



# Epidemiologisches Bulletin

10. Dezember 2012 / Nr. 49

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Murines Fleckfieber: Importierte Infektion nach Kretaufenthalt

Murines Fleckfieber ist weltweit verbreitet. In den letzten zehn Jahren sind nur wenige (<10) Erkrankungsfälle dem Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet worden, zuletzt 2010 bei einer Reiserückkehrerin aus Kathmandu, Nepal.<sup>1</sup> Der Erreger des Murinen Fleckfiebers gehört zur Gruppe der Rickettsien. Rickettsien können in zwei klinisch relevante Gruppen, die **Fleckfieber-Gruppe** und die **Zeckenbissfieber-Gruppe** eingeteilt werden. Die Fleckfieber-Gruppe beinhaltet *Rickettsia typhi*, den Erreger des Murinen Fleckfiebers, und *Rickettsia prowazekii*, den Erreger des Epidemischen- oder Läuse-Fleckfiebers. *R. typhi* wird durch Arthropoden übertragen, die als Ektoparasiten auf Nagetieren, insbesondere Ratten zu finden sind. Der Rattenfloh, *Xenopsylla cheopis*, scheint den wesentlichen Vektor für *R. typhi* darzustellen. Der Erreger gelangt beim Saugakt des Rattenfloh in den Wirtsorganismus und infiziert besonders Epithelien von Kapillaren. Die molekulare Pathogenese der intrazellulären Invasion durch Rickettsien ist erst 2005, anhand von *Rickettsia conorii* durch die Identifikation der rOmpB/Ku70 Wechselwirkung an Säugetierzellen entscheidend aufgeklärt worden.<sup>2</sup>

Murines Fleckfieber ist eine seltene, vermutlich unterdiagnostizierte Erkrankung. In der aktuellen Literatur werden kleinere, über mehrere Jahre gesammelte Fallserien vom griechischen Festland und den griechischen Inseln berichtet. Durch Reiserückkehrer importierte Erkrankungsfälle wurden auch aus Frankreich und Skandinavien beschrieben.<sup>3</sup>

### Fallbericht

Eine 51-jährige Patientin kehrte am 10.09.2012 von einem 10-tägigen Urlaub auf Kreta zurück. Bereits am Rückreisetag entwickelte die Patientin hohes Fieber, >40 °C axillär gemessen. Am zweiten Tag nach der Reiserückkehr (12.09.2012) erfolgte die stationäre Aufnahme in einem peripheren Krankenhaus. Die Patientin litt unter persistierendem Fieber. Es zeigten sich bei Krankenhausaufnahme lediglich eine geringe CRP-Erhöhung von 80 mg/dl (Normbereich bis 5 mg/dl), keine pulmonalen Infiltrate sowie unauffällige sonografische Untersuchungsbefunde des Herzens und des Abdomens. In einer Blutkulturflasche des einzigen abgenommenen Sets wurde *Staphylococcus epidermidis* nachgewiesen. Dieser Befund wurde als Kontamination gewertet. Nach Einleitung einer empirischen Therapie mit Ceftriaxon trat keine klinische Besserung ein. Die Patientin beendete gegen ärztlichen Rat die stationäre Behandlung am 14.09.2012. Am siebenten Tag nach Reiserückkehr (17.09.2012) erfolgte schließlich, auf Drängen des Hausarztes, die stationäre Aufnahme in der infektiologischen Abteilung des Landkreises.

Bei der Aufnahme bestanden eine Fieberkontinua von 40 °C, ein makulopapulöses stammbetontes Exanthem, sowie Myalgien und Arthralgien. Laborchemisch fielen erhöhte Transaminasen und eine erhöhte gamma-GT auf. Es bestand eine Thrombopenie von 79/nl. Sonografisch konnte eine Hepatosplenomegalie und eine leichte Aszites diagnostiziert werden. Im Röntgenthorax zeigten sich drei Tage später (20.09.2012) feinretikuläre Infiltrate.

Diese Woche

49/2012

### Murines Fleckfieber

Importierte Infektion nach Kretaufenthalt

### In eigener Sache

Evaluation des *Epidemiologischen Bulletins* – Ergebnisse einer Umfrage

### Coronavirus-Infektionen

Update zu Erkrankungen mit dem neuartigen Coronavirus

### Publikationshinweise

Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

### Meldepflichtige

#### Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen September 2012
- ▶ Aktuelle Statistik 46. Woche 2012

### ARE/Influenza

Zur Situation in der 48. Woche 2012



Die Patientin berichtete keine Erkrankungen im beruflichen oder privaten Umfeld, keine Insekten- oder Tierbisse. Vorerkrankungen bestanden bei der Patientin nicht. Im Urlaubsland war lediglich der Stachel eines Seeigels aus der Fußsohle entfernt worden, gefolgt von einer dreitägigen oralen Therapie mit Cefuroxim. Die Einstichstelle hatte sich bei der Aufnahme völlig reizlos dargestellt.

Eine Malariainfektion wurde mittels Untersuchungen von Blutaussstrichen, „Dickem Tropfen“ und Malariaschnelltesten ausgeschlossen. Blutkulturen, ein *SeptiFast*-Test vom Aufnahmetag, sowie Verlaufsblutkulturen blieben negativ. Das Procalcitonin mit einem Wert von maximal 2,1 ng/ml war eher hinweisend auf eine bakterielle Erkrankung. Aufgrund der bereits therapierefraktären Fieberkontinua unter Ceftriaxon wurde ein atypischer Erreger vermutet. Umfangreiche serologische Untersuchungen aus Untersuchungsmaterialien vom siebenten Erkrankungstag (17.09.2012) auf Salmonellen, Mycoplasmen, Brucellen, Bartonellen, Coxiellen, Anaplasma und Rickettsien blieben negativ. Hinweise für eine Legionellose, virale Hepatitis oder HIV-Infektion ergaben sich nicht.

Vor der Einleitung einer neuerlichen empirischen antibiotischen Therapie erfolgte eine Knochenmarkpunktion zur Anlage einer Knochenmarkkultur und histopathologischen Begutachtung des Stanzylinders. Hinsichtlich der Ausschlussdiagnostik einer Typhuserkrankung werden in der Literatur hohe diagnostische Empfindlichkeiten für Kulturen aus Knochenmark berichtet.<sup>4</sup> Unter der sich anschließenden empirischen antibiotischen Therapie mit Ciprofloxacin entfieberte die Patientin prompt, das Exanthem war innerhalb von 24 Stunden komplett regredient. Die Knochenmarkkulturen blieben nach sieben Tagen der Inkubation steril, Hinweise für eine hämatologische Erkrankung bestanden nicht.

Aufgrund eines epitheloidzelligen Granuloms im histopathologischen Präparat des Knochenmarks stellte die Patientin sich am 18. Tag (28.09.2012) nach Erkrankungsbeginn zur serologischen, laborchemischen und klinischen Verlaufskontrolle in der infektiologischen Ambulanz vor. Klinisch und laborchemisch fand sich eine *restitutio ad integrum*. Serologisch hingegen konnte ein deutlicher Titeranstieg gegen Rickettsien der Fleckfieber-Gruppe (*R. prowazekii*, *R. typhi*) – im indirekten Immunfluoreszenztest (IIFT) für IgG 1:2.048 und IgM IIFT 1:2.048 – nachgewiesen werden, der beweisend für eine Infektion mit *R. typhi* oder *R. prowazekii* ist. Die Serologie der Erreger der Zeckenbissfieber-Gruppe (*R. conorii*, *R. rickettsii*, *R. akari*, *R. sibirica* und *R. australis*) zeigte lediglich eine geringe IgM Kreuzreaktivität mit einem IgM-Wert im IIFT von 1:1.024. Es wurden keine IgG-Antikörper nachgewiesen. Die Befunde der Ausgangsserologie wiesen Werte auf, die unterhalb des *Cut-offs* lagen. Es erfolgte die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt, welches umgehend die Ermittlungen aufnahm.

## Diskussion

Die serologischen Untersuchungsergebnisse, sowohl aus der stationären Aufnahme, als auch aus der ambulanten Verlaufskontrolle, wurden durch den Zentralbereich Diagnostik des Instituts für Mikrobiologie der Bundeswehr in München bestätigt. Eine Doppelinfektion mit Erregern aus der Gruppe der *Flaviviridae*, wie Denguevirus und West-Nil-Virus, konnte serologisch ausgeschlossen werden. Eine geringfügige Kreuzreaktivität mit Rickettsien der Zeckenbissfiebergruppe ist bei hohen Titern gegen Rickettsien der Fleckfiebergruppe nicht ungewöhnlich. Allerdings können beide Gruppen serologisch sehr gut durch die Titerhöhe voneinander unterschieden werden. Aus Blutproben in der akuten Krankheitsphase sowie aus dem in Paraffin eingebetteten Knochenmark-Stanzzyylinder wurde der molekularbiologische Direktnachweis mittels Echtzeit-PCR des Citratsynthase-Gens (*gltA*) versucht – leider konnten keine Rickettsien-spezifischen Sequenzen amplifiziert werden. Aufgrund von Kreuzreaktivitäten ist eine zuverlässige serologische Unterscheidung zwischen *R. prowazekii* und *R. typhi* nur eingeschränkt mit experimentellen Verfahren (Adsorptions-Westernblot) möglich. Vor dem Hintergrund der epidemiologischen Situation im Reiseland und des klinischen Verlaufs muss eine Murine Fleckfiebererkrankung angenommen werden. *R. typhi*-Infektionen werden in vereinzelt Fallberichten mit epitheloidzelligen Knochenmarkgranulomen in Verbindung gebracht.<sup>5</sup> Typischerweise werden diese als Fibrin-Ringgranulome mikroskopisch auffällig. Infektionen bei Reisenden treten häufig bei einer erhöhten Aktivität eines Erregers im Urlaubsland auf.

Murines Fleckfieber ist neben dem häufigerem „Fievre Boutonneuse“ (*R. conorii*)<sup>6</sup> eine wichtige und weitgehend unbekannt Differentialdiagnose bei Reiserrückkehrern aus dem östlichen Mittelmeerraum mit der typischen klinischen Konstellation: hohes Fieber, stammbetontes Exanthem, Erhöhung der Transaminasen und Thrombopenie. Ggf. muss aktuell mit weiteren Erkrankungsfällen an Murinem Fleckfieber bei Reisenden aus dem östlichen Mittelmeerraum gerechnet werden.

## Literatur

- Schulze MH, Keller C, Müller A, Ziegler U, Langen HJ, Hegasy G, Stich A: Rickettsia typhi infection with interstitial pneumonia in a traveler treated with moxifloxacin. J Clin Microbiol. 2011; 49(2):741–3
- Martinez JJ, Seveau S, Veiga E, Matsuyama S, Cossart P: Ku70, a component of DNA-dependent protein kinase, is a mammalian receptor for Rickettsia conorii. Cell. 2005; 16;123(6):1013–23
- Walter G, Botelho-Nevers E, Socolovschi C, Raoult D, Parola P: Murine typhus in returned travelers: a report of thirty-two cases. Am J Trop Med Hyg. 2012; 86(6):1049–53
- Parry CM, Wijedoru L, Arjyal A, Baker S: The utility of diagnostic tests for enteric fever in endemic locations. Expert Rev Anti Infect Ther. 2011;9(6):711–725
- Restrepo MI, Vasquez EM, Echeverri C, et al.: Fibrin ring granulomas in Rickettsia typhi infection. Diagn Microbiol Infect Dis. 2010; 66(3):322–5
- Antoniou M, Tselentis Y, Babalis T, Gikas A, Stratigakis N, Vlachonikolis I, Kafatos A, Fioretos M: The seroprevalence of ten zoonoses in two villages of Crete, Greece. Eur J Epidemiol. 1995;11(4):415–23

Für den Beitrag danken wir Dr. J. P. Borde, M. Ruhnke, Prof. W.-B. Offensperger (Ortenauklinikum Offenburg-Gengenbach, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie); Dr. S. Schmoldt (Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr); Dr. T. Wolf (Gesundheitsamt Offenburg). **Ansprechpartner** ist Dr. J. P. Borde (johannes.borde@web.de).

## Evaluation des *Epidemiologischen Bulletins*

Eine Umfrage unter Lesern des *Epidemiologischen Bulletins*

Das *Epidemiologische Bulletin* wird wöchentlich mit 50 Ausgaben im Jahr herausgegeben. Die erste Ausgabe erschien im Jahr 1996. Das *Epidemiologische Bulletin* liegt zum einen als Printversion vor, daneben gibt es auch die Möglichkeit, alle Ausgaben auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts (RKI) aufzurufen. Die veröffentlichten Beiträge richten sich an Leser im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Ärzte in der Praxis, Kliniken und Labore. Inhaltlich werden offizielle Mitteilungen und wissenschaftliche Beiträge insbesondere zu den nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Zwischen 2009 bis 2012 wurden 67 % bis 70 % der Beiträge von Autoren aus dem RKI verfasst. Externe Autoren (Gesundheitsämter, Nationale Referenzzentren/Konsiliarlabore und Kliniken) machen etwa 30 bis 33 % (mit insgesamt leicht steigendem Trend) aus.

Nachdem bereits im Jahr 2009 das Layout des *Epidemiologischen Bulletins* von einem externen Experten einer Beurteilung unterzogen worden war und diese zu Anpassungen und Verbesserungen im Layout geführt hatte, konnte im Jahr 2011 das *Epidemiologische Bulletin* erstmals anhand einer Leser-Umfrage evaluiert werden.

Vorrangiges Ziel der von der Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* durchgeführten Evaluation war es, inhaltliche Aspekte wie Aktualität, Ausgewogenheit der Themen oder Wahrung der Wissenschaftlichkeit in den veröffentlichten Artikeln von den Lesern bewerten zu lassen. Außerdem wurden zwei Fragen zu der in jeder Ausgabe erscheinenden „Aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ gestellt. Es sollten im Rahmen der Umfrage auch Lesegewohnheiten erfasst werden. Dazu gehörten Fragen zur Regelmäßigkeit des Lesens des *Epidemiologischen Bulletins* und das Angeben des bevorzugten Formats (gedruckte Ausgabe versus Online-Ausgabe). Auch organisatorische Aspekte wie die Inanspruchnahme der Fax-Abruffunktion oder das Interesse an einer Aufnahme in einen E-Mail-Verteiler galt es zu eruieren. Im Rahmen der Umfrage wurden demografische Informationen wie Bundesland, Alter sowie Benutzerkreis erhoben.

Schließlich war auch beabsichtigt, Anregungen, Wünsche, Kritik oder Verbesserungsvorschläge der Leser zu erheben und entgegenzunehmen.

### Durchführung

Der Fragebogen wurde zum einen allen Abonnenten als Beilage im *Epidemiologischen Bulletin* per Post zugesandt (der Fragebogen konnte dann wahlweise ebenfalls per Post oder per Fax an die Redaktion zurückgesandt werden). Zum anderen gab es die Möglichkeit, den Fragebogen online zu beantworten und per E-Mail der Redaktion zuzusenden (bzw. auszudrucken und per Post/Fax zu versenden). Der zeitgleich mit der Ausgabe 6/2011 zur Verfügung ge-

stellte Fragebogen bzw. der Beginn der Umfrage wurde in den beiden unmittelbar vorher veröffentlichten Ausgaben des *Epidemiologischen Bulletins* angekündigt.

Die Beantwortung der einzelnen Fragen erfolgte im Allgemeinen durch die Auswahl einer von (zumeist) drei bis fünf Antwortmöglichkeiten. Die Antwortmöglichkeiten wurden in abgestufter Form vorgegeben, z. B. „dem stimme ich zu“, „dem stimme ich meist zu“, „dem stimme ich gelegentlich zu“ und „dem stimme ich nicht zu“ (analog einer Zensur von 1–3, 1–4 oder 1–5).

Die Umfrage erfolgte über vier Wochen. Die Daten wurden in einer Excel-Datei aufgenommen und anhand dieser auch ausgewertet.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 387 Fragebögen ausgefüllt und an das Robert Koch-Institut zurückgesandt. Davon wurden 249 per Fax oder Post (166 per Fax, 83 per Post) und 138 per E-Mail der Redaktion zugesandt.

### Angaben zu den Befragten

Bei der Verteilung der **Bundesländer** ergab sich folgendes Bild: Mit einem Gesamtanteil von 43 % kam der Großteil der Teilnehmer aus den bevölkerungsreichsten Bundesländern Nordrhein-Westfalen (17 %), Bayern (14 %) und Baden-Württemberg (12 %). Ausnahmen bildeten Berlin und Schleswig-Holstein mit besonders vielen Teilnehmern gemessen an der Einwohnerzahl (s. Tab. 1).

Bundesland	n	%
Brandenburg	4	1%
Bremen	8	2%
Hamburg	10	3%
Thüringen	10	3%
Mecklenburg-Vorpommern	11	3%
Saarland	11	3%
Sachsen-Anhalt	12	3%
Sachsen	14	4%
Rheinland-Pfalz	19	5%
Schleswig-Holstein	23	6%
Hessen	27	7%
Niedersachsen	29	8%
Berlin	31	8%
Baden-Württemberg	47	12%
Bayern	55	14%
Nordrhein-Westfalen	67	17%
keine Angabe	5	1%
Gesamt	383	100%

Tab. 1: Anteil Teilnehmer nach Bundesland, Umfrage *Epid Bull* 2011

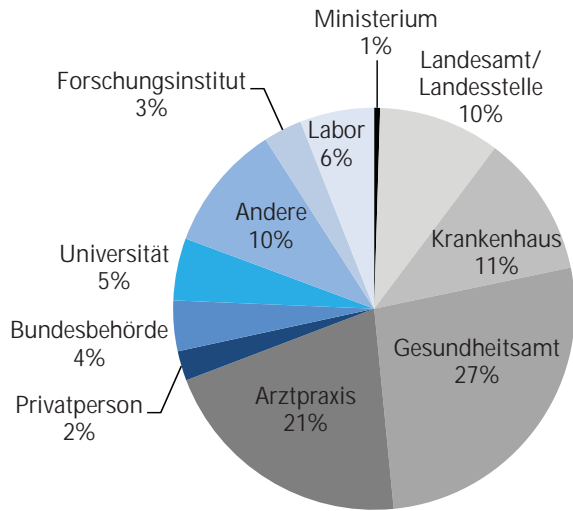


Abb. 1: Anteil der Teilnehmer nach Benutzerkreis, Umfrage Epid Bull 2011

Das **Alter** der Befragten lag zwischen 25 und 84 Jahren (Median bei den Befragten mit Altersangabe 52). Die prozentual größte Altersgruppe unter den Lesern, die an der Umfrage teilnahmen, waren die 51- bis 60-Jährigen (41%) gefolgt von den 41- bis 50-Jährigen (28%), diese beiden Gruppen machen somit zwei Drittel der Leserschaft aus. Die Altersgruppe der über 60-Jährigen war mit 13% vertreten, die der 31- bis 40-Jährigen mit 10% und die der 21- bis 30-Jährigen mit 4%.

Angaben zum **Benutzerkreis** der Befragten zeigen, dass die Gesundheitsämter mit 27% erwartungsgemäß den größten Anteil der Leser/Teilnehmer bilden. Aber auch Arztpraxen (21%) und Krankenhäuser (11%) stellen einen hohen Anteil der Leser und machen zusammen 32% der Teilnehmer aus. Betrachtet man zum einen die Gruppe der Universitäten, Forschungsinstitute und Labore und zum anderen die Gruppe der Ministerien, Landesämter und Bundesbehörden, so zeigt sich, dass beide jeweils einen ähnlichen Anteil von 14% bzw. 15% der Teilnehmer an der Umfrage bilden (s. Abb. 1).

**Ergebnisse zu den in der Umfrage gestellten Fragen 1 bis 13**

**Angaben zur Lesegewohnheit (Frage 1):** Die überwiegende Zahl der Teilnehmer lesen das *Epidemiologische Bulletin* wöchentlich, nämlich 313 Personen (80%), 54 lesen die Ausgaben einmal im Monat (14%) und 26 (6%) nur bei bestimmten Themen.

**Angaben zur Bewertung des Nutzens für die berufliche Tätigkeit (Frage 2):** Fast alle Leser (97%) bewerten die erscheinenden Artikel als „sehr hilfreich“ oder „hilfreich“ für ihre berufliche Tätigkeit. Nur eine sehr kleine Anzahl an Lesern findet die veröffentlichten Inhalte „nur selten hilfreich“ (2%) oder „nie hilfreich“ (1%).

Es gab zu dieser Frage 12 positive Kommentare:  
 ► „Sehr gute epidemiologische Quelle, Nutzung auch für Lehre“,  
 ► „Wichtige Infoquelle für mich als Krankenhaushygieniker“,  
 ► „Insbesondere für meine Tätigkeit als Betriebsärztin im Krankenhaus“ und 3 kritische Anmerkungen: „Für meine Bedürfnisse z. T. zu speziell“.

**Bewerten Sie die einzelnen Beitragsformen bezüglich ihrer Erscheinungsfrequenz (Frage 3):** In dieser Frage wurde nach der Zufriedenheit mit dem Anteil verschiedener Berichte gefragt. Bei der Beantwortung zeichnete sich ab, dass die Berichtsfrequenz als überwiegend „angemessen“ beurteilt wurde, so lagen die Werte zwischen 71% „Berichte zu Erregern mit besonderer Antibiotikaresistenz“ und 92% „Jahresberichte“ bei den 6 abgefragten Beitragsformen. Als „zu selten“ wurden „Fallberichte“ und „Berichte zu Erregern mit besonderer Antibiotikaresistenz“ (jeweils 24%) sowie „Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung“ (17%) und „Ausbruchsberichte“ (16%) gewertet.

**Wie beurteilen Sie den Informationswert der Beiträge? (Frage 4):** Bei dieser Frage antwortete niemand, dass der Informationswert „gering“ wäre. 76% beurteilten den Informationswert als „hoch und 24% als „zufriedenstellend“.

**Die Beiträge im *Epidemiologischen Bulletin* sind verständlich geschrieben (Frage 5):** Es gab hier eine ähnliche Verteilung wie in Frage 4. „Dem stimme ich nicht zu“ (0%) und „Dem stimme ich gelegentlich zu“ (2%) spiegeln wider, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer finden, dass die Artikel verständlich geschrieben sind, indem sie „dem zustimmen“ (65%) bzw. „meist zustimmen“ (33%).

**Es werden überwiegend aktuelle Themen veröffentlicht (Frage 6):** Bei der Beantwortung dieser Frage entstand ein eindeutiges Stimmungsbild. 90% fanden, dass überwiegend aktuelle Themen veröffentlicht werden (s. Abb. 2).

**Die Wissenschaftlichkeit der Beiträge ist gewährleistet (Frage 7):** Diese Frage konnten 83% mit ja beantworten. 16% hatten keine Meinung und nur 1% stimmte dem nicht zu.

**Die aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten nutze ich (Frage 8):** Diese Frage wurde differenzierter als die vorhergehenden Fragen beantwortet. Ein Drittel der Teilnehmer nutzen die Statistik, die in jeder Ausgabe am Ende veröffentlicht wird, selten oder nie. Auf der anderen Seite wird sie aber insgesamt von 68% genutzt, dabei von 24% „oft“ und von 17% „immer“, 27% nutzen sie unterschiedlich häufig (s. Abb. 3).

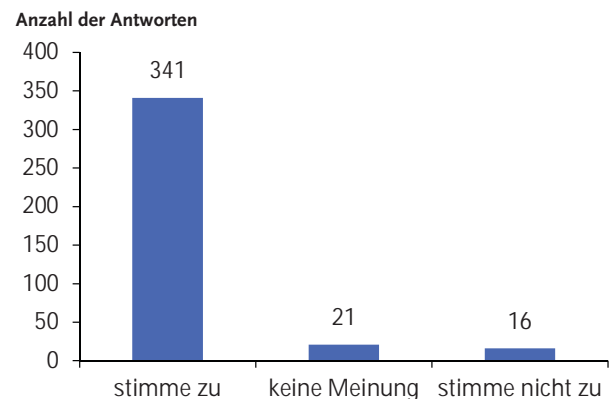
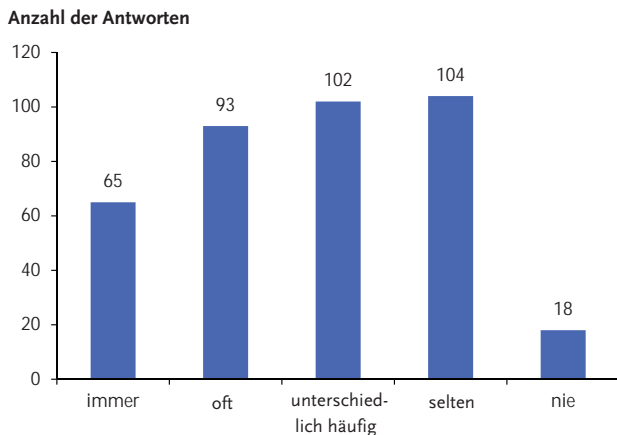


Abb. 2: Angaben zur Aktualität der veröffentlichten Artikel (Frage 6), Umfrage Epid Bull 2011





**Abb. 3:** Angaben zur Nutzung der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten (Frage 8), Umfrage *Epid Bull* 2011

**Die aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten wäre mit einer unterstützenden Grafik sinnvoller zu verwenden (Frage 9):** Eine Mehrheit fand die Idee einer unterstützenden Grafik gut 47% vs. 31%. Allerdings hatten auch 22% keine Meinung.

**Angaben zum Erscheinungsformat (Print- und Internetversion) (Frage 10):** Eine wichtige Frage betraf die Angabe des bevorzugten Leseformats. 59% der Teilnehmer halten eine gedruckte Version des *Epidemiologischen Bulletins* für essenziell (gegenwärtig gibt es rund 2.000 Abonnenten der Printversion). 40% der Teilnehmer glauben, dass die auf der Internetseite des RKI zur Verfügung gestellte Fassung (Pdf-Datei) ausreichend ist bzw. eine gedruckte Fassung nicht so wichtig ist (mehr als 300.000 Aufrufe pro Monat). Es gab zu dieser Frage 17 Kommentare, die fast alle eine Beibehaltung des Druckformats befürworten.

**Wie oft nutzen Sie die Faxabruffunktion (Frage 11):** Die Faxabruffunktion wird selten (15%) oder nie (82%) von insgesamt 97% der an der Umfrage Teilnehmenden genutzt. Nur 3% nutzen sie regelmäßig (1%) oder manchmal (2%).

**Aufnahme in einen E-Mail-Verteiler (Frage 12):** Im Zuge der Umfrage wollten wir herausfinden, ob die Aufnahme in einen E-Mail-Verteiler für die Leser von Interesse sein könnte. Insgesamt würden 41% der Teilnehmer gerne in einen E-Mail-Verteiler aufgenommen werden und 44% nicht (15% waren unentschieden). Von den Lesern, die per Fax bzw. per Post antworteten, gaben 52% an, kein Interesse daran zu haben. 37% antworteten jedoch, dass sie gern in einen E-Mail-Verteiler aufgenommen werden möchten, 11% antworteten mit „weiß nicht“. Bei den Lesern, die per E-Mail an der Umfrage teilgenommen hatten, antworteten 49% mit ja und 28% mit nein; 23% waren unentschieden.

**Kritik, Lob, Anregungen (Frage 13):** 96 Personen haben die Möglichkeit genutzt, Lobendes und Kritisches im Rahmen der Frage 13 anzumerken. 70 Bemerkungen betrafen Lob, 37 Personen gaben Hinweise und 22 Personen äußerten Kritik. Mehrfachäußerungen waren möglich (siehe nachfolgende Auswahl).

#### Lob

- ▶ „Schau jeden Montag rein, ob etwa für unsere Klinik wichtige Infos dabei sind. Verteile ggf. dann auch innerhalb der Klinik die Infos weiter. Sehr nützlich.“
- ▶ „Das Bulletin ist für mich seit Jahren eine hilfreiche Informationsquelle von guter Qualität, meines Erachtens eine der interessantesten medizinischen Publikationen in Deutschland. Danke.“
- ▶ „Lese gerne im EpiBull, großer Pluspunkt ist das überschaubare Format.“
- ▶ „Mein erster „Klick“ am Montagmorgen ist der auf die Seite des RKI, um das Bulletin zu lesen!“

#### Hinweise

- ▶ „Inhalte etwas kürzer fassen, dafür inhaltlich mehr Themen aufnehmen, ausführliche Themen eventuell nur noch quartalsweise in einer speziellen Ausgabe veröffentlichen.“

#### Kritik

- ▶ „Überlegung Schwerpunkt-Ausgaben anstelle von Gemischtwarenladen“

#### Fazit

Vergleicht man ähnliche Umfragen z. B. bei der Zeitschrift *Eurosurveillance* (Umfrage im Jahr 2010 mit 459 Beteiligten) oder eine Umfrage am RKI zum Infektiologischen Jahrbuch ebenfalls im Jahr 2010 mit 485 Rückantworten, so kann ein Rücklauf von 387 Fragebögen als ein gutes Ergebnis gewertet werden. Weiterhin war eine sehr gute Repräsentativität der Teilnehmer aus den unterschiedlichen Bundesländern gegeben. Der Altersmedian bei den Teilnehmern der Umfrage lag bei 52 Jahre.

Ein sehr erfreuliches Ergebnis der Umfrage ist, dass neben den Gesundheitsämtern sehr viele Arztpraxen und Krankenhäuser das *Epidemiologische Bulletin* lesen. Insgesamt wurden Fragen zum Nutzen für die berufliche Tätigkeit sowie zum Informationswert und zur Verständlichkeit der veröffentlichten Artikel als sehr positiv gewertet. Ein großer Teil war auch mit der Auswahl bzw. mit der Aktualität der Themen zufrieden.

Über die Hälfte der Teilnehmer an der Umfrage erachtet die Printversion als sehr wichtig. Das lässt den Schluss zu, dass viele Abonnenten an der Umfrage teilnahmen, denn die Zahl der Abonnenten der Printversion ist eher rückläufig, wohingegen das *Epidemiologische Bulletin* im Jahr 2011 zwischen 242.000 und 652.000 Internet-Zugriffe pro Monat (im Durchschnitt monatlich 379.000 Internet-Zugriffe) verzeichnete. Die Internet-Zugriffe sind somit seit 2005 zirka um das 3,5-fache angestiegen (2005 ca. 108.000 Zugriffe pro Monat).

#### Schlussfolgerungen

1. Das *Epidemiologische Bulletin* hat vor, einen E-Mail-Verteiler für interessierte Leser anzubieten. In einer E-Mail wird dann wöchentlich der Link zur aktuellen Ausgabe versandt. Außerdem bieten wir die Möglichkeit der Nutzung eines RSS-Feeds für das *Epidemiologische Bulletin* an.
2. Die Fax-Abruffunktion wird nicht beibehalten.
3. Eine unterstützende Grafik zu der veröffentlichten Statistik Meldepflichtiger Infektionserreger wird von den Lesern begrüßt. Hier wird die Machbarkeit geprüft.
4. Das Angebot einer gedruckten Fassung (Abonnentenpreis seit Gründung 50 Euro im Jahr) und einer kostenlosen Internetfassung wird beibehalten.

Die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* möchte sich bei allen Lesern bedanken, die an der Umfrage teilgenommen haben.

## Zum Auftreten eines neuartigen Coronavirus

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 30. November 2012 erkrankten weltweit neun Menschen an dem erstmals bei einem im Juni 2012 verstorbenen Patienten aus **Saudi-Arabien** nachgewiesenen neuartigen Coronavirus. Bei den neu gemeldeten Fällen handelt es sich um eine nachträgliche labordiagnostische Bestätigung von Erkrankungen in Saudi-Arabien (Oktober 2012) und **Jordanien** (April 2012).

Alle Fälle hatten einen schweren Krankheitsverlauf, fünf Patienten starben bisher an der Infektion. Zwei Todesfälle traten in Jordanien auf. In Saudi-Arabien erkrankten fünf Menschen an dem Virus, drei starben. In **Katar** erkrankten zwei Patienten. Einer der beiden Katarer wurde in einer deutschen Lungenklinik behandelt und Mitte November entlassen, der andere Patient wird in England behandelt und ist ebenfalls auf dem Weg der Besserung.

Drei der fünf Fälle aus Saudi-Arabien, darunter zwei Todesfälle, gehörten zu einer familiären Häufung. Eine weitere Person in dieser Familie erkrankte mit ähnlichen Symptomen, wurde aber negativ auf das neuartige Coronavirus getestet (mittels Polymerase-Kettenreaktion, PCR) und ist inzwischen wieder gesund.

Zu Jordanien teilte die WHO mit, es habe dort im April 2012 eine Häufung von Fällen mit schwer verlaufenden Lungenentzündungen gegeben. Das Gesundheitsministerium in Amman hatte die WHO um Hilfe gebeten. Ein WHO-Team reiste ins Land und teilte am 24. April mit, dass keines der damals bekannten Coronaviren nachgewiesen wurde.

Nachdem im Oktober das neuartige Coronavirus entdeckt wurde, schickte das jordanische Gesundheitsministerium seit April aufbewahrte Proben dieser Patienten an das WHO-Kollaborationslabor (*Naval Medical Research Center* (NAMRU-3)) in Kairo. Dieses konnte nun das neuartige Coronavirus in den Proben von zwei Verstorbenen nachweisen.

Das Auftreten eines neuartigen Coronavirus, das schwere Krankheitsverläufe mit einem akuten Atemnotsyndrom und Nierenversagen verursacht, wird auch in Deutschland sehr aufmerksam verfolgt.

Das neuartige Coronavirus ist genetisch nicht identisch mit dem SARS-Virus (SARS = Schweres akutes respiratorisches Syndrom).

Diejenigen Fälle in Saudi-Arabien und Jordanien, die epidemiologisch miteinander verbunden sind, könnten durch eine begrenzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung verursacht worden sein, aber auch eine Exposition durch eine andere gemeinsame Infektionsquelle ist möglich. Da jedoch mögliche Infektionsquellen und Übertragungswege noch unbekannt sind, wird bis zum Vorliegen weiterer Erkenntnisse empfohlen, die Versorgung von Patienten unter weiterer Abklärung, wahrscheinlicher und bestätigter Fälle gemäß Falldefinition unter Einhaltung strenger Hygienemaßnahmen entsprechend den Empfehlungen für Erkrankungen durch das SARS-Virus durchzuführen

([www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Infektions- und Krankenhaushygiene > Themen A–Z > SARS).

Die **Falldefinition** des RKI ist abrufbar unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionskrankheiten A–Z > Coronavirus-Infektionen > Epidemiologie > Falldefinition des RKI zu schweren respiratorischen Erkrankungen in Verbindung mit einem neuartigen Coronavirus. Verdachtsfälle (Patienten unter weiterer Abklärung), wahrscheinliche Fälle und bestätigte Fälle entsprechend dieser Falldefinition sind wegen der Schwere der Erkrankungen auf Grundlage von § 6 Abs. 1 Nr. 5a IfSG an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 12 Abs. 1 IfSG die gemeldeten Fälle unverzüglich über die zuständige Landesbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI). Das RKI meldet nach Bewertung der übermittelten Informationen wahrscheinliche und bestätigte Fälle im Rahmen der internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) an die internationalen Gesundheitsbehörden.

Nachweisverfahren für das neuartige Coronavirus stehen am RKI zur Verfügung.

Weitere Informationen des RKI zu dem neuartigen Coronavirus sind abrufbar unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionskrankheiten A-Z > Coronavirus-Infektionen.

Informationen der WHO zum neuartigen Coronavirus sind abrufbar unter [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/update\\_20121130/en/](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/update_20121130/en/)

Bericht aus den Fachgebieten 36 (Respiratorisch übertragbare Erkrankungen) und 32 (Surveillance) des RKI.

## Hinweise auf Publikationen

## Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

► GBE kompakt – Online-Publikationsreihe ([www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt))**GBE kompakt 5/2012: Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?**

Frauen nehmen doppelt so häufig wie Männer an verhaltenspräventiven Maßnahmen teil, wie sie von Volkshochschulen, Sportvereinen, Betrieben, Fitnessstudios und den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden. Besonders beliebt sind bewegungsfördernde Kurse. Sie werden öfter genutzt als Angebote zur Entspannung und zu Ernährungsfragen. Dies sind Ergebnisse aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) zum Thema Prävention, die jetzt in der aktuellen Ausgabe von GBE kompakt veröffentlicht worden sind. Auch der Sozialstatus, das Alter und das Gesundheitsbewusstsein haben Einfluss darauf, ob verhaltenspräventive Angebote angenommen werden. (Erschienen: 14. September 2012)

## ► Beiträge zur GBE des Bundes

**Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?**

In der Prävention gibt es häufig komplexe Interventionsprogramme, bei denen zu einer übergeordneten Zielsetzung unter einem gemeinsamen organisatorischen Dach viele Akteure mit verschiedenen Methoden an verschiedenen Aspekten arbeiten. Während die Evaluation von Einzelmaßnahmen der Prävention auf bewährte methodische Instrumentarien zurückgreifen kann, gibt es zur Evaluation komplexer Interventionsprogramme bisher keine methodischen Standards. Dieser GBE-Beitrag dokumentiert die Vorträge und weitere Beiträge eines Workshops, den das Robert Koch-Institut und das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2011 durchgeführt haben. Er wendet sich sowohl an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die in der Evaluationsforschung tätig sind, als auch an Praktikerinnen und Praktiker, die komplexe Interventionsprogramme planen, durchführen oder evaluieren. (Erschienen: 12. November 2012)

**Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«**

Die Ergebnisse der neuen Telefonbefragung des Robert Koch-Instituts, GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell), mit insgesamt 22.050 Teilnehmern aus allen Regionen liegen vor. Die Daten geben ein umfassendes Bild des Gesundheitszustands, der Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und ermöglichen einen regionalen Vergleich. Durch den Vergleich mit den Ergebnissen früherer Gesundheitsbefragungen 2003 und 2009 lassen sich zudem Trends ableiten. Die Befragung wird seit 2009 regelmäßig durchgeführt. Sie besteht aus einem konstanten Kernbereich und flexiblen Themen zu aktuellen Fragestellungen. Bei der aktuellen Studie beantworteten zwischen September 2009 und Juli 2010 Männer und Frauen ab 18 Jahren rund 200 Fragen. Die Ergebnisse von GEDA fließen in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein, die eine gemeinsame Aufgabe des RKI und des Statistischen Bundesamtes ist. (Erschienen: 6. September 2012)

**Bestellhinweise für Publikationen der GBE des Bundes:** Die Publikationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes können kostenlos als PDF von der Homepage des RKI heruntergeladen werden ([www.rki.de](http://www.rki.de) > Gesundheitsmonitoring > Gesundheitsberichterstattung (GBE)). Dort können gedruckte Ausgaben auch kostenlos bestellt werden.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**      Berichtsmonat: **September 2012** (Datenstand: 1.12.2012)  
**Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern**  
 (Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011			
	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.			
Baden-Württemberg	23	229	201	21	240	192	11	58	60	2	17	21	0	0	0
Bayern	44	408	336	31	333	306	21	79	78	3	20	28	0	1	2
Berlin	60	549	499	26	306	317	0	11	28	0	4	7	0	2	1
Brandenburg	6	43	28	5	55	39	0	6	4	0	0	2	0	3	2
Bremen	6	44	41	1	22	30	2	11	12	1	2	0	0	1	0
Hamburg	15	175	174	14	168	166	8	54	46	1	2	2	0	0	0
Hessen	32	284	235	24	174	176	6	46	38	1	7	11	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	35	26	3	18	22	0	3	5	0	0	2	0	0	0
Niedersachsen	22	192	222	16	145	130	3	34	27	0	2	8	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	96	899	724	64	576	555	16	81	89	3	20	28	0	4	4
Rheinland-Pfalz	16	91	54	6	46	63	6	16	21	0	5	7	1	2	2
Saarland	0	23	32	3	23	26	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	8	142	111	6	94	66	1	13	12	0	0	1	0	1	1
Sachsen-Anhalt	4	54	27	2	37	33	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	58	60	9	86	80	0	5	13	1	2	1	0	0	1
Thüringen	6	44	33	4	25	15	0	2	1	1	4	1	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>345</b>	<b>3.270</b>	<b>2.803</b>	<b>235</b>	<b>2.354</b>	<b>2.216</b>	<b>74</b>	<b>422</b>	<b>435</b>	<b>13</b>	<b>86</b>	<b>119</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>13</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

46. Woche 2012 (Datenstand: 5.12.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	102	5.785	5.909	2	94	284	5	282	350	32	1.597	2.174	5	48	78
Bayern	125	6.360	7.236	1	230	445	19	758	932	37	2.300	3.085	2	78	116
Berlin	59	2.809	3.070	1	46	111	10	398	535	6	652	831	1	70	94
Brandenburg	40	1.936	2.247	0	24	61	3	227	320	10	743	712	0	6	8
Bremen	5	384	427	0	6	48	2	21	7	0	103	133	1	6	8
Hamburg	18	1.595	2.125	0	62	566	2	84	157	6	390	415	2	36	43
Hessen	66	3.426	4.151	0	51	144	5	123	167	18	1.139	1.383	0	29	58
Mecklenburg-Vorpommern	35	1.758	2.427	0	25	171	15	615	531	16	516	724	0	2	2
Niedersachsen	82	4.370	5.431	3	176	798	18	622	684	32	1.823	2.079	1	18	17
Nordrhein-Westfalen	300	14.604	16.197	6	279	717	25	1.123	1.357	76	4.021	4.826	2	69	70
Rheinland-Pfalz	64	3.271	3.699	2	117	145	5	226	224	17	1.038	1.178	2	24	42
Saarland	25	1.004	1.092	0	14	16	2	39	51	3	202	248	0	4	4
Sachsen	103	4.891	5.664	2	100	149	29	871	882	42	1.650	1.567	1	26	38
Sachsen-Anhalt	34	1.526	1.662	4	40	67	18	515	601	36	1.076	1.184	1	10	12
Schleswig-Holstein	49	2.006	2.691	1	66	927	2	69	125	43	548	638	1	7	9
Thüringen	28	1.734	1.862	0	50	94	9	379	518	29	1.230	1.071	3	18	12
<b>Deutschland</b>	<b>1.135</b>	<b>57.459</b>	<b>65.890</b>	<b>22</b>	<b>1.380</b>	<b>4.743</b>	<b>169</b>	<b>6.352</b>	<b>7.441</b>	<b>403</b>	<b>19.028</b>	<b>22.248</b>	<b>22</b>	<b>451</b>	<b>611</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	2	125	164	124	7.081	7.540	44	3.479	3.972	6	476	535	4	61	45
Bayern	1	330	366	204	12.914	11.004	32	4.405	6.213	20	697	684	2	100	56
Berlin	2	67	70	76	3.359	3.137	9	1.805	1.393	8	359	390	1	99	89
Brandenburg	4	97	99	115	4.410	3.855	17	1.741	2.841	0	74	74	2	34	24
Bremen	0	12	15	9	625	540	4	111	281	2	18	18	0	6	7
Hamburg	0	73	83	59	2.905	2.783	17	1.218	1.187	0	119	136	1	24	16
Hessen	4	132	177	88	5.198	4.132	17	1.772	2.292	7	272	302	2	95	75
Mecklenburg-Vorpommern	1	38	57	97	3.274	3.708	22	1.430	3.136	1	110	172	4	75	74
Niedersachsen	5	182	277	131	8.691	6.902	33	2.795	3.722	7	188	163	4	106	78
Nordrhein-Westfalen	11	442	587	313	16.757	18.422	132	6.367	8.034	29	831	674	4	298	150
Rheinland-Pfalz	5	156	209	69	4.542	4.725	11	2.196	1.742	4	156	169	4	44	38
Saarland	0	25	24	17	1.448	1.217	6	559	408	0	24	30	1	4	3
Sachsen	5	288	367	351	10.915	9.521	46	2.967	9.461	6	287	259	10	158	105
Sachsen-Anhalt	7	147	167	326	6.198	5.682	13	2.065	2.965	6	105	77	1	72	31
Schleswig-Holstein	0	81	121	62	2.500	3.265	4	1.089	1.333	1	63	55	1	13	6
Thüringen	7	236	259	134	5.550	4.705	18	2.019	3.142	0	57	39	2	57	18
<b>Deutschland</b>	<b>54</b>	<b>2.431</b>	<b>3.042</b>	<b>2.175</b>	<b>96.367</b>	<b>91.138</b>	<b>425</b>	<b>36.018</b>	<b>52.122</b>	<b>97</b>	<b>3.836</b>	<b>3.777</b>	<b>43</b>	<b>1.246</b>	<b>815</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

46. Woche 2012 (Datenstand: 5.12.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	4	69	58	2	57	51	17	726	680
Bayern	1	87	67	0	94	107	5	856	1.018
Berlin	6	61	82	1	46	66	6	481	512
Brandenburg	0	16	23	0	9	14	0	62	65
Bremen	0	6	17	0	9	15	0	21	20
Hamburg	0	22	85	0	33	39	2	120	121
Hessen	7	46	36	0	40	66	5	294	308
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	6	0	15	5	3	59	33
Niedersachsen	11	143	101	1	34	46	2	260	286
Nordrhein-Westfalen	6	153	146	4	117	142	9	587	538
Rheinland-Pfalz	4	36	26	1	46	55	1	188	217
Saarland	0	5	8	0	18	15	1	75	58
Sachsen	2	13	14	0	26	42	2	263	241
Sachsen-Anhalt	0	18	18	0	22	18	3	92	121
Schleswig-Holstein	1	18	12	0	11	19	3	160	148
Thüringen	0	12	18	0	11	10	0	94	90
<b>Deutschland</b>	<b>42</b>	<b>711</b>	<b>717</b>	<b>9</b>	<b>588</b>	<b>710</b>	<b>59</b>	<b>4.338</b>	<b>4.456</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	3	44	36	0	19	524	5	426	477
Bayern	1	47	39	0	67	432	8	550	604
Berlin	0	17	26	0	18	159	5	285	280
Brandenburg	0	3	11	0	0	26	0	80	64
Bremen	0	3	3	0	2	2	0	46	50
Hamburg	0	8	5	0	3	46	1	128	137
Hessen	0	17	23	0	17	122	10	356	386
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	6	0	0	3	2	78	87
Niedersachsen	0	34	30	0	7	55	5	270	275
Nordrhein-Westfalen	2	64	73	0	18	100	25	979	980
Rheinland-Pfalz	2	26	28	0	4	29	2	158	143
Saarland	0	3	2	0	0	34	1	23	37
Sachsen	0	14	14	0	0	23	1	121	109
Sachsen-Anhalt	0	13	4	0	0	0	8	99	90
Schleswig-Holstein	0	9	14	0	2	28	0	68	68
Thüringen	0	7	13	0	0	11	0	65	65
<b>Deutschland</b>	<b>8</b>	<b>313</b>	<b>327</b>	<b>0</b>	<b>157</b>	<b>1.594</b>	<b>73</b>	<b>3.732</b>	<b>3.852</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**

46. Woche 2012 (Datenstand: 5.12.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	46. Woche	1.–46. Woche	1.–46. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	50	1.719	392	674
Brucellose	0	24	21	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	99	118	134
Dengue-Fieber	14	487	251	288
FSME	4	185	414	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	65	871	880
Hantavirus-Erkrankung	7	2.732	214	305
Hepatitis D	0	15	14	16
Hepatitis E	7	330	203	238
Influenza	13	10.619	43.673	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	243	234	271
Legionellose	11	589	588	644
Leptospirose	4	70	47	51
Listeriose	7	360	297	338
Ornithose	0	13	15	16
Paratyphus	2	32	55	58
Q-Fieber	0	186	275	285
Trichinellose	0	2	3	3
Tularämie	0	14	16	17
Typhus abdominalis	0	53	56	59

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

**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 48. Kalenderwoche (KW) 2012**

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 48. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche insgesamt stabil geblieben, die Werte des Praxisindex liegen im Bereich der Hintergrund-Aktivität. Bei Kindern steigen die Werte für die ARE-Konsultationsinzidenz allerdings kontinuierlich an. (Datenstand 04.12.2012). Weitere Informationen unter: <http://influenza.rki.de/>

**Internationale Situation****► Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN**

Für die 47. KW 2012 berichteten alle 28 Länder, die dazu Angaben an EISN sandten, über eine niedrige klinische Aktivität. Weitere Informationen unter [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/121130\\_SUR\\_Weekly\\_Influenza\\_Surveillance\\_Overview.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/121130_SUR_Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.pdf).

**► Ergebnisse der Influenzaüberwachung in den USA (FluView Week 47)**

Für die 47. KW berichtete das US-CDC über eine ansteigende Positivrate für Influenza, die in der 47. KW bei 15% lag. In fünf von zehn Regionen lagen die Werte der klinischen Aktivität Influenza-typischer Erkrankungen (ILI) über dem Hintergrundbereich.

Seit dem 28. September 2012 wurde erstmals wieder eine humane Infektion mit porcinen Influenza A(H3N2)v-Viren berichtet. Der Fall wurde aus dem US-Bundesstaat Iowa gemeldet, ein direkter Kontakt zu Schweinen wurde nicht nachgewiesen, weitergehende Untersuchungen zur Infektionsquelle dauern an. Es gab keine weiteren Erkrankungen im Umfeld des Patienten. Damit liegt die Zahl der bestätigten humanen Infektionen mit porcinen Influenzaviren (gekennzeichnet durch das Kürzel „v“) seit Juli 2012 bei 311 (307 H3N2v-Viren, drei H1N2v-Viren und ein H1N1v-Virus). Nähere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>.

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht für die 48. Woche 2012 der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI.

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

**Impressum****Herausgeber**

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

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

**Redaktion**

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 030.18754-2324  
E-Mail: [Seedatj@rki.de](mailto:Seedatj@rki.de)

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

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

**Vertrieb und Abonnentenservice**

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

**Das Epidemiologische Bulletin**

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

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

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

**Druck**

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

**Nachdruck**

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273