



Epidemiologisches Bulletin

18. Juni 2012 / Nr. 24

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Erneuter Anstieg der Syphilis-Meldungen in 2011

Die Anzahl der dem Robert Koch-Institut (RKI) gemeldeten Syphilis-Fälle ist im Jahr 2011 um 21,9 % im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Während 2010 noch 3.033 Infektionen gemeldet wurden, stieg die Anzahl der Meldungen auf 3.698 im Jahr 2011 an.¹ Dies entspricht einer bundesweiten Inzidenz von 4,5 Infektionen auf 100.000 Einwohner, der höchsten Inzidenz seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 (s. Abb. 1). Somit hat sich der zwischen 2004 bis 2008 beobachtete Trend zu stagnierenden und 2009 und 2010 zu sinkenden Syphilis-Meldungen umgekehrt.² Die Anzahl der Meldungen von 2011 ist damit auf das Niveau von 1986 zurückgekehrt (s. Abb. 2, S. 222).

Der Anstieg wurde in 11 Bundesländern beobachtet. Im Saarland und Sachsen-Anhalt blieb die Inzidenz annähernd gleich, während sie in Thüringen, Brandenburg und Rheinland-Pfalz gesunken ist. Die höchsten Inzidenzen wurden in den Stadtstaaten Berlin (18,0), Hamburg (13,3) und Bremen (7,9) registriert. Höher als im Bundesdurchschnitt lag die Inzidenz ansonsten noch in Nordrhein-Westfalen (5,5) und in Hessen (4,6). Abgesehen von Berlin und Hamburg wurden die höchsten Inzidenzen in Großstädten, wie Köln (24,0), Frankfurt (21,0) und München (17,3), beobachtet.

Die Zahl der Syphilis-Meldungen bei Männern stieg stärker an als die Zahl der Meldungen bei Frauen (23 % vs. 13 %). Der Anteil der gemeldeten Fälle bei Frauen lag bei 6,4 %. Die Syphilis-Inzidenz bei Männern lag bei 8,6 / 100.000 Einwohner und damit 14-fach über der Inzidenz der Frauen (0,6). Die höchste Inzidenz war bei 30- bis 39-jährigen Männern (Inzidenz: 19,1) und 25- bis 29-jährigen Frauen (Inzidenz: 1,7) zu beobachten. Die Inzidenz der Syphilis stieg bei den Männern in allen Altersgruppen außer den über 69-jährigen an.

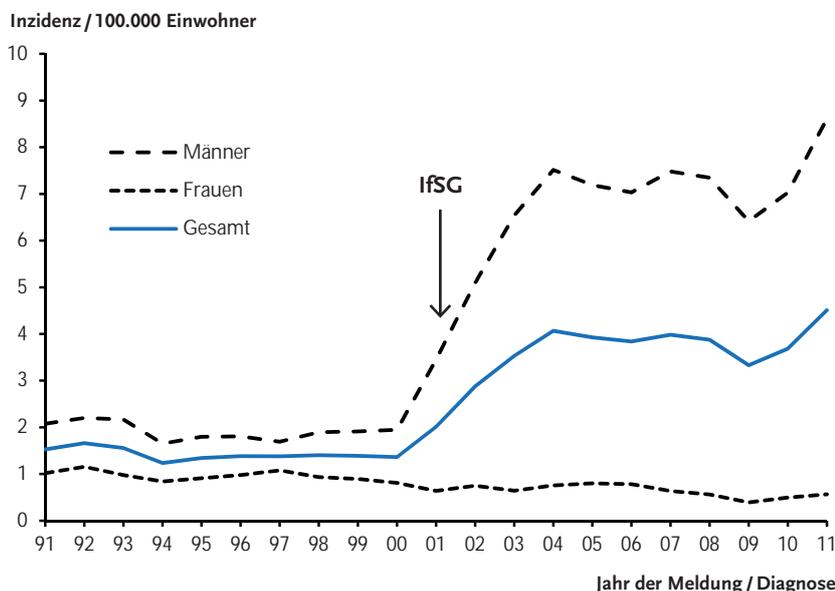


Abb. 1: Gemeldete Syphilis-Inzidenz nach Geschlecht und Jahr der Meldung bzw. Diagnose vor und nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), 1991–2011

Diese Woche

24/2012

Syphilis

- ▶ Erneuter Anstieg der Meldungen in 2011
- ▶ Zu einer Häufung von Fällen in Bremerhaven

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
21. Woche 2012

Anthrax

Erkrankung mit Todesfolge bei einem injizierenden Drogenkonsumenten



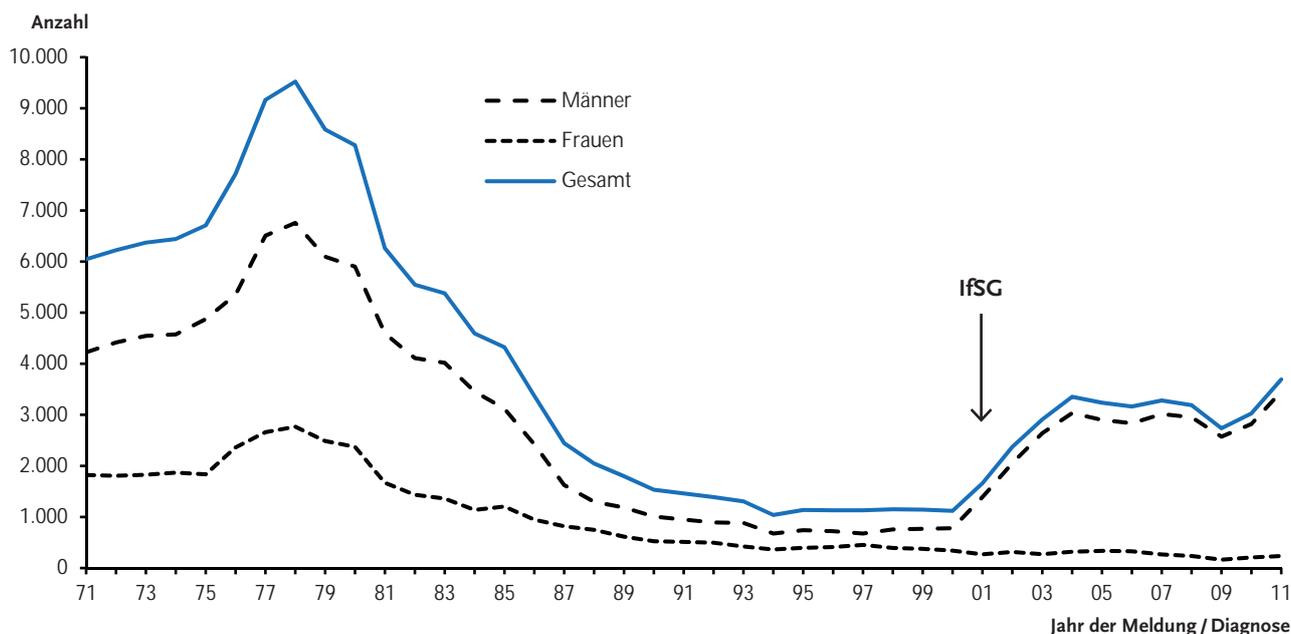


Abb. 2: Anzahl gemeldeter Syphilis-Fälle nach Geschlecht und Jahr der Meldung bzw. Diagnose vor und nach Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), 1971–2011

Zu 2.645 (71,5 %) Syphilis-Meldungen liegen Informationen zum wahrscheinlichen Infektionsweg vor. Von diesen wurde bei 83,9 % Sex zwischen Männern als wahrscheinlicher Infektionsweg angegeben, heterosexuelle Kontakte spielten bei 16,1 % wahrscheinlich eine Rolle. Den größten absoluten Zuwachs verzeichneten Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gefolgt von Personen, zu denen keine Angaben zum Infektionsrisiko vorlagen und Personen mit Angabe eines heterosexuellen Risikos.

Während die meisten heterosexuell übertragenen Fälle in kleiner Zahl auftreten, wurden im Jahr 2011 hohe Syphilis-Inzidenzen bei Frauen (3,0) bzw. heterosexuellen Männern (6,3) in Dortmund registriert. In Dortmund und umliegenden Regionen des Regierungsbezirks Arnsberg in Ostwestfalen scheint sich bereits seit 2010 ein Syphilis-Ausbruch mit heterosexuellen Übertragungswegen zu entwickeln. Die Zahl der Syphilis-Diagnosen bei Frauen stieg in Dortmund von 2 im Jahr 2009 auf 10 im Jahr 2010 und 23 im Jahr 2011 an. Gleichzeitig stieg die Anzahl der Diagnosen bei heterosexuellen Männern im Jahr 2011 auf 18 an. Fast die Hälfte der Fälle wurde zwischen Juli und September diagnostiziert. Einzelne Meldungen weisen auf einen Zusammenhang mit weiblicher Sexarbeit hin. Die vorhandenen Informationen auf den Meldebögen sind jedoch zu unvollständig, um diese Hypothese zu bestätigen.

Im Jahr 2011 erhielt das RKI von Laboren insgesamt 5.914 Syphilis-Meldungen. Davon entsprachen 37,4 % nicht der Referenzdefinition. Bei den nicht der Referenzdefinition entsprechenden Syphilis-Meldungen handelte es sich um eine Mischung aus vermuteten Serumnarben, Doppelmeldungen und Fällen von nicht ausreichend therapiertem Syphilis (Syphilis non satis curata). In vielen dieser Fälle war der dazugehörige ärztliche Meldebogen unvollständig oder fehlte.

Fazit

Nach einer Periode stagnierender und zuletzt gesunkener Anzahl gemeldeter Syphilis-Fälle ist der Anstieg der Syphilis-Infektionen im Jahr 2011 besorgniserregend. Obwohl noch nicht absehbar ist, ob sich der Trend 2012 fortsetzen wird, weisen die ersten beiden Monate in 2012 bereits höhere Meldezahlen als in den Vergleichsmonaten 2011 auf. Es kann daher durchaus der Fall sein, dass die Anzahl der Diagnosen weiterhin steigt.

Der Anstieg geht in erster Linie auf MSM in Großstädten zurück. Inwiefern die gestiegene Anzahl von Syphilis-Fällen unter MSM auf ein geändertes sexuelles Verhalten und vermehrten ungeschützten Sexualkontakten hinweist, kann nur durch Verhaltensstudien geklärt werden. Da das Risiko einer HIV-Übertragung bei Vorliegen einer Syphilis-Infektion steigt,³ ist es jedoch wichtig, dass Syphilis-Infektionen frühzeitig erkannt und behandelt werden. MSM mit hohen Partnerzahlen sollten daher regelmäßig auf Syphilis und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) untersucht werden.

Der Ausbruch in Dortmund sowie der (in dieser Ausgabe) berichtete Cluster aus Bremerhaven zeigen, dass die Übertragung der Syphilis auch unter heterosexuellen Männern und Frauen keine Ausnahme ist. Ein Zusammenhang mit der Sexarbeit ist in Dortmund nicht bewiesen, liegt aber nahe. Aufgrund der gestiegenen Syphilis-Infektionen wird wieder eine ärztliche Sprechstunde im Gesundheitsamt eingerichtet und Präventionsmaßnahmen der örtlichen Aidshilfe und der Beratungsstellen für Sexarbeiterinnen in dem Bereich verstärkt. Niedergelassene Ärzte wurden über den Ausbruch informiert. Im Jahr 2012 sind bisher nur vereinzelte Fälle bei Frauen und heterosexuellen Männern in Dortmund aufgetreten. Auch bei dem Cluster in Bremerhaven wird die Bedeutung der Arbeit der STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter klar. Die konsequente Nachverfolgung und Behandlung der Partnerinnen des

Indexfalls hat wahrscheinlich eine weitere Übertragung der Syphilis-Infektion verhindert.

Um die epidemiologische Lage genau einschätzen zu können, ist es wichtig, möglichst vollständige Meldungen zu erhalten. Wenn bekannt, sollten die meldenden Labore immer neben dem Geburtsmonat und -jahr sowie dem Geschlecht die 3-stellige Postleitzahl der Patienten angeben. Nur so können Doppelmeldungen desselben Patienten von verschiedenen Laboren bzw. Wiederholungsuntersuchungen von Erstmeldungen einigermaßen sicher unterschieden werden. Bei Kontrolluntersuchungen sind die letzten Vorbefunde sehr hilfreich zur sicheren Identifizierung von Doppelmeldungen bzw. zur Beurteilung des Verlaufs der Infektion.

Ärzte sind laut IfSG verpflichtet, die Labore in der Meldepflicht zu unterstützen, indem sie die weitergeleiteten Meldebögen vervollständigen. Die ärztlichen Informatio-

nen sind sehr wichtig, da die klinischen Angaben und die ärztliche Einschätzung helfen, zwischen einer Seronarbe und einer behandlungsbedürftigen Infektion unterscheiden zu können. Außerdem erhält das RKI durch die ärztlichen Informationen Hinweise auf den wahrscheinlichen Infektionsweg und das Land der Infektion bzw. das Herkunftsland der Patienten. Anhand dieser Informationen können der Anstieg der Syphilis-Meldungen besser eingeordnet und gezieltere Empfehlungen gegeben werden.

Literatur:

1. RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2011. Berlin, 2012 (im Druck)
2. RKI: Syphilis in Deutschland im Jahre 2009. *Epid Bull* 2010; 49: 487–491
3. Funnye AS, Akhtar AJ: Syphilis and human immunodeficiency virus coinfection. *J Natl Med Assoc* 2003; 95 (5): 363–382

Bericht aus dem Fachgebiet HIV/Aids u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Viviane Bremer (E-Mail: bremerv@rki.de).

Kurzbericht einer Häufung von Syphilis-Erkrankungen in Bremerhaven

Am 22.3.2012 stellte sich ein aus Ungarn stammender 24-jähriger Mann mit mehreren schmerzlosen genitalen Ulzera ohne begleitende Lymphknotenschwellung in der STD-Beratungsstelle des Gesundheitsamts (GA) Bremerhaven vor. Er gab an, dass die Symptome seit vier Wochen bestünden. Aufgrund des ausgedehnten Befundes wurde der nicht krankenversicherte Patient am gleichen Tag einer urologischen Klinik vorgestellt. Der in der STD-Beratung erhobene TPHA-Befund (*Treponema pallidum*-Hämagglutinationstest) war positiv, die weiterführende Syphilis-Serologie in einem anderen Labor zeigte eine behandlungsbedürftige frische Lues. Der Befund wurde der urologischen Klinik mitgeteilt, die der Patient jedoch auf eigenem Wunsch verlassen hatte. Bei der ebenfalls aus Ungarn stammenden 23-jährigen Ehefrau war im Rahmen des Angebots der Beratungsstelle für FSW (*female Sexworker*) ebenfalls am 22.3.2012 ein TPHA-Test durchgeführt worden. Das Ergebnis war negativ, es war kein Primäraffekt feststellbar. Die Frage nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit dem Ehemann wurde von ihr bejaht. Im Zuge der aufsuchenden Arbeit der STD-Beratungsstelle wurde die Ehefrau am 18.4.2012 kontaktiert. Sie stellte sich am folgenden Tag mit ihrem Ehemann erneut vor. Nach der Erläuterung des positiven Lues-Befundes wurde eine antibiotische Therapie des Mannes mit Penicillin eingeleitet. Die erneute Lues-Diagnostik der Ehefrau zeigte einen schwach positiven TPPA-Befund (*Treponema pallidum*-Partikelagglutinationstest), so dass trotz noch fehlender Cardiolipin-Antikörper von einer frischen Lues auszugehen war, die in gleicher Weise antibiotisch behandelt wurde. Die Gespräche mit beiden Patienten mussten mit Hilfe eines Dolmetschers erfolgen.

Weitere Fälle der Häufung: Eine andere 26-jährige Sexualpartnerin des Mannes (ebenfalls eine FSW) wurde von ihm über die Erkrankung unterrichtet. Bei der 26-Jährigen bestand nach Diagnose ebenfalls eine behandlungsbedürftige Syphilis-Infektion, die mit Penicillin therapiert wurde.

Nach Mitteilung einer urologischen Praxis an das GA hatte sich ein „Freier“ aus dem Bremerhavener Rotlichtmilieu mit behandlungsbedürftiger Lues am 27.4.2012 vorgestellt.

Ein weiterer Mann aus Rostock, der nach eigenen Angaben mit einer FSW in Bremerhaven ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte, kontaktierte telefonisch die STD-Beratungsstelle und gab an, ebenso wie seine Ehefrau ein Ulcus im Genitalbereich zu haben. Ihnen wurde das Aufsuchen eines Arztes verbunden mit der Durchführung einer Diagnostik und ggf. Therapie empfohlen. Über die Erkrankungshäufung wurde die STD-Beratungsstelle in Rostock informiert.

Des Weiteren erfolgte eine Information über die Erkrankungshäufung an das RKI und die STD-Beratungsstelle in Stuttgart, da dort das Ehepaar aus Ungarn zuletzt im Dezember 2011 TPHA negativ getestet worden war. Weiterhin wurden die niedergelassenen Urologen, Gynäkologen und Hautärzte in Bremerhaven über den Sachstand telefonisch von der Ärztin der STD-Beratung informiert verbunden mit der Bitte um erhöhte Aufmerksamkeit.

Fazit: Abschließend lässt sich feststellen, dass insbesondere die niedrigschwellige Arbeit der STD-Beratungsstellen auch die Menschen erreicht, die das reguläre medizinische Versorgungssystem nicht nutzen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Kliniken und anderen STD-Beratungsstellen, um Ausbrüche schnell zu erkennen und einzudämmen, da sich aufgrund der hohen Mobilität der Betroffenen Infektionen rasch ausbreiten können. Einige niedergelassene Ärzte berichteten, dass sie bislang in ihrer Praxis selten bis nie eine Lues beobachtet hätten und baten um weitere Informationen und Bilder zu Lokalbefunden. Somit zeigt sich abschließend, dass eine regionale und überregionale Vernetzung von großer Wichtigkeit ist.

Für diesen Bericht danken wir Dr. Corinna Becker vom Gesundheitsamt Bremerhaven, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: corinna.becker@magistrat.bremerhaven.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

21. Woche 2012 (Datenstand: 13.6.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	90	1.885	1.620	1	34	53	5	101	89	31	436	554	1	16	37
Bayern	124	2.008	1.965	1	71	81	14	221	175	21	584	641	3	34	42
Berlin	37	851	874	5	22	29	5	110	176	16	210	232	2	44	39
Brandenburg	32	553	583	0	11	16	2	84	87	36	260	239	0	2	5
Bremen	14	110	115	2	4	8	0	7	1	1	35	47	0	1	4
Hamburg	25	511	616	2	24	239	1	26	26	7	133	136	0	12	19
Hessen	48	1.108	1.267	0	22	43	2	54	47	19	369	399	0	7	25
Mecklenburg-Vorpommern	22	443	577	0	11	41	1	165	102	13	187	284	1	1	1
Niedersachsen	87	1.308	1.424	6	58	241	8	179	146	55	667	630	0	7	8
Nordrhein-Westfalen	297	4.770	4.775	7	114	147	15	374	298	87	1.429	1.523	0	25	23
Rheinland-Pfalz	57	1.067	1.092	7	44	42	8	72	62	21	375	409	0	8	6
Saarland	9	303	322	0	3	4	0	16	19	2	59	96	0	1	1
Sachsen	72	1.382	1.735	3	43	46	10	304	231	62	586	487	1	10	12
Sachsen-Anhalt	20	448	453	0	15	12	6	163	169	27	365	417	0	3	5
Schleswig-Holstein	0	530	718	0	24	342	0	33	20	0	172	170	0	4	3
Thüringen	24	542	527	0	21	16	6	143	188	40	439	383	0	2	3
Deutschland	958	17.819	18.663	34	521	1.360	83	2.052	1.836	438	6.306	6.647	8	177	233

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	4	65	64	78	5.412	5.633	110	2.866	3.166	10	245	241	0	12	9
Bayern	9	147	155	154	10.321	8.025	180	3.401	4.964	12	319	329	2	24	21
Berlin	5	29	23	35	2.354	2.300	31	1.545	1.237	6	174	190	0	30	30
Brandenburg	1	36	31	38	3.067	2.629	46	1.362	2.298	2	34	33	0	13	6
Bremen	0	4	4	5	516	420	9	77	227	0	9	5	0	0	1
Hamburg	2	37	21	36	2.083	2.090	9	989	933	3	69	62	0	11	8
Hessen	1	67	74	26	4.212	2.775	30	1.466	1.850	3	103	133	1	23	24
Mecklenburg-Vorpommern	1	21	21	37	2.374	2.449	91	989	2.584	0	48	71	0	21	8
Niedersachsen	4	69	116	59	7.219	5.002	90	2.086	2.952	1	82	71	0	32	22
Nordrhein-Westfalen	6	221	246	155	13.398	14.199	218	4.782	6.268	13	318	282	3	55	41
Rheinland-Pfalz	3	70	58	61	3.526	3.637	55	1.880	1.383	3	67	85	1	8	11
Saarland	0	11	6	9	1.270	892	10	439	284	0	9	11	0	0	0
Sachsen	5	111	139	114	7.172	5.811	80	1.976	7.946	5	112	112	3	23	20
Sachsen-Anhalt	4	75	58	41	4.067	3.195	66	1.537	2.680	4	36	31	1	12	8
Schleswig-Holstein	0	21	42	0	1.858	2.523	0	810	1.053	0	30	34	0	4	2
Thüringen	8	106	103	57	4.033	2.948	55	1.502	2.331	1	27	19	1	17	5
Deutschland	53	1.090	1.161	905	72.882	64.528	1.080	27.707	42.156	63	1.682	1.709	12	285	216

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

21. Woche 2012 (Datenstand: 13.6.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	2	26	24	1	20	17	9	328	299
Bayern	1	34	30	2	41	42	18	420	483
Berlin	4	19	25	2	27	23	15	272	239
Brandenburg	0	7	8	1	4	6	3	35	34
Bremen	1	2	8	1	4	7	1	22	8
Hamburg	0	4	41	0	15	14	2	58	54
Hessen	0	13	16	0	16	38	2	136	138
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	1	0	8	4	3	26	13
Niedersachsen	0	26	31	0	10	25	4	114	117
Nordrhein-Westfalen	1	60	50	3	55	63	18	266	250
Rheinland-Pfalz	1	15	8	0	20	23	3	85	91
Saarland	0	1	3	1	9	10	0	34	30
Sachsen	0	5	8	0	16	20	6	122	110
Sachsen-Anhalt	3	9	8	0	9	13	0	49	58
Schleswig-Holstein	0	1	3	0	3	8	0	61	78
Thüringen	1	6	8	0	6	5	0	45	47
Deutschland	14	232	272	11	263	318	84	2.073	2.049

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.
Baden-Württemberg	0	17	22	4	14	428	5	181	234
Bayern	0	26	23	3	41	271	16	270	273
Berlin	0	9	16	3	13	98	6	126	113
Brandenburg	0	3	6	0	1	21	0	30	36
Bremen	0	3	1	0	0	1	0	15	28
Hamburg	0	4	2	0	1	37	4	57	62
Hessen	0	13	16	0	10	95	9	171	198
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	1	0	0	3	2	35	48
Niedersachsen	0	17	18	0	2	35	1	115	133
Nordrhein-Westfalen	3	34	47	1	11	69	20	423	464
Rheinland-Pfalz	0	9	21	0	2	22	3	62	79
Saarland	0	3	2	0	0	14	0	11	23
Sachsen	1	6	7	0	0	18	2	54	50
Sachsen-Anhalt	0	6	3	0	0	0	1	44	48
Schleswig-Holstein	0	4	9	0	2	16	0	33	25
Thüringen	0	5	7	0	0	0	0	33	32
Deutschland	4	161	201	11	97	1.128	69	1.660	1.846

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

21. Woche 2012 (Datenstand: 13.6.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	21. Woche	1.–21. Woche	1.–21. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	17	574	145	674
Brucellose	2	12	3	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	4	43	48	132
Dengue-Fieber	6	150	123	288
FSME	2	14	42	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	18	465	879
Hantavirus-Erkrankung	109	1.202	53	305
Hepatitis D	1	5	7	16
Hepatitis E	0	110	119	237
Influenza	40	10.487	43.592	43.769
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	7	139	124	271
Legionellose	7	157	188	639
Leptospirose	0	7	11	51
Listeriose	1	114	109	338
Ornithose	0	6	8	16
Paratyphus	0	18	22	58
Q-Fieber	7	87	198	286
Trichinellose	0	1	1	3
Tularämie	0	4	7	17
Typhus abdominalis	2	25	22	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Erneuter Milzbrandfall bei einem injizierenden Drogenkonsumenten

Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurde aus Bayern ein Todesfall durch Milzbrand (Anthrax) bei einem injizierenden Drogenkonsumenten übermittelt. Der Mann aus dem Raum Regensburg hatte sich am 5.6.2012 wegen einer infizierten Injektionsstelle ärztlich vorgestellt und eine noch am selben Tag tödlich verlaufende Blutvergiftung entwickelt. Als Ursache wurde der Milzbranderreger *Bacillus anthracis* nachgewiesen.

Es wird ein Zusammenhang mit dem Gebrauch von mit Milzbrandsporen verunreinigtem Heroin vermutet. Bereits 2009/2010 war es in Deutschland und dem Vereinigten Königreich zu einer Häufung von Milzbrand bei injizierenden Drogenkonsumenten gekommen (s. *Epid. Bull.* 2/2010 und 49/2010). Auch damals wurde als Infektionsquelle mit Milzbrandsporen verunreinigtes Heroin vermutet. Es ist nicht auszuschließen, dass aktuell erneut Heroin oder eine andere Substanz in Umlauf ist, die mit Milzbrandregern verunreinigt ist.

Gesundheitsbehörden und Drogenhilfeeinrichtungen wurden deutschlandweit informiert, damit in ähnlichen Fällen an die Diagnose Milzbrand gedacht wird und ggf. rechtzeitig eine Diagnostik und Therapie erfolgen kann.

Für die Behandlung der Infektion mit dem Milzbranderreger stehen prinzipiell wirksame Antibiotika zur Verfügung. Die Infektion ist praktisch nicht von Mensch zu Mensch übertragbar, für die Allgemeinbevölkerung besteht kein Risiko.

Bei begründetem Verdacht bietet das RKI Unterstützung bei der Untersuchung von klinischem Material oder potenziellen Infektionsquellen zum Ausschluss von *B. anthracis* an. Zusätzlich kann auch eine Beratung zur Gewinnung und dem Versand der Proben erfolgen. Ansprechpartner hierfür ist Herr PD Dr. Grunow vom Zentrum für Biologische Sicherheit (ZBS) 2 (E-Mail: GrunowR@rki.de, Tel.: 030. 18 754–21 00).

Ansprechpartnerin in der Abteilung für Infektionsepidemiologie ist Frau Dr. Bernard (E-Mail: BernardH@rki.de, Tel.: 030. 18 754–31 73).

Weitere Informationen zum Ausbruchsgeschehen bei Drogenkonsumenten:
<http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Anthrax/aktuell.html>

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. 18 754–0
 Fax: 030. 18 754–23 28
 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. 18 754–23 24
 E-Mail: SeedatJ@rki.de

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

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
 Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
 Tel.: 030. 18 754–24 55, Fax: –24 59
 E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
 European Magazine Distribution
 Birkenstraße 67, 10559 Berlin
 Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25
 E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

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

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030. 18 754–22 65 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273