



Epidemiologisches Bulletin

2. Juni 2004 / Nr. 22

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zwei Fallberichte über aus Kenia importierte *Malaria tropica*

Zu einer gleichzeitigen Erkrankung an schwerer *Malaria tropica* und Leptospirose

Am 7.4.2004 erreichte das Gesundheitsamt Neukölln von Berlin eine Labormeldung aus der Charité – Universitätsmedizin, Campus Mitte, über den Nachweis von Antikörpern gegen Leptospiren bei einer 39-jährigen Frau.

Die daraufhin durchgeführten Ermittlungen des Gesundheitsamts ergaben folgende Zusatzinformationen: Die betroffene Berliner Patientin stammt ursprünglich von den Philippinen, sie lebt aber schon seit vielen Jahren in Deutschland. Sie ist mit einem Deutschen verheiratet und hat einen 18-jährigen Sohn. Im Februar des Jahres 2004 hatte sie sich als Touristin im Rahmen eines Last-Minute-Angebotes mit einer Reisegruppe drei Wochen in Kenia aufgehalten. Als Malaria-Prophylaxe hatte sie während der Reise einmal pro Woche Mefloquin eingenommen. Die Prophylaxe war aber nach Ende der Reise nicht mehr weiter und somit insgesamt nur unzureichend eingenommen worden.

Zum klinischen Beschwerdebild: Etwa acht Tage nach Beendigung der Reise traten ab dem 29.2. erste Symptome in Form von Fieber bis 39°C im Wechsel mit fieberfreien Perioden, Abgeschlagenheit, Myalgien, Kopfschmerzen und Diarrhoen auf. Die Beschwerden wurden zunächst vom Hausarzt als grippaler Infekt gedeutet, nach einem Arztwechsel und Information der jetzt behandelnden Internistin über die kürzlich zurückliegende Afrikareise wurde die Verdachtsdiagnose einer Malaria gestellt. Zu diesem Zeitpunkt war die Patientin klinisch noch relativ unauffällig. Nach laborchemischer Bestätigung der Malaria wurde sie am Folgetag, dem 5.3., unverzüglich telefonisch in die Notaufnahme der Charité eingewiesen. Neben einer eingeschränkten Vigilanz lag bei der jetzt klinisch schwer Kranken bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme ein akutes Nierenversagen mit Anurie vor.

Zu Diagnostik, Krankheitsverlauf und Therapie: Im Hinblick auf das klinische Beschwerdebild, den vorangegangenen Tropenaufenthalt und die Angaben der behandelnden Internistin wurde neben den Routineblutabnahmen erneut sofort eine labordiagnostische Untersuchung auf Plasmodien veranlasst. Im angefertigten Blutaussstrich konnte *Plasmodium falciparum* mit einer hohen Parasitendichte von 31% nachgewiesen werden. Darüber hinaus bestand auch eine Thrombozytopenie. Die diagnostizierte **komplizierte Malaria** wurde daraufhin auf der infektiologischen Intensivstation der Charité zunächst mit Chinin i.v. und Tetracyclinen behandelt und musste bei rückläufiger Parasitendichte wegen schwerer Herzrhythmusstörungen auf eine Kombination aus Arthemeter und Lumefantrin umgestellt werden. Die Parasitendichte war weiter rückläufig, der Ausstrich am 11.3. erstmals parasitenfrei. Das akute Nierenversagen wurde mit Hämodialysen behandelt. Eine fortbestehende massive Hämolyse erforderte die Transfusion von insgesamt 16 Erythrozytenkonzentraten, zusätzlich wurden 4 Fresh-Frozen-Plasma(FFP)-Konzentrate transfundiert. Nach anfänglicher Stabilisierung des klinischen Zustands der Patientin kam es ab dem 10.3. zu einer erneuten Verschlechterung. Laborchemisch und computertomographisch zeigte

Diese Woche

22/2004

Malaria:

- ▶ Zwei Fallberichte zu aus Kenia importierter *Malaria tropica*
- ▶ Kommentar

Mitteilungen:

- ▶ Projektausschreibung
- ▶ Publikationshinweis
- ▶ Veranstaltungshinweis

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

19. Woche 2004

(Stand: 26. Mai 2004)



sich eine massive exsudative Pankreatitis mit Nekrosestraßen, die Patientin entwickelte zusätzlich ein ausgeprägtes Exanthem. Die bestehende antibiotische Therapie mit Doxycyclin und Cefotaxim wurde daraufhin auf Vancomycin und Imipenem in Kombination mit Cilastatin umgestellt. Vorübergehend erhielt die Patientin Penicillin. **Differenzialdiagnostisch** wurde das mögliche Vorliegen weiterer Infektionskrankheiten wie einer Leptospirose, Brucellose, Dengue- oder Toxoplasmen-Infektion abgeklärt. Im Rahmen dieser Laboruntersuchungen war der Nachweis von Antikörpern gegen Leptospiren positiv. Die entsprechenden Antikörpertiter verliefen wie folgt: **18.3.:** IgG-ELISA 6,4 E/ml (Normwert <5 E/ml), IgM-ELISA >100 E/ml (Normwert <15 E/ml), **1.4.:** IgG 8,6 E/ml, IgM 59,5 E/ml; **23.4.:** IgG 26,2 E/ml, IgM 37,8 E/ml.

Als **Komplikation** trat eine intra- und retroperitoneale Blutung (etwa 1,5 l) aus Seitenästen der linken A. epigastrica inferior, der A. uterina und A. ovarica am 2. bzw. 3.4. auf. Sie wurde zunächst interventionell radiologisch (mit Coils und Embolisation) und nach Sistieren der Blutung am 9.4. operativ (Hämatomausräumung) versorgt.

Nach klinischer Besserung und Stabilisierung des Allgemeinzustands wurde die Patientin am 20.4. zur weiteren Versorgung auf eine Normalstation verlegt. Von hier aus konnte sie nach einem stationären Aufenthalt von insgesamt 63 Tagen in das häusliche Umfeld entlassen werden.

Das komplizierte Krankheitsgeschehen wurde seitens der behandelnden Ärzte als sowohl durch die Malaria als auch die Leptospirose bedingt eingestuft. Da der Fall die erforderlichen Kriterien der Falldefinition des Robert Koch-Instituts für eine Leptospirose erfüllte, wurde er vom Gesundheitsamt Neukölln gemäß § 6 IfSG als klinisch und labordiagnostisch bestätigte Leptospirose an die zuständige Landesbehörde gemeldet und von dort aus an das RKI übermittelt. Die Malaria tropica wurde gemäß § 7 Abs. 3 IfSG direkt an das RKI gemeldet. Eine anonymisierte Information über die Malaria-Erkrankung wurde von den behandelnden Ärzten zudem auch an das im Mai 2001 vom RKI ins Leben gerufene bundesweite Sentinel-Netzwerk SIMPID (Surveillance importierter Infektionen in Deutschland) weitergeleitet.

Aus Sicht des Gesundheitsamtes ist am vorliegenden Fallbeispiel besonders bemerkenswert, dass neben einer Malaria eine weitere Infektionskrankheit erworben wurde. Bei persistierenden Beschwerden unter Therapie oder bei unklarer klinischer Symptomatik sollte differenzialdiagnostisch diese Möglichkeit immer zusätzlich in Betracht gezogen werden. Zudem wird am geschilderten Fall erneut deutlich, dass auch kürzere Reisen nach Kenia eine adäquate Malaria-Chemoprophylaxe erfordern. Diese muss entsprechend den Empfehlungen für das jeweilige Präparat auch nach Verlassen des Endemiegebiets konsequent weitergeführt werden. Im vorliegenden Fall hatte die Patientin dies trotz einer reisemedizinischen Beratung vor der Abreise nicht getan. Die Gründe für den Abbruch der Prophylaxe sind nicht bekannt.

Für diese Mitteilung danken wir Frau Dr. Claudia Wein (E-Mail: claudia.wein@BA-NKN.VERWALT-Berlin.de) Gesundheitsamt Neukölln, Berlin. Dank für wichtige Hinweise zur klinischen Symptomatik und dem Krankheitsverlauf gilt Oberärztin Frau Dr. Bettina Temmesfeld-Wollbrück sowie Frau Dr. Sarah Johanssen, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte.

Zu einer tödlich verlaufenen Malaria tropica nach einem Urlaub in Kenia

In der 12. Kalenderwoche 2004 starb eine 38-jährige Münchenerin in ihrem häuslichen Umfeld an den Folgen einer Malaria tropica. Im Februar hatte sie gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten einen zweiwöchigen Pauschalurlaub in Kenia in der Nähe von Mombasa verbracht.

Eine Woche nach der Rückkehr trat plötzlich **hohes Fieber** auf und die Patientin klagte über **Bauchschmerzen**. Sie suchte daraufhin ihren Hausarzt auf, eine aufklärende Diagnose wurde nicht gestellt, insbesondere wurde keine weiterführende Diagnostik zum Ausschluss einer Malaria eingeleitet. Der Patientin wurden symptomatisch Zäpfchen gegen die Bauchschmerzen verordnet; sie verließ die Praxis, ohne dass der Verdacht auf eine Malaria geäußert worden war. In den folgenden sieben Tagen verschlechterte sich ihr Zustand weiter. Als ihr Lebensgefährte am Vormittag des 15.3. zu seiner Arbeitsstelle aufbrach, lag die Kranke noch immer mit Fieber und Bauchschmerzen im Bett. Bei seiner Rückkehr am Abend fand er sie tot vor.

Zur Klärung der Todesursache wurde eine **Obduktion** eingeleitet. Aus dem dabei gewonnenen Blut konnten *Plasmodium-falciparum*-Trophozoiten mit einer Parasitämie von 70% nachgewiesen werden.

Eine Befragung des Lebensgefährten ergab, dass sowohl die gestorbene Patientin als auch er auf die von der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und internationale Gesundheit (DTG) empfohlene Malariaprophylaxe für Kenia verzichtet hatten.

Für diesen Fallbericht danken wir Frau Dr. Mirjam Schunk und Herrn Prof. Dr. Hans-Dieter Nothdurft, Universität München, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin (E-Mail: Nothdurft@lrz.uni-muenchen.de).

Kommentar

Die beiden Malariafallberichte über importierte schwere Verläufe von Malaria tropica aus einem beliebten Urlaubsgebiet in Kenia verdeutlichen erneut die Gefahr einer Infektion mit Plasmodien, die auch bei kurzen Tropenaufenthalten in Malaria-Endemiegebieten besteht.

Für das Jahr 2003 wurden insgesamt 918 Malaria-Fälle gemäß § 7 Abs. 3 IfSG an das Robert Koch-Institut gemeldet, darunter fünf Todesfälle. Für 649 dieser Fälle ist das Infektionsland bekannt. Die häufigsten Meldungen stammten wie in den Vorjahren aus afrikanischen Ländern. Kenia wurde mit 67 (10%) Malaria-Fällen an dritter Stelle der Infektionsländer genannt.

Die tragischerweise später gestorbene Münchenerin hatte keine Chemoprophylaxe betrieben, obwohl für Kenia und weitere ausgewiesene Risikogebiete von der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und internationale Gesundheit (DTG) eine vorbeugende Medikation empfohlen wird (s. a. www.dtg.mwn.de/malaria/malproph.htm).

Die 39-jährige Berliner Patientin hatte zwar vor Ort eine Mefloquin-Prophylaxe betrieben, aber die Tabletten nach ihrer Rückkehr nicht mehr – wie für dieses Mittel vorgesehen – regelmäßig weitergenommen. Die Gründe hierfür sind unbekannt.

Oft berichten Patienten über Nebenwirkungen der Chemoprophylaxe. In einem solchen Fall kann das Mittel, möglichst nach Rücksprache mit einem Arzt, vorzeitig abgesetzt werden. Bei Auftreten von Fieber muss dann allerdings **sofort** ein Arzt aufgesucht und eine Malariadiagnostik sowie ggf. eine Therapie veranlasst werden.

Grundsätzlich sollte eine empfohlene **Chemoprophylaxe** durch eine **Expositionsprophylaxe** ergänzt werden. Diese besteht aus konsequenten Maßnahmen zur Vermeidung von Insektenstichen, z. B. durch die Anwendung von Moskitonetzen, den Einsatz von mückenabweisenden Mitteln (Repellents), das Tragen von hautbedeckender, heller Kleidung sowie den Aufenthalt in mückensicheren Räumen (Klimaanlage, Fliegengitter) nach Einbruch der Dunkelheit. Für eine ausreichende Information über das Risiko, eine Malaria zu erwerben, und die zu treffenden entsprechenden Schutzmaßnahmen sollte vor einer Tropenreise eine reisemedizinische Beratung durch einen entsprechend ausgebildeten Arzt erfolgen.

Die Berliner Patientin war vor der Reise beraten worden, ob dies auch auf die Münchner Patientin zutrifft, ist unklar. Die meisten Reiseveranstalter weisen heute schon

aus haftungsrechtlichen Gründen in ihren Katalogen bei den entsprechenden Reisezielen auf ein Malaria-Risiko hin.

Ein Problem, das am Fall der Münchner Patientin deutlich wird, ist die Bedeutung der rechtzeitigen Diagnosestellung bei Tropenrückkehrern. Auch bei der Berliner Patientin wurde der Verdacht auf eine Malaria erst verzögert geäußert und die Therapie so verspätet eingeleitet. Grundsätzlich gibt die Anamnese den entscheidenden Hinweis über einen vorangegangenen Aufenthalt in einem Malaria-Endemiegebiet. In einem solchen Fall **erfordert jedes Fieber nach Tropenaufenthalt zwingend den labordiagnostischen Ausschluss einer Malaria**. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn zusätzlich Symptome wie z. B. Bauchschmerzen und Durchfälle vorliegen, der behandelnde Arzt eine andere Diagnose für klinisch wahrscheinlicher hält und nicht sofort an eine Malaria denkt. Bei der Münchner Patientin wurde eine solche Diagnostik zu Lebzeiten nicht veranlasst. Der Arzt sollte heute bei jedem unklaren Fieber nach einem vorangegangenen Tropenaufenthalt fragen.

Der Fall der Berliner Patientin mit einer Koinfektion von Malaria und Leptospirose bestätigt einen alten Grundsatz der Tropenmedizin, immer an eine Zweiterkrankung zu denken, vor allem dann, wenn trotz adäquater Behandlung keine Besserung der Beschwerden eintritt oder unerwartete Komplikationen auftreten.

Für wichtige Hinweise zu diesem Kommentar danken wir Herrn Dr. Klaus-J. Volkmer, Buchholz bei Hamburg.

Ausschreibung für zwei Projektförderungen der H. W. & J. Hector Stiftung, Weinheim, für das Fachgebiet der HIV-Forschung

Die H. W. & J. Hector Stiftung, Weinheim, schreibt für 2004 zwei Projektförderungen (Sachmittel/Personalkosten) aus:

- ▶ Untersuchungen zur HIV-Vakzine
- ▶ Untersuchungen zur Hepatitis-/HIV-Koinfektion

Dotation jeweils: 160.000,- € über 3 Jahre

Förderungswürdig sind Projekte:

- die auf einer ausreichenden Anzahl von Vorarbeiten basieren,
- die multizentrisch angelegt sind,
- die in absehbarer Zeit klinische Relevanz erreichen können,

– die nicht bereits zu mehr als 50 % durch die forschende Pharmaindustrie unterstützt werden.

Bewerbungen sollen gemäß den aktuellen Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft für Sachbeihilfen in 4-facher Ausfertigung **bis zum 12.09.2004** an folgende **Korrespondenzadresse** eingereicht werden:

Dr. med. Rolf Kleinschmidt
Medizinische Klinik I
Wilhelm-Epstein-Straße 2, 60431 Frankfurt/Main
Tel.: 069.9533-2410, Fax: 069.9533-2415
E-Mail: petrina.altmann@fdk.info.de

Publikations- und Veranstaltungshinweise

Aktuelle Publikation: „Infektionsgefahren im Einsatzdienst“

Im Verlag Lehmanns Media – LOB.de ist das Buch „Infektionsgefahren im Einsatzdienst“ erschienen. Es ist ein Ratgeber bei der Versorgung von Verletzten bei Unfällen, beim Transport von Kranken, bei der Verlegung von Patienten unter Beachtung der Infektionsrisiken, die oft nicht bekannt sind oder nicht einzuschätzen sind. Es entstand aus der Zusammenarbeit von Feuerwehr und Ärzten aus dem Gesundheitswesen.

Es enthält Maßnahmeblätter mit den wichtigsten Erkennungszeichen, Übertragungswegen und vor allem Handlungsanweisungen bei den verschiedensten Infektionskrankheiten. Weitere Kapitel befassen sich mit Begriffen und grundsätzlichen Regelungen bei Infektionsgefahren, Schutzkleidung und Atemschutz, der Desinfektion von Einsatzfahrzeugen, dem Infektionseinsatz und der täglichen Einsatzhygiene.

Die Publikation ist im Buchhandel erhältlich:

Spors, Popp, Werfel, Hansen, Lembeck:
Infektionsgefahren im Einsatzdienst
190 Seiten, ISBN: 3-936427-65-8, Preis: 19,95 €

Fortbildung zur Qualifizierung für „Technische/r Sterilisationsassistent/in“ (ZSVA), Fachkunde I. und Fachkunde II. (DGSV)

Beginn: Fachkunde I.: 01.11.2004–12.11.2004
Fachkunde II.: 24.01.2005–04.02.2005

Dauer: 14 Tage

Abschluss: Bescheinigung durch ein Zertifikat nach den DGSV-Richtlinien

Anbieter: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Herr Prof. Dr. Rüdén, Direktor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Informationen/Anmeldung: Frau Monika Nickel

Tel.: 030.8445-4774, Fax: 030.8445-4206
E-Mail: Monika.Nickel@charite.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 26.5.2004 (19. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	65	1.093	1.206	8	34	29	5	76	91	69	1.201	1.111	4	39	25		
Bayern	104	1.408	1.511	5	56	72	14	217	158	76	1.408	1.247	7	55	32		
Berlin	34	399	520	1	10	2	2	48	75	36	609	664	0	23	24		
Brandenburg	29	502	586	0	2	16	6	70	83	20	366	389	0	8	15		
Bremen	3	70	69	0	0	8	1	6	16	7	111	117	0	3	3		
Hamburg	13	251	220	0	8	13	0	9	8	19	467	379	0	10	17		
Hessen	43	684	889	1	5	6	2	37	48	42	820	780	0	14	18		
Mecklenburg-Vorpommern	18	390	390	0	4	4	3	85	122	34	376	322	2	7	3		
Niedersachsen	102	1.205	1.213	0	24	39	2	47	73	87	1.115	877	0	10	10		
Nordrhein-Westfalen	122	2.200	2.363	4	73	100	14	310	288	215	3.165	2.763	1	40	27		
Rheinland-Pfalz	63	673	750	2	31	27	2	53	59	24	648	567	0	8	8		
Saarland	12	124	118	0	0	0	0	8	10	10	195	190	0	1	0		
Sachsen	42	856	1.032	1	11	27	7	198	301	65	961	1.097	1	10	27		
Sachsen-Anhalt	41	650	773	0	1	4	9	198	147	23	401	349	1	6	8		
Schleswig-Holstein	31	376	369	0	9	5	1	33	31	26	487	395	0	2	2		
Thüringen	41	616	666	0	6	10	6	134	163	31	420	447	0	9	14		
Deutschland	763	11.497	12.675	22	274	362	74	1.529	1.673	784	12.750	11.694	16	245	233		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	2	65	66	3	41	45	15	441	359		
Bayern	4	112	111	2	51	66	30	659	521		
Berlin	0	33	30	1	25	25	9	321	142		
Brandenburg	2	8	5	1	8	4	5	27	26		
Bremen	0	7	3	0	2	7	0	15	12		
Hamburg	0	9	8	0	14	7	1	24	15		
Hessen	0	26	47	2	35	34	6	204	189		
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	5	0	9	6	0	37	34		
Niedersachsen	1	26	31	2	46	51	14	305	276		
Nordrhein-Westfalen	8	209	108	5	140	114	35	703	302		
Rheinland-Pfalz	0	28	28	2	31	34	8	160	115		
Saarland	0	3	2	0	8	5	2	10	14		
Sachsen	1	10	6	0	15	18	15	95	76		
Sachsen-Anhalt	4	11	19	2	15	11	6	63	43		
Schleswig-Holstein	0	4	21	1	13	11	3	72	69		
Thüringen	0	11	20	0	10	1	2	37	33		
Deutschland	22	567	510	21	463	439	151	3.173	2.226		

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. 26.5.2004 (19. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	
2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003		
4	116	152	55	1.208	2.989	92	1.764	2.422	10	208	164	1	10	8	Baden-Württemberg
12	170	168	26	1.229	1.742	167	2.847	3.414	13	233	146	0	11	11	Bayern
2	65	64	93	885	1.057	75	1.181	1.349	9	104	65	2	10	11	Berlin
0	61	98	31	1.125	2.455	66	1.709	2.518	0	25	28	0	1	4	Brandenburg
1	14	9	1	293	359	6	68	279	1	8	3	0	4	3	Bremen
1	41	45	4	461	896	17	528	591	2	44	39	0	5	1	Hamburg
5	105	89	4	509	1.019	40	1.113	1.457	3	73	56	0	7	8	Hessen
1	60	66	103	1.101	1.411	99	1.627	2.339	2	72	33	4	15	9	Mecklenburg-Vorpommern
12	224	207	64	1.708	3.895	97	1.756	2.620	10	89	49	1	20	17	Niedersachsen
16	365	345	66	2.084	3.720	159	3.264	4.342	14	256	174	6	39	25	Nordrhein-Westfalen
7	111	107	7	1.569	2.751	57	1.380	2.225	5	67	36	0	13	4	Rheinland-Pfalz
1	32	34	3	83	361	4	144	434	0	17	7	0	2	0	Saarland
13	222	241	190	3.170	3.538	204	3.552	6.168	7	93	85	0	9	18	Sachsen
8	126	151	75	700	1.544	101	2.362	2.853	4	49	32	0	1	7	Sachsen-Anhalt
6	61	64	11	364	1.087	21	452	667	1	19	17	0	1	0	Schleswig-Holstein
11	153	170	59	1.060	1.308	113	2.315	2.680	1	14	9	0	2	3	Thüringen
100	1.926	2.010	792	17.549	30.132	1.318	26.062	36.358	82	1.371	943	14	150	129	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.		
2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003			
1	23	38	4	10	15	16	265	337	Baden-Württemberg	
4	36	48	0	7	25	11	270	386	Bayern	
0	10	19	0	3	2	5	119	133	Berlin	
0	4	13	0	1	3	2	49	77	Brandenburg	
0	2	7	0	0	9	1	26	22	Bremen	
1	2	9	0	1	4	6	89	79	Hamburg	
0	21	21	0	7	11	5	190	230	Hessen	
0	11	17	0	0	1	3	51	47	Mecklenburg-Vorpommern	
0	21	34	1	7	215	18	196	223	Niedersachsen	
1	82	104	2	15	147	21	582	679	Nordrhein-Westfalen	
0	10	19	0	3	29	3	101	106	Rheinland-Pfalz	
0	4	11	0	0	1	0	30	51	Saarland	
2	14	19	0	0	1	11	74	105	Sachsen	
0	14	33	0	0	4	5	84	95	Sachsen-Anhalt	
1	6	10	0	4	15	2	64	65	Schleswig-Holstein	
0	14	18	0	1	2	3	52	53	Thüringen	
10	274	420	7	59	484	112	2.242	2.688	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. 26.5.2004 (19. Woche)

Krankheit	19. Woche 2004	1.–19. Woche 2004	1.–19. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	3	487	24	397
Brucellose	0	7	9	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	22	16	76
Dengue-Fieber	0	45	37	131
FSME	0	5	3	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	11	24	82
Hantavirus-Erkrankung	2	27	39	143
Influenza	7	3.354	8.096	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	22	39	77
Legionellose	7	122	114	395
Leptospirose	0	11	14	37
Listeriose	3	98	91	255
Ornithose	0	3	11	41
Paratyphus	1	24	21	72
Q-Fieber	4	71	28	386
Trichinellose	0	4	3	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	1	17	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-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**