. Woche	1.–40. Woche	1.–40. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	18	1.724	1.351	2.146
Brucellose	1	19	21	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	72	95	123
Dengue-Fieber	12	681	394	615
FSME	3	325	161	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	66	58	69
Hantavirus-Erkrankung	2	113	2.663	2.825
Hepatitis D	2	24	14	18
Hepatitis E	1	349	300	388
Influenza	5	69.987	10.631	11.564
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	287	222	323
Legionellose	23	740	495	654
Leptospirose	0	61	57	85
Listeriose	9	346	315	429
Ornithose	0	7	13	16
Paratyphus	1	48	35	43
Q-Fieber	5	88	177	200
Trichinellose	0	10	1	2
Tularämie	1	18	13	21
Typhus abdominalis	2	66	47	58

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

**Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung****Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**Baden-Württemberg, 44 Jahre, männlich  
(Infektionsland Indonesien; 11. Chikungunya-Fall 2013)**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 42. Kalenderwoche 2013**

Die Werte des Praxisindex und der Konsultationsinzidenz sind bundesweit in der 42. KW 2013 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE) lag insgesamt im Bereich der Hintergrund-Aktivität (Datenstand 22.10.2013).

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

Von den 24 Ländern, die für die 41. KW 2013 Daten an EISN sandten, berichteten alle Länder über eine geringe klinische Influenza-Aktivität.

Weitere Informationen unter: [http://www.ecdc.europa.eu/en/\\_publications/Publications/131018-SUR-Weekly-Influenza-Surveillance-Overview.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/_publications/Publications/131018-SUR-Weekly-Influenza-Surveillance-Overview.pdf).**Quelle:** Influenza-Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die Kalenderwoche 42

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 Abonentenservice**

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 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)

PVKZ A-14273