



Epidemiologisches Bulletin

23. Januar 2004 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welt-Lepra Tag 2004:

Wichtige Daten zur aktuellen Situation

Am 28. Januar wird der 51. Welt-Lepra-Tag begangen. Anlässlich dieses Gedenktages soll hier auf die weltweite Situation bei der Lepra aufmerksam gemacht werden, auch wenn diese Krankheit in Europa nur noch vereinzelt auftritt. Generell hat sich die Lage in den vergangenen Jahrzehnten drastisch verbessert. So konnte in nur 15 Jahren die globale Prävalenz um fast 90% gesenkt werden, mehr als 13 Millionen Menschen wurden geheilt.

Das Ziel der WHO, die Lepra bis zum Jahr 2005 zu eliminieren, wurde in 108 von vormals 122 Ländern, in denen die Krankheit endemisch war, bereits erfolgreich verwirklicht. (Das Eliminationskriterium der WHO ist erfüllt, wenn weniger als 1 Leprapatient pro 10.000 der Bevölkerung zur Behandlung registriert ist.) Die Fortschritte bei der Bekämpfung der Lepra sind einerseits auf die Entwicklung moderner Therapiekonzepte wie der Multidrug Therapy (MDT) zurückzuführen, andererseits sind sie aber auch Folge des gezielten Engagements von WHO, Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen sowohl weltweit als auch vor Ort in den betroffenen Endemiegebieten selbst.

Mit Ausnahme des Jahres 2001 nahm die Anzahl der neu diagnostizierten Leprafälle in den vergangenen Jahren kontinuierlich ab. Die deutliche Zunahme der Erkrankungszahlen im Jahr 2001 wird mit einer verstärkten Aufmerksamkeit und Erfassungsaktivität in Indien erklärt (s. Tab. 1).

	1999	2000	2001	2002
Prävalenz	753.263 Erkr.	597.232 Erkr.	635.404 Erkr.	534.311 Erkr.
Neu diagnostiziert	738.284 Erkr.	719.330 Erkr.	763.317 Erkr.	620.672 Erkr.

Tab. 1: Weltweite Leprasituation in den Jahren 1999–2002, WHO 2003

Trotz aller Erfolge gibt es immer noch 14 Länder, in denen das Eliminationsziel bisher nicht erreicht wurde. Lepra bleibt eine Krankheit der Armen. Mehr als 80% der im Jahr 2002 weltweit registrierten 620.672 Neuerkrankungen verteilten sich auf nur sechs Länder (s. Tab. 2).

Land	Erfasste Erkr. Ende 2002 (Erkr. pro 10.000 Einw.)		Neu entdeckte Erkr. im Jahr 2002 (Erkr. pro 100.000 Einw.)	
Indien	344.377	(3,3)	473.658	(46,0)
Brasilien	71.139	(4,1)	38.365	(2,3)
Madagaskar	6.602	(4,0)	5.482	(33,4)
Mosambik	7.136	(3,6)	5.830	(29,1)
Nepal	7.291	(3,0)	13.830	(19,0)
Tansania	7.063	(2,1)	6.497	(19,0)
Gesamt	443.608	(3,4)	543.662	(41,9)

Tab. 2: Am stärksten von Lepra betroffene Länder zu Beginn des Jahres 2003, WHO 2003

Aktuell vorliegende Auswertungen für das Jahr 2000 ergeben, dass jede siebente neu entdeckte Lepraerkrankung ein Kind unter 15 Jahren betraf. 3% der Erkrankungen wurden zu einem Zeitpunkt diagnostiziert, zu dem bereits Behinderungen vom Schweregrad 2 nach dem WHO-Index vorlagen (neuromotorische Behinderungen sowie Iridozyklitis und Hornhauttrübungen).

Diese Woche

4/2004

Lepra:

- ▶ Welt-Lepra-Tag 2004
- ▶ Drei Fallberichte zu importierter Lepra

Veranstaltungshinweise:

- ▶ Kurs „Angewandte Infektionsepidemiologie“
- ▶ Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD in Berlin
- ▶ Intensivkurs Krankenhaus- hygiene in Berlin

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

1. Woche 2004

(Stand: 21. Januar 2004)

Legionellen-Erkrankungen:

Häufung in Frankreich



Die vorgestellten Daten verdeutlichen, dass es besonders im Hinblick auf die großen Leistungen bei der Bekämpfung der Lepra in den letzten 50 Jahren notwendig ist, diese weiterhin zu festigen. Denn auch nachdem das WHO-Ziel der Elimination der Lepra erreicht sein wird, wird es noch eine nicht unerhebliche Zahl von Lepra-patienten geben. Ein Beispiel hierfür ist Äthiopien: Mit einer landesweiten Prävalenz von 0,8 pro 10.000 Bewohner wurde das Eliminationsziel erreicht, dennoch wurden 5.080 Neuerkrankungen im Jahr 2002 registriert. – Die Erfolge bei der Eindämmung der Lepra sollten darüber

hinaus in der Zukunft durch anhaltende Bemühungen und weiter verbesserte Strategien auf den Gebieten der Prävention und Therapie weiter ausgebaut werden. Anstrengungen auf dem Gebiet der Rehabilitation sollten den Menschen, die an den Folgen von Lepra leiden, zu einem menschenwürdigen Dasein verhelfen.

Quellen: 1. WHO: <http://www.who.int/lep/>; 2. DAHW: <http://www.dahw.de>; ILEP: <http://www.ilep.org.uk>

Für fachliche und sachdienliche Hinweise zu diesem Bericht danken wir Herrn Dr. Thomas von Stamm, Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V., Mariannhillstr. 1c, 97074 Würzburg, (E-Mail: thomas.vonstamm@dahw.de).

Importierte Lepra bei Migranten – drei Fallberichte

Lepra ist eine durch das Mycobacterium (M.) leprae hervorgerufene Krankheit, die sich durch verschiedene klinische Erscheinungsformen und eine besonders lange Inkubationszeit auszeichnet. Die WHO geht aufgrund vorliegender Meldungen gegenwärtig weltweit von 600.000–800.000 Neuerkrankungen pro Jahr aus (s. Tab. S. 1). In Europa ist die Lepra heute eine seltene Erkrankung. Im Jahr 2002 wurden der WHO für die Region Europa lediglich 45 neu diagnostizierte Erkrankungsfälle gemeldet (zum Vergleich 2001: 53; 2000: 111; 1999: 172), die Tendenz ist seit Jahren rückläufig.

In **Deutschland** spielt Lepra als Infektionskrankheit praktisch keine Rolle mehr. Jährlich werden lediglich vereinzelte Erkrankungsfälle gemeldet, bei denen es sich ausschließlich um importierte Erkrankungen aus Endemiegebieten handelt. Die meisten der Betroffenen sind Migranten. Da die Exposition bei Reisenden in der Regel für eine Ansteckung zu kurz ist, ist die Lepra in der Reisemedizin fast unbedeutend.

Im Jahr 2003 wurden dem RKI auf dem Meldeweg 3 Leprafälle übermittelt, die hier in kurzen Fallberichten vorgestellt werden. Dabei wird auf mögliche Probleme bei der Behandlung und Kontrolle der Krankheit und ihre vielgestaltige Klinik hingewiesen.

Aus der Türkei importierte Lepra, multibazilläre Form: In der 44. Meldewoche wurde dem RKI durch ein niedersächsisches Gesundheitsamt eine Lepraerkrankung einer 52-jährigen Patientin übermittelt. Die aus der Türkei stammende Asylbewerberin war zunächst wegen seit 2 Wochen bestehender Beschwerden mit Erythema nodosum ähnlichen Veränderungen der Haut, Fieber, Verschlechterung des Allgemeinzustands und Gelenkschmerzen stationär behandelt worden. Die über den ganzen Körper verteilten Hautveränderungen bestanden in kleinen (Durchmesser max. 2 cm), scharf begrenzten, rundlichen Hyperpigmentierungen und derben, druckschmerzhaften subkutanen Knoten. Unter dem Verdacht auf eine Erkrankung des rheumatischen Formenkreises wurde eine orale Steroid-Therapie eingeleitet, die anfänglich die Symptomatik besserte. Die Verlegung in eine dermatologische Fachabteilung erfolgte, nachdem Lepra in die Differenzialdiagnose einbezogen worden war. Diese Diagnose konnte durch den mikroskopischen Nachweis von säurefesten Stäbchen (*Mycobacterium leprae*) im Abstrich aus einer Läsion und in

einer Gewebeprobe sowie mit PCR gesichert werden. Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine **lepromatöse Lepra**, die zu den multibazillären Lepraformen gehört. Entsprechend geltenden Empfehlungen wurde eine medikamentöse Dreifach-Therapie (Dapson, Rifampicin und Clofazimin) eingeleitet. Weil die Erythema nodosum ähnlichen Veränderungen nach Absetzen des Steroids erneut zunahmen, wurde wieder Prednison verordnet. Die Befundverschlechterung wurde von den behandelnden Dermatologen als Typ-II-Lepraerkrankung im Rahmen einer Krankheitsaktivierung interpretiert.

Aus Pakistan importierte Lepra, multibazilläre Form: Ein weiterer Leprafall wurde im Jahr 2003 von einem sächsischen Gesundheitsamt an das RKI übermittelt. Wegen eines generalisierten Hautausschlags war ein 45-jähriger Asylbewerber aus Pakistan in eine dermatologische Klinik eingewiesen worden. Nach seinen Aussagen bestand der „Ausschlag“ zu diesem Zeitpunkt etwa 4 Monate, seit kurzem verspüre er auch ziehende Schmerzen im rechten Unterschenkel. Klinisch fand sich ein generalisiertes Exanthem mit tropfen- bis münzgroßen, blau-grauen, erhabenen Plaques besonders im Gesicht und an den Streckseiten der Extremitäten. Die Einzelherde waren von derber, lederartiger Konsistenz und schmerzlos. Die mikroskopische Untersuchung einer Gewebeprobe der befallenen Haut zeigte typische granulomatöse Veränderungen, die überwiegend perivaskulär, aber auch perineural angeordnet waren. In der Ziehl-Neelsen-Färbung wurden darüber hinaus säurefeste Stäbchen nachgewiesen. Zusammenfassend konnte die Diagnose einer **lepromatösen Lepra** gestellt werden. Nachdem der Patient initial „untergetaucht“ war und sich so einer Therapie entzogen hatte, wurde er im September erneut stationär aufgenommen. Die Erstdiagnose wurde bestätigt (Nachweis von Antikörpern gegen *M. leprae*) und durch ergänzende neurologische Untersuchungen (EMG, ENG) eine proximalbetonte sensible axonale Polyneuropathie diagnostiziert. Die medikamentöse Behandlung wurde eingeleitet. Die hierzu erforderlichen Medikamente (Dapson, Rifampicin und Clofazimin) stellte eine Pharmafirma unentgeltlich zur Verfügung. Klinisch zeigte sich vor der Entlassung ein gutes Ansprechen auf die Therapie, die knotigen Hautveränderungen waren rückläufig.

Aus den Philippinen importierte Lepra, vermutlich paucibazilläre Form (WHO-Definition): Im August 2003 wurde dem zuständigen hessischen Gesundheitsamt von einem Labor der Nachweis von *M. leprae* gemeldet. Bei der Betroffenen handelte es sich um eine 29-jährige Philippinerin, die sich seit 8 Monaten in Deutschland aufhielt. Sie hatte sich Anfang August zur Abklärung von drei dunklen Hautbezirken in der Dermatologie einer Universitäts-Klinik vorgestellt. Nachdem in einer Hautbiopsie und einem Abstrich aus der Nasenschleimhaut *M. leprae* nachgewiesen worden war, wurde die Diagnose einer Lepra gestellt.

Die erforderliche medikamentöse Therapie konnte erst mit Verzögerung begonnen werden, da die Patientin kurz vor der Entbindung stand. Nach der Entbindung wurde jedoch rasch eine Zweifach-Therapie mit Dapson und Rifampicin eingeleitet. Die vom Gesundheitsamt durchgeführte Untersuchung der Kontaktpersonen, einschließlich des Ehemanns und einer ebenfalls in Deutschland lebenden Schwester, ergab bisher keinen Anhalt für weitere Erkrankungen. Auf Befragen wurden auch Erkrankungen von auf den Philippinen lebenden Familienmitgliedern verneint. Nach Rücksprache mit einem Experten am Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen erhielten die engsten Kontaktpersonen – auch der Säugling – einmalig Rifampicin.

Für Hinweise zu diesen Fallberichten danken wir Frau G. Nerkamp, Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg, Frau C. Spröwitz, LUA Sachsen, Chemnitz, und Frau M. Baum, Staatliches Untersuchungsamt Hessen, Dillenburg.

Kommentar: Der Labornachweis des Erregers der Lepra ist nach § 7 IfSG meldepflichtig. Gerade weil eine Lepraerkrankung in Deutschland heute ein sehr seltenes Ereignis ist, kann es zu Problemen bei der Erkennung, Erfassung und Therapie der Lepra kommen. Auch die drei Fallbeispiele aus dem Jahr 2003 weisen auf einige kritische Punkte hin. Die Inkubationszeit ist lang, sie kann zwischen 9 Monaten und 20 Jahren variieren. Daher sollte beachtet werden, dass erste Krankheitserscheinungen bei Migranten aus Endemiegebieten auch noch Jahre nach Verlassen ihrer Heimatländer auftreten können. Die klinischen Manifestationen sind vielgestaltig. Differenzialdiagnostisch müssen beispielsweise Dermatosen, neurologische und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in Betracht gezogen werden. Zudem kann die Diagnose oft erst nach labor diagnostischen Untersuchungen (Mikroskopie, PCR, Antikörpernachweis) sicher gestellt werden. Die Zuordnung zur pauci- oder multibazillären Form ist wichtig für die Therapie der Erkrankung, die als Zweifach-Therapie über 6 oder als Dreifach-Therapie über 24 Monate durchgeführt werden muss.

Aus der Tatsache, dass die meisten der Leprakranken in Deutschland Migranten sind, bei denen der Aufenthaltsstatus nicht immer geklärt ist, ergeben sich oft Probleme im Zusammenhang mit der Langzeitbehandlung. Auch die Untersuchung der Kontaktpersonen durch die Gesundheitsämter ist in diesen Fällen erschwert.

Hinweise auf Veranstaltungen

Kurs „Angewandte Infektionsepidemiologie“

Teil 1: 21.06.–25.6.2004, Bad Mergentheim

Teil 2: 6.–12.11.2004, Berlin oder 27.11.–03.12.2004, Stuttgart

Auch im Jahr 2004 wird der zweiteilige Fortbildungskurs „Angewandte Infektionsepidemiologie“ – primär für interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie qualifizierte Mitarbeiter in der Infektionsüberwachung aus dem ÖGD, aber auch für Mitarbeiter/innen der Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsämter gedacht – in Zusammenarbeit zwischen dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts angeboten.

Neben Kenntnissen über epidemiologische Maßzahlen sowie verschiedene Typen epidemiologischer Studien werden im 1. Teil praktische Schritte einer Felduntersuchung, z. B. bei einem Ausbruch, vermittelt. Im 2. Teil werden die Kursteilnehmer epidemiologische Daten erheben, diese mit Hilfe von „Epi Info 2002“ analysieren und die Untersuchungsergebnisse präsentieren. Die Kursinhalte sind aufbauend aufeinander abgestimmt, daher können zum 2. Teil nur Absolventen des 1. Teils zugelassen werden. Voraussetzung für die Teilnahme am Teil 2: ein eigenes Laptop/eigenes Notebook.

Kursgebühren werden für ÖGD-Angehörige nicht erhoben; für andere Interessenten beträgt die einmalige Gebühr für beide Kursteile 400,- €. Die Reisekosten sowie Kosten für die Unterbringung und Verpflegung gehen zu Lasten des Teilnehmers.

Die Vorschläge der Mitglieder der AG „Infektionsschutz“ der AOLG haben bei der Auswahl Priorität. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt auf insgesamt 60 Personen (davon maximal 10 nicht im ÖGD Beschäftigte).

Formblätter für die **Anmeldung** zu diesem Kurs erhalten Interessenten im Internet: <http://www.rki.de/INFO/AKTUELLE/INFEPI.HTM> sowie ggf. über eine formlose Fax-Anfrage über 030.4547-3533. Anmeldeschluss ist der **5. März 2004**. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Birgit Meyer, Tel.: 030.4547-3402.

Jährliche Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD

Termin: 24.–26. März 2004

Ort: Hörsaal des BfR, Diederisdorfer Weg 1, 12277 Berlin (Marienfelde)
 Veranstalter: Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA)

Themen: Verbraucherschutz, Infektionsschutz, Gesundheitsförderung, Umweltmedizin

Zielgruppe: Vorrangig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter sowie Hygienebeauftragte der Krankenhäuser.

Hinweis: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Veranstaltung wird als Fortbildung für Ärzte anerkannt.

Anmeldung: Bundesinstitut für Risikobewertung, Pressestelle, Thielallee 88–92, 14195 Berlin, Fax: 01888.412-4970, E-Mail: oegd@bfr.bund.de

Intensivkurs Krankenhaushygiene

Termin: 2.–6. März 2004; Ort: Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, Hörsaal und Seminarraum E24

Veranstalter: NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen

Themen: Surveillance-Methoden für nosokomiale Infektionen, Methoden der Ausbruchuntersuchung, Leitlinien zur Infektionsprävention u. a.

Zielgruppe: Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte nach RKI-Richtlinie, Ärztinnen und Ärzte in Fort- und Weiterbildung

Anmeldung und Anfragen: Frau Ursula Gebhardt, Institut für Hygiene, Haus II, Heubnerweg 6, 14059 Berlin, Tel.: 030.450570022, Fax: 030.450570904, E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de

Erratum

Im Bericht „Virushepatitis B, C und D im Jahr 2002“ der Ausgabe 2/2004 (S. 17) wurden die Literaturstellen 2 und 3 vertauscht. **Richtig ist: 2)** Gusion RN, Shouval D, Roggendorf M et al.: Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW to patients. *J Clin Virol* 2003; 27: 213–230; **3)** Glück D: Risiko der HIV-, HCV- und HBV-Übertragung durch Blutpräparate. *Infusionsther Transfusionsmed* 1999; 26: 335–338

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 21.1.2004 (1. Woche)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	49	49	81	1	1	2	2	2	2	35	35	48	1	1	1
Bayern	39	39	51	0	0	1	5	5	3	40	40	49	0	0	1
Berlin	18	18	11	0	0	0	1	1	3	14	14	23	1	1	0
Brandenburg	9	9	14	0	0	0	2	2	3	6	6	10	0	0	0
Bremen	2	2	5	0	0	0	0	0	1	3	3	2	0	0	1
Hamburg	9	9	7	0	0	2	1	1	0	17	17	11	0	0	1
Hessen	19	19	27	0	0	0	1	1	1	21	21	25	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	14	14	6	0	0	0	2	2	1	7	7	10	0	0	0
Niedersachsen	45	45	46	0	0	0	1	1	5	24	24	27	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	83	83	92	2	2	3	10	10	9	84	84	91	1	1	0
Rheinland-Pfalz	17	17	33	1	1	0	0	0	1	14	14	19	0	0	2
Saarland	5	5	5	0	0	0	0	0	0	9	9	7	0	0	0
Sachsen	23	23	18	0	0	0	2	2	3	22	22	29	0	0	1
Sachsen-Anhalt	13	13	17	0	0	0	5	5	4	7	7	10	0	0	0
Schleswig-Holstein	16	16	15	0	0	0	0	0	0	10	10	9	0	0	0
Thüringen	21	21	13	0	0	1	1	1	1	8	8	12	0	0	0
Deutschland	382	382	441	4	4	9	33	33	37	321	321	382	3	3	8

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	5	5	2	2	2	1	6	6	8
Bayern	2	2	1	2	2	1	7	7	14
Berlin	1	1	1	2	2	4	4	4	1
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hamburg	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Hessen	1	1	3	1	1	0	1	1	3
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	1	1	2	0	0	0	0	0	3
Nordrhein-Westfalen	2	2	7	1	1	3	3	3	11
Rheinland-Pfalz	0	0	2	0	0	0	1	1	4
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Sachsen-Anhalt	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	1	0	0	5
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	13	13	19	9	9	10	23	23	55

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,

Stand v. 21.1.2004 (1. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	
2004	2003	2003	2004	2003	2003	2004	2003	2003	2004	2003	2003	2004	2003	2003	
3	3	10	4	4	231	45	45	44	4	4	5	0	0	0	Baden-Württemberg
6	6	13	4	4	118	24	24	66	4	4	5	0	0	0	Bayern
4	4	2	4	4	89	14	14	47	1	1	0	0	0	0	Berlin
2	2	0	0	0	397	9	9	34	0	0	0	0	0	0	Brandenburg
0	0	0	2	2	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Bremen
2	2	2	0	0	149	6	6	3	2	2	0	1	1	0	Hamburg
4	4	0	2	2	129	12	12	18	1	1	3	1	1	2	Hessen
0	0	2	1	1	152	9	9	16	0	0	0	0	0	0	Mecklenburg-Vorpommern
12	12	8	11	11	487	8	8	22	1	1	1	3	3	1	Niedersachsen
4	4	14	9	9	249	61	61	92	4	4	3	1	1	1	Nordrhein-Westfalen
2	2	2	1	1	115	24	24	43	0	0	2	0	0	0	Rheinland-Pfalz
3	3	0	0	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	Saarland
9	9	9	6	6	147	36	36	70	1	1	0	0	0	0	Sachsen
4	4	5	26	26	21	19	19	37	2	2	1	0	0	0	Sachsen-Anhalt
4	4	3	1	1	146	9	9	14	0	0	1	0	0	0	Schleswig-Holstein
5	5	2	0	0	62	19	19	28	1	1	0	0	0	0	Thüringen
64	64	72	71	71	2.532	296	296	534	21	21	21	6	6	4	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.		
2004	2003	2003	2004	2003	2003	2004	2003	2003		
0	0	1	0	0	0	8	8	8	Baden-Württemberg	
1	1	3	0	0	2	7	7	10	Bayern	
0	0	0	0	0	0	2	2	2	Berlin	
1	1	1	0	0	0	1	1	2	Brandenburg	
0	0	0	0	0	0	1	1	0	Bremen	
1	1	2	0	0	0	3	3	0	Hamburg	
1	1	2	0	0	0	6	6	9	Hessen	
0	0	0	0	0	0	1	1	0	Mecklenburg-Vorpommern	
2	2	4	0	0	2	3	3	4	Niedersachsen	
7	7	3	0	0	7	17	17	21	Nordrhein-Westfalen	
0	0	0	0	0	0	2	2	3	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	Saarland	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	Sachsen	
1	1	2	0	0	0	0	0	1	Sachsen-Anhalt	
0	0	0	0	0	0	2	2	3	Schleswig-Holstein	
3	3	0	0	0	0	0	0	0	Thüringen	
17	17	18	0	0	11	53	53	65	Deutschland	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 21.1.2004 (1. Woche)

Krankheit	1. Woche 2004	1.–1. Woche 2004	1.–1. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	0	0	0	385
Brucellose	0	0	0	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	0	67
Dengue-Fieber	2	2	1	131
FSME	0	0	0	275
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	2	79
Hantavirus-Erkrankung	0	0	0	143
Influenza	64	64	1	8.488
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	1	2	69
Legionellose	3	3	9	373
Leptospirose	1	1	2	38
Listeriose	3	3	9	247
Ornithose	0	0	0	41
Paratyphus	1	1	0	71
Q-Fieber	1	1	1	386
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	0	1	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:

Zu einer Häufung von Legionellen-Erkrankungen in Nordfrankreich

Seit Ende November sind in Nordfrankreich in der Gegend von Lens, 30 km südwestlich von Lille im Département Pas-de-Calais, gehäuft Legionellen-Erkrankungen aufgetreten. Insgesamt 68 Fälle wurden bislang registriert. Neun Personen starben an der Infektion. Als Infektionsquelle gelten mit Legionellen kontaminierte Aerosole, die aus dem Kühlsystem einer Chemiefabrik bei Lens freigesetzt wurden. In 14 Erkrankungsfällen konnte ein Zusammenhang aufgrund der Überstimmung von Isolaten aus dem Kühlturm und von Patienten zweifelsfrei nachgewiesen werden. Das Unternehmen wurde vorübergehend geschlossen und entsprechende Desinfektionsmaßnahmen vorgenommen. Es wird jedoch nicht ausgeschlossen, dass außer der genannten Fabrik auch noch weitere Infektionsquellen eine Rolle spielen, denn obwohl die Inkubationszeit der Legionellen-Erkrankung maximal 10 Tage beträgt, erkrankten mehrere Personen erst 22 Tage nach Schließung der Fabrik. In einem Umkreis von 10 Kilometern werden daher Klimaanlage und Belüftungssysteme von den französischen Gesundheitsbehörden überprüft.

In **Deutschland** sind bisher keine Erkrankungsfälle übermittelt worden, die in einem möglichen Zusammenhang mit diesem Ausbruch stehen. Sollte bei Legionellen-Infektionen festgestellt werden, dass sich die Erkrankten in den 10 Tagen vor Symptombeginn in der fraglichen Region in Nordfrankreich aufgehalten haben, wird gebeten, dies bei der Meldung zu vermerken. **Ansprechpartnerin** am RKI: Frau Dr. Bonita Brodhun, E-Mail: BrodhunB@rki.de.

In eigener Sache

Ab der ersten Meldewoche 2004 ergeben sich zwei Änderungen in der Auflistung derjenigen meldepflichtigen Infektionskrankheiten, die auf der letzten Seite des *Epidemiologischen Bulletins* aufgeführt sind. Die Anordnung der Krankheiten erfolgt ab sofort alphabetisch. Darüber hinaus werden Fälle von hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS) in die oben genannte Liste eingegliedert und nicht wie bisher unter der Rubrik „Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung“ aufgeführt.

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, 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.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann
Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service
Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen 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 dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per 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** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter:
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Druck

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

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