



Epidemiologisches Bulletin

19. Mai 2004 / Nr. 21

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Risikogebiete der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland

Bewertung des örtlichen Erkrankungsrisikos ermöglicht gezielte Prävention

In dieser Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* wird – wie auch in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI ausgeführt – eine aktualisierte topographische Darstellung der FSME-Risikogebiete in Deutschland in einer Einteilung nach Kreisgebieten als Grundlage für präventive Maßnahmen publiziert (s. S. 172–173). Sie beruht auf den im RKI vorliegenden Daten zu bestätigten FSME-Erkrankungen, die in den Jahren 1984–2003 aufgetreten sind, und ersetzt die Karte der Risikogebiete vom Mai 2003 (*Epid. Bull.* 20 bzw. 24/2003).

Als FSME-Risikogebiete werden Endemiegebiete der FSME deklariert, in denen für Personen mit Zeckenexposition ein Erkrankungsrisiko in einer Höhe belegt ist, die nach einer Übereinkunft der Experten präventive Maßnahmen für gegenüber Zecken exponierte Einwohner, Berufstätige oder Touristen begründet. Als **FSME-Risikogebiete** gelten die Kreise, aus denen zwischen 1984 und 2003 innerhalb eines Jahres mindestens 2 oder innerhalb einer 5-Jahresperiode mindestens 5 FSME-Erkrankungen, die im Zusammenhang mit einer im betreffenden Kreis stattgefundenen Zeckenexposition (autochthon) entstanden, übermittelt wurden. Als **FSME-Hochrisikogebiete** gelten diejenigen als Risikogebiete eingestuft Kreise, in denen in einer 5-Jahresperiode zwischen 1984 und 2003 mindestens 25 autochthon entstandene FSME-Erkrankungen beobachtet wurden. Dort wird die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zusätzlich bekräftigt.

Die erfassten Erkrankungsfälle sind ein Surrogatmarker zur Bestimmung des Infektionsrisikos. Flächendeckende Untersuchungen zum Nachweis von Viren in Zecken und/oder Antikörpern bei Wildtieren, die als Virusreservoir eine Rolle spielen, sind sehr aufwändig. Auch Seroprävalenzstudien bei ungeimpften Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko sind aufwändig und geben nicht immer Aufschluss über ein aktuelles Risiko. Daher ist die Surveillance menschlicher Erkrankungen weiterhin die bestmögliche Grundlage zur Risikoeinschätzung. Die verschiedenen örtlich und regional durchgeführten Untersuchungen zur Virusprävalenz in Zecken und zur Antikörperprävalenz in Risikogruppen haben bisher die deklarierten Risikogebiete bestätigt und gestatten bisweilen auch Hinweise auf ein erhöhtes Infektionsrisiko in Gebieten, aus denen bislang noch keine oder nur wenige FSME-Fälle berichtet wurden. Diese Gebiete werden als **FSME-Endemiegebiete** ausgewiesen.

Für die ärztliche Beratung und insbesondere Impfeempfehlungen im Falle eines Expositionsrisikos hat sich der Bezug des Infektionsrisikos auf Kreisgebiete (fast ausnahmslos Landkreise) als ausreichend genau und insgesamt günstiger als z. B. eine Angabe von Postleitzahlenbereichen erwiesen. Es muss aber beachtet werden, dass die Naturherde der FSME in den genannten Kreisen unter Umständen örtlich sehr begrenzt sind, so dass die Mitarbeiter der zuständigen Gesundheitsämter u. U. sehr differenzierte Empfehlungen für präventive Maßnahmen geben können. Daher wird ggf. eine Beratung durch das örtliche Gesundheitsamt empfohlen.

Es gibt in Deutschland auch einige Gebiete mit sporadischen FSME-Einzel-erkrankungen, die gegenwärtig nicht als FSME-Risikogebiete gelten. Autochthone Erkrankungsfälle, die in Landkreisen auftreten, die bislang nicht als Risikogebiete ausgewiesen sind, bedürfen einer besonders sorgfältigen klinischen,

Diese Woche

21/2004

FSME:

- ▶ Risikogebiete und Situation in Deutschland 2003
- ▶ Aktuelle Karte der FSME-Risikogebiete

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

18. Woche 2004

(Stand: 18. Mai 2004)



labordiagnostischen und epidemiologischen Untersuchung und Dokumentation. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2004 eine spezifischere Falldefinition eingeführt (s. u.). Die Untersuchung der Serum- und Liquorproben sollte in einem virologischen Labor mit spezieller Erfahrung in der FSME-Diagnostik erfolgen; ggf. sollte der Rat von Ärzten mit besonderer Erfahrung auf diesem Gebiet eingeholt werden. Auch das Nationale veterinärmedizinische Referenzlabor für durch Zecken übertragene Erkrankungen (NRL-ZüK) an der Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere (BFAV) bietet auf diesen Gebieten fachliche Beratung an.

Zur Datenbasis

1. Fallsammlung des RKI zur Begründung von FSME-Risikogebieten

Für die Definition der Risikogebiete werden dem RKI zur Kenntnis gelangte Daten zu FSME-Erkrankungen aus den Jahren 1984 bis 2003 verwendet (insgesamt 2.043 Erkrankungsfälle). Die Datenbasis wurde mit einer Periode von 20 Jahren bewusst breit gewählt, um zu erwartende Schwankungen der Morbidität mit zu berücksichtigen und Fehleinschätzungen in Gebieten, in denen viel geimpft wurde, auszuschließen. Neueinstufungen als Risikogebiet erfolgen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden der betroffenen Kreise und Länder.

Bis Ende des Jahres 2000 stammen die Daten ausschließlich aus **Sammlungen bestätigter autochthoner FSME-Erkrankungsfälle** von Prof. Dr. R. Kaiser (Pforzheim), Prof. Dr. M. Roggendorf (Essen) und Frau Dr. G. Jäger (München). Diese Daten wurden seit 1997 im RKI zusammengeführt und nach einheitlichen Kriterien aufbereitet. Meldungen von FSME-Erkrankungen gemäß BSeuchG waren auf Bundesebene nicht verfügbar.

Seit dem Jahr 2001 besteht eine **Meldepflicht für FSME gemäß § 7 Abs. 1 IfSG** (Meldung des Nachweises einer akuten Infektion mit dem FSME-Virus durch den Leiter des diagnostizierenden Laboratoriums). Für das Jahr 2001 wurden sowohl neue Fälle aus der o. g. Fallsammlung genutzt als auch erstmals ausgewählte Meldedaten auf der Grundlage des IfSG in die bestehende Fallsammlung einbezogen, soweit es sich um klinisch und labordiagnostisch gesicherte Fälle mit Angaben zum Infektionsort handelte.

Für die Jahre 2002 und 2003 wurden ausschließlich die Meldedaten nach dem IfSG verwendet. Allerdings bestanden für diese beiden Jahre noch Schwierigkeiten, die die Anwendung dieser Daten eingeschränkt haben:

► **Infektionsort:** Der Infektionsort ist im IfSG nicht explizit als übermittlungspflichtige Information definiert worden. Es besteht aber dennoch Konsens mit den Gesundheitsbehörden der Bundesländer, dass diese Information zur Einschätzung des Infektionsrisikos nach § 11 Abs. 1 Nr. 6 IfSG („wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko...“) zu übermitteln ist. Im Jahr 2003 fehlte die Angabe zum Infektionsort immer noch in einem Teil der übermittelten Fälle; sie

konnte jedoch in der Mehrzahl der Fälle nachermittelt werden, sofern der Infektionsort überhaupt zu bestimmen war. Ohne Hinweis zum vermutlichen Infektionsort kann ein übermittelter FSME-Fall auch nicht zur Präzisierung der FSME-Risikogebiete genutzt werden. **Die Kenntnis des Infektionsortes ist folglich unverzichtbar.** Daher soll an dieser Stelle erneut auf die Bedeutung der Ermittlung dieser Information hingewiesen werden.

► **Bisherige Falldefinition nach IfSG:** Die bis Ende 2003 gültige Falldefinition des RKI war auch dann erfüllt, wenn labordiagnostisch nur ein serologischer IgM-Antikörper-Nachweis vorlag, selbst wenn keine ZNS-Symptomatik, sondern z. B. lediglich grippeähnliche oder andere nicht weiter spezifizierte neurologische Symptome vorlagen. Diese Konstellation wird von Experten als nicht ausreichend spezifisch eingeschätzt. Zur sicheren Diagnose, insbesondere bei fehlender ZNS-Symptomatik, wird entweder zusätzlich ein erhöhter IgG-Titer oder ein signifikanter Titeranstieg gefordert.

Für die aktuelle Definition der Risikogebiete wurden die übermittelten Fälle verwendet, die wie im Vorjahr folgende **Falldefinition** erfüllten:

1. Fälle mit ZNS-Symptomatik (Meningitis, Enzephalitis, Myelitis) und mit labordiagnostischem Nachweis nach der im Jahr 2003 gültigen Falldefinition und sicherer bzw. wahrscheinlicher Infektion in dem betreffenden Kreisgebiet.
2. Fälle ohne ZNS-Symptomatik, aber mit „grippeähnlicher Erkrankung“ oder „neurologischen Symptomen, andere“, wenn
 - ein Antikörper-Nachweis im Serum mit 4fachem Titeranstieg
 - oder gleichzeitig ein IgM- und ein IgG-Nachweis im Serum
 - oder ein IgM- bzw. IgG-Nachweis im Liquor
 vorlag bei sicherer bzw. wahrscheinlicher Infektion in dem betreffenden Kreisgebiet.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die seit Januar 2004 gültige überarbeitete Falldefinition für FSME im Vergleich hierzu noch spezifischer ist. Unabhängig von der Symptomatik wird jetzt beim serologischen Nachweis von Antikörpern gegen das FSME-Virus immer ein Titeranstieg oder ein gleichzeitiger IgM- und IgG-Nachweis im Serum gefordert. Beim Nachweis im Liquor wird der Nachweis der intrathekalen Antikörper-Synthese (erhöhter Liquor-Serum-Index) verlangt. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gesundheitsämter werden gebeten, bei Meldungen, die labordiagnostisch die neue Falldefinition nicht erfüllen, z. B. bei Vorliegen eines alleinigen IgM-Nachweises, zu ermitteln, ob die erforderliche Diagnostik nicht doch vorgenommen wurde und deren Ergebnisse ggf. zu übermitteln.

2. Zusätzliche Daten

Weitere zugängliche Daten, z. B. Publikationen zu gesicherten FSME-Erkrankungsfällen oder Studienergebnisse mit Aussagen zum FSME-Risiko, wurden im Interesse einer möglichst genauen Bewertung der Situation in Deutschland in der Vergangenheit mit berücksichtigt. Wichtig sind die Ergebnisse einer Untersuchung zur Prävalenz von Antikörpern gegen das FSME-Virus bei Waldarbeitern in Baden-Württemberg.¹

Zur FSME-Situation in Deutschland im Jahr 2003 und zu den präventiven Maßnahmen

Im Jahr 2003 wurden insgesamt 276 FSME-Erkrankungsfälle gemeldet, die der im Jahr 2003 gültigen Falldefinition (Referenzdefinition) des RKI entsprachen (zum Vergleich: 2002 239 FSME-Fälle; Stand: 10.05.2004). Baden-Württemberg übermittelte 42 % und Bayern 38 % der Fälle. Die restlichen 20 % der Fälle wurden von zehn anderen Bundesländern übermittelt, wobei nur in Hessen, Thüringen und Rheinland-Pfalz einzelne Kreise als Risikogebiete eingestuft wurden. Von 274 Erkrankungen mit Angaben zum Infektionsland wurden 24 (9 %) vermutlich im Ausland erworben (9 Fälle in Österreich, 3 Fälle in Ungarn, jeweils 1 bis 2 Fälle in weiteren süd-, ost- und nordeuropäischen Ländern sowie ein Fall in der Russischen Föderation).

Von den 276 der Referenzdefinition entsprechenden Fällen erfüllten nur 197 die oben aufgeführten strengeren Kriterien für die Fallsammlung zur Definition der Risikogebiete (s. Kasten S. 170). 79 Fälle konnten demzufolge nicht berücksichtigt werden. Die Infektionsorte der 197 klinisch, labordiagnostisch und epidemiologisch abgeklärten Fälle verteilen sich wie folgt auf die Bundesländer: Baden-Württemberg 95, Bayern 74, Hessen 19, Thüringen 6, Sachsen 2 und Rheinland-Pfalz 1.

Aktuelle Änderungen im Jahr 2003: Alle bisher als FSME-Risikogebiet ausgewiesenen Kreise bleiben weiter in der jeweiligen Kategorie bestehen. **Neue FSME-Risikogebiete** sind in **Bayern** der **LK Hof**, in **Thüringen** der **LK Hildburghausen** und in **Baden-Württemberg** der **LK Sigmaringen**. Diese drei neu ausgewiesenen grenzen an bekannte FSME-Risikogebiete. Das neu hinzugekommene Risikogebiet (LK Sigmaringen) in Baden-Württemberg befindet sich zudem in einer Region, in der Seroprävalenzstudien bei Risikopersonen bereits ein Infektionsrisiko identifiziert hatten. Die FSME-Fälle, die in den neu hinzugekommenen Risikogebieten aufgetreten sind, erfüllen – mit einer Ausnahme im LK Sigmaringen (fehlender IgG-Antikörpernachweis bei vorliegender Meningitis und IgM-Nachweis) – neben der für 2003 gültigen Falldefinition und der Falldefinition für Risikogebiete auch die seit Anfang 2004 gültige spezifischere IfSG-Falldefinition.

Insgesamt wurden im Jahr 2003 83 Kreise als FSME-Risikogebiete ausgewiesen (in Klammern Vergl. zu 2002):

- ▶ 30 Kreise in Baden-Württemberg (ein weiterer Kreis),
- ▶ 45 Kreise in Bayern (ein weiterer Kreis),
- ▶ 4 Kreise in Hessen (unverändert),
- ▶ 3 Kreise in Thüringen (ein weiterer Kreis) und
- ▶ 1 Kreis in Rheinland-Pfalz (unverändert).

Die für das Jahr 2003 erhobenen Daten bestätigen erneut die Existenz größerer, weitgehend zusammenhängender FSME-Naturherde im Süden Deutschlands, vor allem in Baden-Württemberg und Bayern. Das dort bestehende erhöhte Infektionsrisiko erfordert somit entsprechende präventive Maßnahmen. Trotz einiger bestätigter Erkrankungsfälle in den angrenzenden Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen, die auch zur Deklaration einzelner Risikogebiete führten, gibt es für eine in Fachkreisen teilweise

vermutete stärkere Ausweitung der bekannten Endemiegebiete nach wie vor keine ausreichende Bestätigung. Allerdings besteht Veranlassung, die Surveillance der FSME weiter aktiv zu betreiben und neben der Erfassung und Klärung von Erkrankungsfällen auch systematische Untersuchungen zur Bestimmung der Virusprävalenz bei Zecken und der Antikörperprävalenz in bestimmten Gruppen der Bevölkerung sowie bei Kleinsäugetieren oder landwirtschaftlichen Nutztieren durchzuführen, deren Ergebnisse zusätzliche Hinweise zur Charakterisierung eines Infektionsrisikos geben können. Hierzu leistet das NRL für durch Zecken übertragene Krankheiten in Jena einen wichtigen Beitrag. Weiterhin wären Daten zur Durchimpfung der exponierten Bevölkerung in den bestehenden Risikogebieten nützlich, um zu beurteilen, ob z. B. eine hohe Durchimpfung mit einem erkennbaren Rückgang der Erkrankungszahlen in Zusammenhang steht.

Maßnahmen zur Verhütung der FSME bestehen in der allgemeinen und individuellen Information und Aufklärung sowie in individuellen Empfehlungen zur FSME-Schutzimpfung und zur Expositionsprophylaxe (Verhalten, Kleidung, Repellents).

In der Beratungspraxis sollten immer Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung sowie auch die Mobilität der Bewohner und Besucher der Risikogebiete berücksichtigt werden. **Die STIKO empfiehlt die FSME-Schutzimpfung**

- ▶ für Personen, die in Risikogebieten wohnen oder arbeiten und dabei ein Zeckenstichrisiko haben und
- ▶ für Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und dabei gegenüber Zecken exponiert sind.

Bürger, die sich in ihrer Freizeit in Risikogebieten aufhalten und dort verhaltensbedingt das Risiko eines Zeckenstiches tragen, müssen als gefährdet gelten und sollten sich deshalb gegen FSME impfen lassen. Auch Urlauber aus anderen Bundesländern, die sich vorübergehend in den Risikogebieten, z. B. in Baden-Württemberg oder Bayern aufhalten, können ein entsprechendes Infektionsrisiko tragen, das durch eine zeitgerechte Schutzimpfung minimiert werden kann.

Hinweise oder Anfragen zu dieser Karte bitten wir an Frau Dr. W. Hellenbrand (HellenbrandW@rki.de), Frau D. Altmann (AltmannD@rki.de) oder Frau Dr. I. Steffens (SteffensI@rki.de) am RKI zu richten.

Fachliche Beratung zur FSME bietet auch das **Nationale veterinärmedizinische Referenzlabor für durch Zecken übertragene Krankheiten (NRL-ZüK)** der Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere (BFAV), Standort Jena (Naumburger Str. 96a, 07743 Jena, **Ansprechpartner:** Herr PD Dr. J. Süß; Tel.: 036 41 .804-248; Fax: 036 41 .804-228; j.suess@jena.bfav.de).

Literatur

1. Oehme R, Hartelt K, Backe H, Brockmann S, Kimmig P: Foci of tick-borne diseases in southwest Germany. IJMM 2002; 291: 22-29
2. RKI: Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI, Stand: Juli 2003. Epid Bull 2003; 32: 245ff
3. RKI: Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Berlin 2004.

RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten „Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)“ im Internet aktualisiert

Dieser in der Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“ erschienene Ratgeber enthält weitere Informationen zur FSME. Er wird in einer aktualisierten Fassung vom Mai 2004 im Internet angeboten unter: <http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM>.

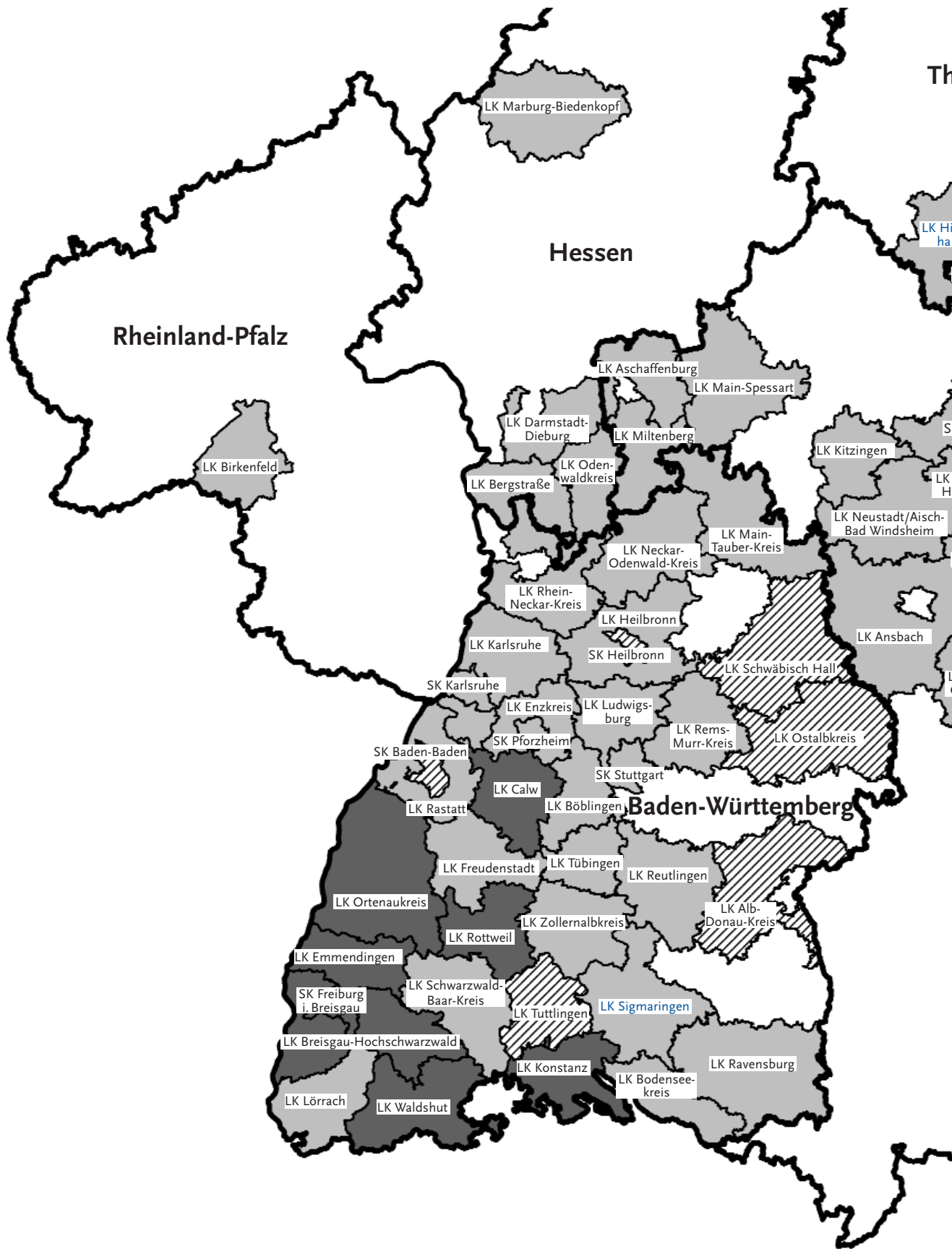
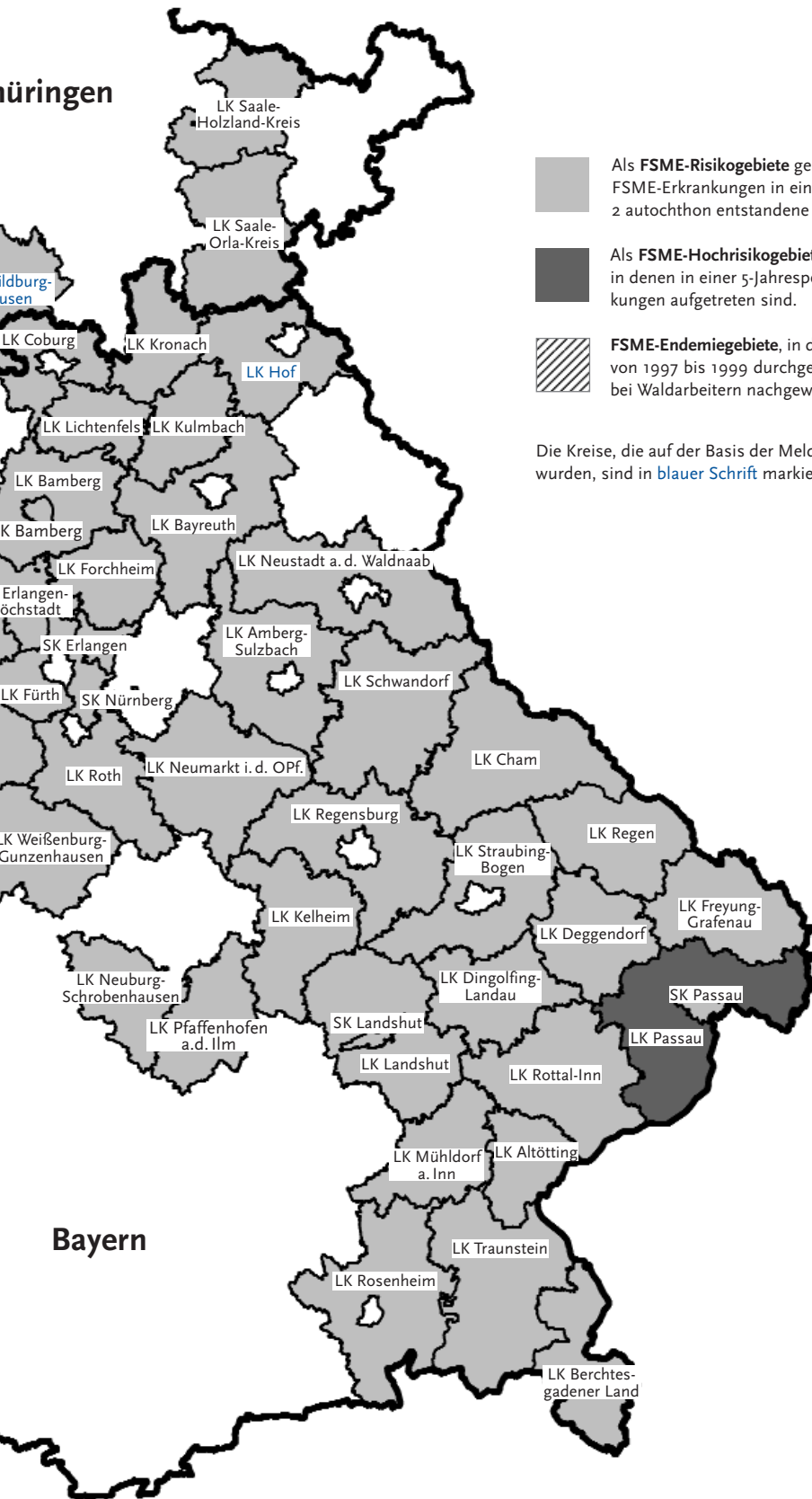


Abb. 1: FSME-Risikogebiete in Deutschland auf der Basis von Daten zu FSME-Erkrankungen (aufgetreten in den Jahren 1984 bis 2003), die im RKI ausgewertet wurden (n = 2.043; Stand: 10.05.2004)



Als **FSME-Risikogebiete** gelten die Kreise, in denen mindestens 5 autochthon entstandene FSME-Erkrankungen in einer 5-Jahresperiode zwischen 1984 und 2003 oder mindestens 2 autochthon entstandene FSME-Erkrankungen innerhalb eines Jahres registriert wurden.

Als **FSME-Hochrisikogebiete** gelten diejenigen der als Risikogebiete ausgewählten Kreise, in denen in einer 5-Jahresperiode zwischen 1984 und 2003 mindestens 25 FSME-Erkrankungen aufgetreten sind.

FSME-Endemiegebiete, in denen die Risikodefinitionen (s. o.) nicht erfüllt sind, aber in einer von 1997 bis 1999 durchgeführten Untersuchung eine erhöhte FSME-Antikörperprävalenz bei Waldarbeitern nachgewiesen wurde (s. Literatur 1).

Die Kreise, die auf der Basis der Meldedaten für das Jahr 2003 neu als FSME-Risikogebiete eingestuft wurden, sind in **blauer Schrift** markiert.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 18.5.2004 (18. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	18.	1.-18.	1.-18.	18.	1.-18.	1.-18.	18.	1.-18.	1.-18.	18.	1.-18.	1.-18.	18.	1.-18.	1.-18.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	69	1.006	1.099	5	26	27	7	67	86	68	1.114	1.040	1	33	25		
Bayern	115	1.298	1.395	0	51	68	11	203	142	78	1.323	1.192	5	48	32		
Berlin	17	361	472	0	9	1	1	45	70	32	570	613	0	23	24		
Brandenburg	40	473	546	0	2	16	1	63	81	21	346	374	1	8	14		
Bremen	7	67	68	0	0	8	0	5	16	4	104	109	1	3	3		
Hamburg	7	236	208	0	8	13	0	9	8	36	448	363	0	10	16		
Hessen	44	639	819	0	4	6	2	35	44	39	777	744	3	14	18		
Mecklenburg-Vorpommern	27	372	368	1	4	4	5	82	117	34	342	300	1	5	2		
Niedersachsen	76	1.096	1.106	1	24	37	4	45	68	59	1.025	820	2	10	9		
Nordrhein-Westfalen	165	2.075	2.160	6	69	94	18	296	280	202	2.940	2.642	5	39	25		
Rheinland-Pfalz	44	605	689	1	29	25	5	51	57	39	617	531	0	8	7		
Saarland	5	110	115	0	0	0	0	8	10	5	180	181	0	1	0		
Sachsen	46	799	963	0	10	24	3	186	283	19	858	1.020	0	9	26		
Sachsen-Anhalt	44	609	745	0	1	3	12	189	143	21	378	327	0	5	8		
Schleswig-Holstein	32	347	349	0	9	5	2	32	30	25	460	364	0	2	2		
Thüringen	36	573	626	0	5	9	9	128	151	29	389	426	0	9	12		
Deutschland	774	10.666	11.728	14	251	340	80	1.444	1.586	711	11.871	11.046	19	227	223		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	18.	1.-18.	1.-18.	18.	1.-18.	1.-18.	18.	1.-18.	1.-18.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	2	63	64	2	38	43	28	417	337		
Bayern	4	108	104	2	47	61	40	622	477		
Berlin	2	33	28	0	23	25	17	309	133		
Brandenburg	0	6	4	0	7	4	0	22	25		
Bremen	0	7	3	0	2	7	2	15	10		
Hamburg	0	9	8	1	14	5	0	23	14		
Hessen	0	26	47	1	32	32	7	194	181		
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	5	0	9	6	2	37	34		
Niedersachsen	1	23	30	2	44	49	19	290	254		
Nordrhein-Westfalen	12	201	105	8	135	107	36	668	291		
Rheinland-Pfalz	1	28	25	3	28	31	10	150	109		
Saarland	0	3	2	0	8	5	0	8	12		
Sachsen	0	9	4	1	14	18	5	78	67		
Sachsen-Anhalt	0	7	17	1	13	9	4	57	42		
Schleswig-Holstein	0	4	21	1	12	11	3	64	60		
Thüringen	0	11	19	1	10	1	1	35	31		
Deutschland	22	543	486	23	436	414	174	2.989	2.077		

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-labordiagnostisch 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. 18.5.2004 (18. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
8	111	143	37	1.140	2.978	95	1.633	2.230	12	195	157	1	9	8	Baden-Württemberg
8	158	164	90	1.203	1.683	194	2.667	3.216	18	219	139	0	11	9	Bayern
2	63	59	11	784	1.051	30	1.101	1.322	7	92	63	1	7	11	Berlin
7	61	95	29	1.094	2.392	64	1.642	2.439	2	25	27	0	1	4	Brandenburg
1	13	8	36	292	356	12	62	277	0	7	2	0	4	3	Bremen
1	40	45	5	457	896	13	511	568	2	42	37	0	5	1	Hamburg
1	100	82	44	502	1.011	94	1.066	1.382	3	69	53	0	6	7	Hessen
4	59	62	38	998	1.358	119	1.528	2.258	4	70	32	1	11	9	Mecklenburg-Vorpommern
13	211	201	75	1.642	3.852	87	1.657	2.453	4	79	44	1	19	17	Niedersachsen
14	348	331	77	2.015	3.654	203	3.089	4.111	15	241	166	0	33	24	Nordrhein-Westfalen
7	104	105	28	1.559	2.708	83	1.318	2.102	4	62	33	1	13	3	Rheinland-Pfalz
2	31	32	4	77	330	5	132	412	1	16	7	0	2	0	Saarland
9	205	226	46	2.923	3.408	139	3.243	5.951	7	84	82	0	8	17	Sachsen
5	118	141	63	625	1.504	96	2.261	2.782	2	45	27	0	1	7	Sachsen-Anhalt
7	55	62	26	352	1.063	20	428	633	2	18	16	0	1	0	Schleswig-Holstein
9	142	149	39	1.000	1.276	130	2.202	2.589	2	13	9	0	2	2	Thüringen
98	1.819	1.905	648	16.663	29.520	1.384	24.540	34.725	85	1.277	894	5	133	122	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
2	22	35	1	6	15	15	247	317	Baden-Württemberg	
1	32	45	1	7	22	11	255	366	Bayern	
0	10	18	0	3	2	6	111	123	Berlin	
0	4	13	0	1	3	1	47	74	Brandenburg	
0	2	6	0	0	8	1	25	21	Bremen	
0	1	9	0	1	4	6	83	75	Hamburg	
0	21	19	1	7	11	7	186	212	Hessen	
1	11	17	0	0	1	1	47	43	Mecklenburg-Vorpommern	
1	21	34	0	6	209	7	176	213	Niedersachsen	
2	80	99	1	13	137	44	554	636	Nordrhein-Westfalen	
0	10	19	0	3	29	3	95	103	Rheinland-Pfalz	
0	4	11	0	0	1	1	30	49	Saarland	
1	12	19	0	0	1	2	61	99	Sachsen	
1	14	30	0	0	4	6	79	87	Sachsen-Anhalt	
0	5	9	1	4	15	1	61	64	Schleswig-Holstein	
1	14	17	0	1	2	7	48	52	Thüringen	
10	263	400	5	52	464	119	2.105	2.534	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. 18.5.2004 (18. Woche)

Krankheit	18. Woche 2004	1.–18. Woche 2004	1.–18. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	3	482	23	397
Brucellose	0	7	9	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	22	15	76
Dengue-Fieber	2	45	34	131
FSME	3	4	2	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	10	23	82
Hantavirus-Erkrankung	1	25	37	143
Influenza	7	3.345	8.082	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	22	35	77
Legionellose	7	111	107	395
Leptospirose	0	11	13	37
Listeriose	2	94	88	255
Ornithose	0	2	11	41
Paratyphus	1	23	19	72
Q-Fieber	1	67	28	386
Trichinellose	0	4	3	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	16	28	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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 BerlinTel.: 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 AbonentenservicePlusprint 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-Abruffunktion** (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**