



Epidemiologisches Bulletin

21. Januar 2005 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Das Robert Koch-Institut im Internet: Bedeutung und aktuelle Entwicklungen

Im Robert Koch-Institut wurde 1997 begonnen, das World Wide Web (Internet; im Folgenden wird, wenn nicht anders angegeben, der Begriff Internet für die Bereitstellung von Informationen im World Wide Web verwendet) zur Information über die Arbeit des Instituts zu nutzen. Ziel in der Anfangsphase war es, den jährlichen schriftlichen Tätigkeitsbericht durch Informationen im Internet zu ersetzen, die eine raschere Aktualisierung und Verfügbarkeit ermöglichen. Die primären Adressaten der Veröffentlichungen im Internet waren – und sind bis heute – die Fachöffentlichkeit, wie u. a. der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), medizinische Fachgesellschaften, Ärzte, Apotheker, aber auch die Medien. Bereits drei Jahre nach dem Start wurde es notwendig, den Internetauftritt generell zu überarbeiten. Der Umfang der bereitgestellten Informationen hatte in kurzer Zeit erheblich zugenommen, die Inhalte, die rasch über die Grenzen eines Tätigkeitsberichtes hinausgewachsen waren, mussten neu strukturiert werden. Zusätzlich wurde das Layout der Internetseiten dem neuen *Corporate Design* des Instituts angepasst. Seit dieser letzten grundlegenden Überarbeitung im Jahr 2000 wurden die Informationen des RKI im Internet weiter erheblich ausgeweitet. Das Internet ist inzwischen für das Institut ein unverzichtbares Instrument zur Erledigung seiner Aufgaben geworden.

Zu Angebot und Nachfrage: Die wachsende Bedeutung des Internets für das RKI in den letzten Jahren lässt sich anhand einiger Daten zeigen: Die Zahl der Internetseiten des RKI betrug im Jahr 2000 ca. 4.000; heute befinden sich bereits mehr als 8.000 Seiten im Netz. Mit diesem Ausbau des Informationsangebotes spiegelt das Internet auch die Entwicklung des Instituts in den letzten Jahren wider, die gekennzeichnet war durch Aufgabenzuwachs in bestehenden Arbeitsbereichen, wie z. B. im Bereich des Infektionsschutzes, und durch eine Reihe neu hinzugekommener Aufgaben. Beispiele hierfür sind Aufgaben nach dem Stammzellgesetz und im Bereich der Biologischen Sicherheit. Der Aufgabenzuwachs stößt dabei auf eine wachsende Nachfrage: Die zunehmende Verfügbarkeit des Internets sowohl im privaten Bereich als auch am Arbeitsplatz sowie ein wachsender Bedarf an verlässlichen Informationen über Gesundheitsthemen bilden sich in stetig steigenden Zugriffszahlen auf die Internetseiten des RKI ab (die angegebenen Zugriffszahlen beziehen sich auf Seitenaufrufe, nicht auf die Anzahl der Besucher der Seiten).

Die Gesamtzahl der Seitenzugriffe betrug 2,6 Millionen im Jahr 2000. Sie hat sich bis 2004 mit 23,4 Millionen annähernd verzehnfacht (2001: 5,9 Mio., 2002: 8,3 Mio.; 2003: 20,8 Mio.). Dieser Trend gilt auch für das *Epidemiologische Bulletin*, das im Jahr 2000 insgesamt 114.000 Zugriffe aufwies, 2004 waren es 2 Millionen (Zugriffszahlen für ausgewählte Bereiche s. Tab. 1).

Neben der Fachöffentlichkeit und den Medien erwartet zunehmend auch die Bevölkerung vom RKI verlässliche Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen. Während die individuelle medizinische Beratung von Bürgern und Patienten generell nicht zu den Aufgaben des RKI gehört, ist das Internetangebot des Instituts ein Medium, das auch für sie eine Hilfestellung bei ihren Fragen sein kann.

Diese Woche

3/2005

Information der Öffentlichkeit:
Zum Internetauftritt des RKI

Tollwut:
Fallbericht zu einer
überstandenen Erkrankung
in den USA

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten:**
Aktuelle Statistik
53. Woche 2004
(Stand: 19. Januar 2005)

Influenza:
Hinweise zur aktuellen Situation



Dass ein großer Informationsbedarf besteht, zeigt zudem die **Entwicklung der Anfragen**. Das zentrale Mail-Postfach des RKI für Anfragen, eingerichtet im November 1999, verzeichnete im Jahr 2000 mehr als 1.600 Anfragen. Im Jahr 2004 lag diese Zahl bei über 3.400 Anfragen (2001: 2.600; 2002: 3.900; 2003: 4.300). Die meisten Anfragen betrafen Schutzimpfungen und Hygienemaßnahmen. Nicht selten werden Bürger mit speziellen Fragen vom Arzt an das RKI verwiesen; ein Missverständnis, denn für Fragen der medizinischen Einzelberatung von Patienten und Bürgern hat das RKI keinen Auftrag und auch keine Kapazität. Dies gilt ebenfalls für Fragen zur Durchführung einzelner Hygienemaßnahmen, die regelmäßig aus klinischen Bereichen, Arztpraxen und Einrichtungen der Altenpflege gestellt werden. Für diesen Bereich erarbeitet die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, deren Geschäftsstelle sich am RKI befindet, allgemeine Empfehlungen. Diese werden u. a. auf den Internetseiten des RKI veröffentlicht. Über die Umsetzung der Empfehlungen und die Durchführung einzelner Maßnahmen ist dabei auf lokaler Ebene bzw. durch die zuständigen Behörden der einzelnen Bundesländer zu entscheiden. Das RKI trägt jedoch dem erkennbaren Informationsbedarf Rechnung, indem es seine Internetangebote zum Impfen und zu Hygienemaßnahmen erheblich ausgebaut hat (eine Übersicht ausgewählter Informationsquellen und Beratungsangebote wurde im *Epidemiologischen Bulletin* 10/2003, S. 74f, veröffentlicht).

Spezielle Anforderungen: Zu den Aufgaben des RKI gehört auch die Planung von Maßnahmen beim Ausbruch von Seuchen. Als Folge der Anschläge mit Milzbrandbriefen in den USA im September 2001 sind dem RKI von der Bundesregierung die Aufgaben der Informationsstelle des Bundes für die Biologische Sicherheit übertragen worden. Die Pflichten des Instituts umfassen im Falle eines Ausbruchs auch die sofortige Information verschiedener Zielgruppen, wie z. B. ÖGD, Ärzte, Medien und Bevölkerung.

Der Informationsbedarf bei derartigen Ereignissen, die eine bundesweite Bedeutung haben, zeigte sich im Verlauf der Anschläge im September 2001 in den USA und im Jahr 2003 beim Auftreten von SARS. Die im Oktober 2001 neu eingerichteten **Internetseiten zum Bioterror** verzeichneten 113.000 Zugriffe in diesem Monat, die Seiten mit Informationen des RKI zu SARS zeigten im April 2003 über 400.000 Aufrufe. Die Gesamtzugriffszahlen erhöhten sich in den ersten zwei Monaten des Auftretens von SARS von 1,5 Millionen (Februar 2003) auf 2,6 Millionen (April 2003). In den neun Wochen nach Auftreten des ersten Verdachtsfalls in Deutschland registrierte die Pressestelle des RKI über 400 Presseanfragen zu SARS, 2.600 schriftliche Anfragen wurden zu diesem Thema an das Institut gerichtet, die telefonische Hotline verzeichnete fast 9.000 Anrufe.

Die Erfahrungen mit diesen beiden Ereignissen und eine Vielzahl positiver Rückmeldungen haben gezeigt, dass das Internetangebot des RKI geeignet ist, in kurzer Zeit ein Informationsangebot für den ÖGD aufzubauen und Materialien bereitzustellen, um die Bevölkerung zu informieren. Voraussetzung hierfür war auch, dass die technischen Kapazitäten bereits nach den ersten Zugriffsspitzen im Oktober 2001 erweitert wurden, um eine hohe Ausfallsicherheit des Internetauftritts zu gewährleisten und die Antwortzeiten des Internetauftritts an einen derartigen Spitzenbedarf anzupassen.

Zukünftige Entwicklung: Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung des Internetangebots für das RKI liegt darin, neue Anwendungen zur Kommunikation zu erarbeiten. Dies betrifft z. B. den Aufbau von **Datenbanken**, die es dem Nutzer erlauben, sich die benötigten Informationen selbst zusammenzustellen:

Daten zu Krebserkrankungen: www.rki.de/GBE/KREBS/KREBS.HTM
 Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz: www3.rki.de/SurvStat/
 Daten zu Influenza: www.influenza.rki.de/agi

Vor zwei Jahren wurde damit begonnen, ein **englischsprachiges Internetangebot** des RKI aufzubauen. Dieses umfasst bisher nur einen Teil der deutschen Informationen im Internet und soll in Zukunft verstärkt ausgebaut werden. Die Bedeutung des englischen Auftritts ergibt sich nicht zuletzt durch die vielfältigen Arbeiten des RKI in internationalen Gremien. Für die Tätigkeiten in internationalen Kommissionen, in der EU und in der WHO besteht regelmäßig Bedarf, fachliche Empfehlungen und Richtlinien, die national erarbeitet wurden und bislang nur in deutscher Sprache vorliegen, in die Beratungen einzubringen. Das Internet ist das geeignete Medium, diese Informationen generell zur Verfügung zu stellen.

Der weitere Ausbau des Internetangebotes des RKI stößt inzwischen erneut an Grenzen. Die Informationen zu einigen Themen sind auf viele Navigationsebenen verteilt, in einigen Bereichen ist die Nutzerführung verbesserungsfähig, Inhalte neu hinzugekommener Aufgabenbereiche sind in der vorhandenen Struktur nicht mehr optimal abzubilden. Auch das Erscheinungsbild im Internet entspricht nicht mehr einem modernen Layout. Im RKI wurde vor einiger Zeit damit begonnen, die Internetseiten grundsätzlich zu überarbeiten und den gesamten **Internetauftritt** neu zu gestalten. Das neue, vor seiner Inbetriebnahme stehende System soll es den Nutzern weiter erleichtern, die

Bereich	2000	2001	2002 *	2003 **	2004
Infektionskrankheiten	555.000	1.716.000	3.051.000	7.483.000	8.696.000
Gesundheitsberichterstattung	109.000	267.000	548.000	1.229.000	1.856.000
Hygiene	20.000	143.000	363.000	903.000	1.497.000
Impfen	52.000	119.000	294.000	798.000	1.186.000
HIV/AIDS	141.000	222.000	365.000	677.000	847.000
Infektionsschutzgesetz	24.000	185.000	350.000	502.000	791.000
Gentechnik	156.000	358.000	444.000	701.000	618.000
Krebs	66.000	145.000	274.000	388.000	582.000

Tab. 1: Zugriffe auf ausgewählte Internetseiten 2000–2004 (* August 2002 Mittelwert; ** April und November 2003 Mittelwert)

gewünschten Informationen zu finden. Für das RKI wird es durch den Einsatz eines *Content Management Systems* einfacher, die Seiten zu erstellen, zu verwalten und zu pflegen. Die Vereinfachungen für das RKI werden dabei auch den Nutzern zugute kommen, da verbesserte Arbeitsmöglich-

keiten und erhöhte Kapazitäten es ermöglichen werden, die Informationen noch rascher und umfangreicher als bisher im Internet anzubieten.

Bericht aus der Pressestelle des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartner:** Günther Dettweiler, E-Mail: Presse@rki.de.

Tollwut: Erstmals Erkrankung ohne Postexpositionsprophylaxe überlebt

Tollwut ist eine virale Erkrankung des Zentralnervensystems, die nach Ausbruch der klinischen Krankheitszeichen zum Tod führt. Der Erreger ist das Rabiesvirus, Genus *Lyssavirus*, aus der Familie der *Rhabdoviridae*. In der wissenschaftlichen Literatur wurden bisher nur fünf Fälle beschrieben, in denen es nach einer klinisch manifesten Tollwutinfektion zum Überleben der Betroffenen kam. Vier dieser Personen hatten vor dem Ausbruch der Erkrankung bereits eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) als kombinierte Wutschutzbehandlung erhalten, ein Erkrankter war geimpft worden. Nach überstandener Erkrankung blieben bei vier Personen neurologische Defizite zurück.

Aus den USA wurde nun kürzlich die Erkrankung eines 15-jährigen Mädchens ohne Todesfolge bekannt. Das Mädchen hatte weder eine PEP erhalten, noch war es geimpft worden. Da es sich um den ersten dokumentierten Fall eines Überlebens nach klinisch manifester Tollwutinfektion handelt, wird nachfolgend der Verlauf dieser Infektion beschrieben:

Im Oktober des Jahres 2004 wurde das Mädchen von einer Fledermaus, die es vom Boden aufgelesen hatte, in den linken Zeigefinger gebissen. Das Tier entkam, die kleine Bisswunde am Finger wurde desinfiziert, ein Arzt wurde nicht konsultiert. Etwa vier Wochen nach dem Ereignis war die Gebissene müde und abgeschlagen, sie verspürte ein Kribbeln und Taubheitsgefühl im Bereich der linken Hand. Im Verlauf der nächsten Tage stellten sich weitere neurologische Symptome ein (u.a. Doppelbilder, Sprach- und Gangstörungen, Zittern des linken Armes, Lethargie, Teillähmung des VI. Hirnnervs), auch die Körpertemperatur war im Verlauf erhöht. Ambulant durchgeführte magnetresonanztomographische Untersuchungen waren unauffällig, auch die nach der stationären Aufnahme am 4. Krankheitstag durchgeführte Lumbalpunktion führte zunächst nicht zu einer Diagnose. Nach Verlegung auf die Intensivstation eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung und dem anamnestischen Hinweis auf den Fledermausbiss am 6. Tag der Erkrankung wurde eine Tollwutinfektion differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen. Daraufhin wurden Untersuchungsmaterialien zur Abklärung an ein Labor der *Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, geschickt. Dort konnten im Serum und Liquor neutralisierende Tollwutvirus-Antikörper nachgewiesen werden, die direkten Nachweisverfahren (direkter IFT, Zellkultur, PCR) für das Virus in den Hautbiopsien und im Speichel waren negativ.

Im Hinblick auf fehlende gesicherte Therapiekonzepte zur Behandlung der Tollwut und den Nachweis neutralisierender Antikörper wurde die Patientin über insgesamt 7 Tage in ein künstliches medikamentöses Koma versetzt,

intubiert und beatmet. Zudem erhielt sie Ribavirin-Infusionen sowie allgemein unterstützende, insbesondere neuroprotektive Maßnahmen. Am 33. Krankheitstag konnte die Patientin extubiert werden. Am 17. Dezember war sie noch in stationärer Behandlung, aber schon in der Lage, mit Hilfe zu gehen, weiche Nahrung eigenständig zu sich zu nehmen, mathematische Aufgaben zu lösen und sich mit Zeichensprache zu verständigen. Auch erste Sprachversuche waren erfolgreich.

Schlussfolgerungen: Obwohl jetzt erstmals ein Fall beschrieben wurde, in dem eine Tollwuterkrankung auch nach klinischem Ausbruch ohne Impfung bzw. ohne Postexpositionsprophylaxe (PEP) überlebt wurde, kann das dargestellte Therapieregime nicht als gesicherte Therapie für solche Fälle gelten. Die Gründe für das Überleben des 15-jährigen Mädchens bleiben unklar. Es ist daher weiterhin unverzichtbar, auf die Maßnahmen, die dem Ausbruch der Erkrankung vorbeugen können, hinzuweisen und sie konsequent anzuwenden. Nach Kontakt mit einem tollwütigen Tier oder einem der Tollwut verdächtigen Tier sind dies insbesondere eine sorgfältige Wundhygiene und eine PEP (für Deutschland gemäß den Empfehlungen der STIKO, s.a. *Epid. Bull.* 30 und 42/2004). Der beschriebene Fall verdeutlicht ein weiteres Mal die Gefahr, die von Fledermäusen ausgeht, die in Europa beispielsweise Träger des Europäischen Fledermausvirus sein können (*European Bat Lyssa Virus*, EBLV, Typ 1 und 2, entsprechend den Genotypen 5 und 6 des Rabiesvirus). Eine solche Gefahr besteht, wie mehrere Einzelfälle zeigen, grundsätzlich auch in Deutschland und sollte beim Kontakt und Umgang mit Fledermäusen unbedingt berücksichtigt werden. So sollten kranke oder verletzte Fledermäuse nicht mit bloßen Händen angefasst werden, weil die Gefahr einer Verletzung besteht und Bisse durch die feinen Zähne nicht immer bemerkt werden. Wenn ein Kontakt zu einer Fledermaus bestanden hat, bei dem eine Verletzung nicht ausgeschlossen werden kann, sollte rasch ein Arzt konsultiert werden, der über die Notwendigkeit einer PEP entscheiden muss. Sofern möglich, sollte das Tier, mit dem Kontakt bestanden hatte, eingefangen bzw. asserviert und einer veterinärmedizinischen Untersuchung auf das Rabiesvirus zugeführt werden. Personen, die beruflich oder in ihrer Freizeit mit Fledermäusen in Berührung kommen, sollten präventiv immunisiert sein (s. *Epid. Bull.* 26/2003).

Weitere Informationen zum Thema Tollwut finden sie im RKI-Ratgeber „Tollwut“ im Internet unter www.rki.de/INFEKT/INF_A-Z/RAT_MBL/TOLLWUT.PDF.

Quelle: Centers for Disease Control and Prevention. Recovery of a Patient from Clinical Rabies – Wisconsin, 2004. *MMW* 2004; 53: 1171–1173

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 19.1.2005 (53. Woche 2004)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	61	6.644	6.657	0	100	97	3	276	341	46	5.105	4.956	2	151	94		
Bayern	51	8.542	8.656	1	203	245	8	853	774	36	6.249	5.344	2	215	119		
Berlin	0	2.038	2.225	0	24	12	0	152	222	0	2.706	2.644	0	129	57		
Brandenburg	13	2.478	2.802	0	28	30	2	237	246	34	2.153	1.781	0	27	25		
Bremen	0	297	329	0	4	13	0	32	39	3	442	410	1	20	5		
Hamburg	8	1.208	1.255	0	29	33	0	31	38	14	1.843	1.636	0	45	40		
Hessen	24	3.777	4.345	0	17	16	1	116	131	35	3.231	3.045	2	73	62		
Mecklenburg-Vorpommern	7	1.474	1.909	0	12	10	0	343	340	20	2.089	1.576	0	10	5		
Niedersachsen	36	5.000	5.597	2	85	127	1	206	262	49	4.603	3.739	0	55	35		
Nordrhein-Westfalen	93	9.445	11.621	2	202	289	11	1.040	927	130	13.414	10.505	0	134	120		
Rheinland-Pfalz	22	4.057	3.815	1	93	91	2	265	197	15	2.686	2.360	3	61	33		
Saarland	1	738	774	0	4	5	0	21	23	9	886	892	0	8	1		
Sachsen	16	4.285	5.086	0	43	79	7	767	901	17	4.480	4.182	0	113	97		
Sachsen-Anhalt	0	2.558	2.829	0	21	15	0	580	458	0	1.792	1.527	0	26	21		
Schleswig-Holstein	0	1.740	2.052	0	38	45	0	133	96	0	2.051	1.566	0	13	9		
Thüringen	0	2.479	3.110	0	24	29	0	506	480	0	1.751	1.738	0	57	70		
Deutschland	332	56.760	63.062	6	927	1.136	35	5.558	5.475	408	55.481	47.901	10	1.137	793		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	7	221	174	4	120	151	21	1.217	1.063		
Bayern	3	280	249	1	158	174	34	1.907	1.579		
Berlin	0	136	93	0	71	83	0	963	541		
Brandenburg	0	33	18	0	18	13	0	103	80		
Bremen	0	26	12	0	13	16	1	35	52		
Hamburg	1	48	29	0	22	32	0	76	70		
Hessen	1	175	124	2	105	103	6	548	542		
Mecklenburg-Vorpommern	0	23	26	0	21	17	0	97	104		
Niedersachsen	2	149	121	1	133	154	7	780	750		
Nordrhein-Westfalen	4	558	290	2	308	321	9	1.727	1.042		
Rheinland-Pfalz	0	103	80	2	111	85	2	537	347		
Saarland	0	10	5	0	24	12	1	30	37		
Sachsen	1	47	21	0	41	58	2	292	247		
Sachsen-Anhalt	0	51	46	0	44	40	0	184	174		
Schleswig-Holstein	0	37	48	0	31	31	0	236	196		
Thüringen	0	28	32	0	27	17	0	150	95		
Deutschland	19	1.925	1.368	12	1.247	1.307	83	8.882	6.919		

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. 19.1.2005 (53. Woche 2004)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
7	381	426	575	4.228	3.499	35	2.678	3.363	5	696	578	0	95	124	Baden-Württemberg
7	579	570	114	3.371	2.317	34	4.110	4.540	6	786	524	0	51	68	Bayern
0	218	270	0	2.882	1.378	0	1.488	1.664	0	344	203	0	61	37	Berlin
1	236	307	162	3.898	3.133	31	2.409	2.851	1	90	53	0	21	17	Brandenburg
0	55	43	62	781	473	0	137	307	1	30	20	0	16	10	Bremen
3	137	161	57	1.425	1.159	9	675	737	1	120	112	0	15	12	Hamburg
4	319	312	160	1.724	1.388	38	1.765	2.015	2	234	184	0	30	30	Hessen
3	198	220	90	4.182	2.402	36	2.613	2.887	2	267	164	0	80	53	Mecklenburg-Vorpommern
8	663	673	351	6.248	5.200	29	2.486	3.282	4	244	172	0	101	96	Niedersachsen
12	1.110	1.041	682	7.922	4.598	71	4.848	5.816	10	888	610	1	237	197	Nordrhein-Westfalen
2	383	360	188	3.938	3.201	17	1.989	2.732	2	197	142	0	60	44	Rheinland-Pfalz
3	102	101	43	622	412	5	291	512	0	43	22	0	4	1	Saarland
4	677	808	215	11.203	6.082	40	5.512	7.773	5	371	239	1	89	122	Sachsen
0	397	500	0	3.066	2.537	0	3.014	3.537	0	152	104	0	32	45	Sachsen-Anhalt
0	222	251	0	1.325	1.688	0	656	815	0	55	40	0	10	3	Schleswig-Holstein
0	479	529	1	6.787	2.247	0	2.879	3.261	0	76	48	0	16	25	Thüringen
54	6.156	6.572	2.700	63.602	41.714	345	37.550	46.092	39	4.593	3.215	2	918	884	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.	53.	1.-53.	1.-52.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
4	67	75	0	16	32	10	784	903	Baden-Württemberg	
0	81	100	1	17	45	20	941	1.012	Bayern	
0	18	26	0	11	2	0	372	369	Berlin	
0	13	32	0	2	6	0	138	198	Brandenburg	
0	4	8	0	0	34	0	70	74	Bremen	
0	10	18	0	2	5	2	210	216	Hamburg	
0	38	39	3	21	17	6	566	626	Hessen	
0	21	30	0	1	7	1	119	155	Mecklenburg-Vorpommern	
1	48	60	0	10	241	13	484	565	Niedersachsen	
6	169	202	0	28	306	13	1.720	1.796	Nordrhein-Westfalen	
0	26	40	0	5	40	6	292	366	Rheinland-Pfalz	
0	6	16	0	1	1	0	106	110	Saarland	
0	26	35	0	2	2	3	248	267	Sachsen	
0	28	41	0	2	8	0	198	231	Sachsen-Anhalt	
0	15	17	0	5	25	0	158	153	Schleswig-Holstein	
0	26	33	0	1	6	0	135	142	Thüringen	
11	596	772	4	124	777	74	6.541	7.183	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. 19.1.2005 (53. Woche 2004)

Krankheit	53. Woche 2004	1.–53. Woche 2004	1.–52. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	624	397	397
Brucellose	1	32	27	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	68	76	76
Dengue-Fieber	1	118	128	128
FSME	1	265	276	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	52	82	82
Hantavirus-Erkrankung	0	231	144	144
Influenza	18	3.484	8.481	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	66	77	77
Legionellose	2	466	395	395
Leptospirose	1	53	37	37
Listeriose	3	288	255	255
Ornithose	0	13	41	41
Paratyphus	0	100	73	73
Q-Fieber	0	110	386	386
Trichinellose	0	5	3	3
Tularämie	0	3	3	3
Typhus abdominalis	0	82	66	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Hinweise zur aktuellen ARE/Influenza-Situation

In der 2. Kalenderwoche 2005 war die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) rückläufig. Lediglich in zwei AGI-Regionen (Sachsen und Schleswig-Holstein/Hamburg) war sie noch gering erhöht. Im NRZ in Berlin wurden in der vergangenen Woche insgesamt neun Influenza-A(H₃N₂)-Viren mittels PCR nachgewiesen. Auf dem Meldeweg wurden für die 2. KW bisher 25 Influenza-Nachweise übermittelt, 11 Nachweise mit PCR, darunter sieben nicht subtypisierte Influenza-A-Viren, drei Influenza-A(H₃N₂)-Viren und ein Influenza-B-Virus.

Die Konsultations-Inzidenzen für Deutschland finden sich auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Quelle: Wochenbericht für die 2. Woche 2005 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) und dem NRZ für Influenza am 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, 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.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@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