



Epidemiologisches Bulletin

13. April 2006 / Nr. 15

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Epidemiologie der Fuchsbandwurmerkrankungen in Deutschland – Daten des Echinokokkose Registers

Gemäß §7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der labordiagnostische Nachweis einer Echinokokkose nichtnamentlich direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Als Fälle werden nur Erkrankungen ausgewiesen, die zusätzlich zum serologischen Nachweis durch bildgebende Verfahren oder histologisch bestätigt sind. Auch ohne serologischen Nachweis sind zudem eindeutige Befunde meldpflichtig, die mit Ultraschall oder anderen bildgebenden Verfahren erhoben werden, wie auch positive histo-pathologische Befunde. Zur Epidemiologie der alveolären Echinokokkose, der Fuchsbandwurmerkrankung, die durch Infektionen mit *Echinococcus multilocularis* hervorgerufen wird, ist neben den Meldedaten das Echinokokkose Register für Deutschland eine wichtige Datenquelle. Es ist Teil des Europäischen Echinokokkose Registers.

Europäisches Echinokokkose Register

Das Europäische Echinokokkose Register wurde im Jahr 1998 mit nationalen Zentren in 14 Ländern eingerichtet und dokumentiert alle verifizierten Erkrankungen mit **alveolärer Echinokokkose**. Das Projekt wurde von der DGV der Europäischen Kommission initiiert, unter Mitarbeit der Arbeitsgemeinschaft Echinokokkose der Paul-Ehrlich-Gesellschaft. Es wird von Experten an der Universität Ulm koordiniert. Die Meldungen geschehen auf freiwilliger Basis und kommen von den behandelnden Ärzten und von den Patienten selbst, sowohl fortlaufend als auch retrospektiv. Sie erfolgen in der Regel erst dann, wenn nach einem längeren Validierungsprozess, in den Haus- und Klinikärzte, Allgemeinmediziner und Spezialisten einbezogen sind, die Diagnose gesichert ist. Dies kann in einzelnen Fällen mehrere Monate dauern. Insbesondere die Differenzierung zwischen den *Echinococcus*-Arten kann schwierig sein.

In Deutschland wurde die Einrichtung des Registers auf Tagungen, in medizinischen und epidemiologischen Zeitschriften und im Internet bekannt gemacht. Ferner wurden die Krankenhäuser in den bekannten Endemiegebieten in Süddeutschland angeschrieben. Der kurze Erhebungsbogen ist über das Internet verfügbar (<http://www.uni-ulm.de/echinokokkose>). Er besteht aus zwei Teilen: den klinischen Teil beantwortet der Arzt mit Angaben zu Diagnostik, Organbefall und durchgeführter Therapie; im epidemiologischen Teil gibt der Patient Auskunft zu Wohnorten, Haltung von Haustieren und ausgeübtem Beruf.

Zahl der Meldungen in Deutschland

Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung verlief die Erhebung zunächst schleppend, insbesondere war das Auffinden der retrospektiven Fälle schwierig. Für den Zeitraum bis zum Jahr 1993 wurden maximal 5 Fälle pro Jahr, bis 1999 maximal 11 Fälle gemeldet. Ein Jahr vor Einführung der Meldepflicht gemäß §7 Abs. 3 IfSG stieg die Zahl der Meldungen deutlich an und liegt seither bei durchschnittlich 17 Fällen. Mit geringen Abweichungen entsprechen diese freiwilligen Meldungen den Zahlen, die auf dem Meldeweg nach IfSG erhoben werden, daher wird seitens der Betreiber des Registers vermutet, dass diese der tatsächlichen Inzidenz nahe kommen. Bis Ende des Jahres 2004 wurden im Register 211 Patienten erfasst (siehe auch Abbildung 1). Bei 203 Erkrankungsfällen handelte es sich vermutlich um autochthon erworbene Infektionen, die

Diese Woche

15/2006

Alveoläre Echinokokkose:

Daten des Europäischen Registers für Deutschland

Veranstaltungshinweise:

- ▶ Symposium zum 10-jährigen Bestehen des Field Epidemiology Training Programme am Robert Koch-Institut
- ▶ Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin

Publikationshinweise:

- ▶ Neu erschienener GBE-Beitrag „Telefonischer Gesundheits-survey des RKI (2. Welle)“
- ▶ Aktualisierte Karte der FSME-Risikogebiete in Deutschland erscheint in Kürze

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

12. Woche 2006

(Stand: 12. April 2006)

ARE/Influenza:

Zur aktuellen Situation

Aviäre Influenza:

Aktuelle Zahlen der

Erkrankungen beim Menschen



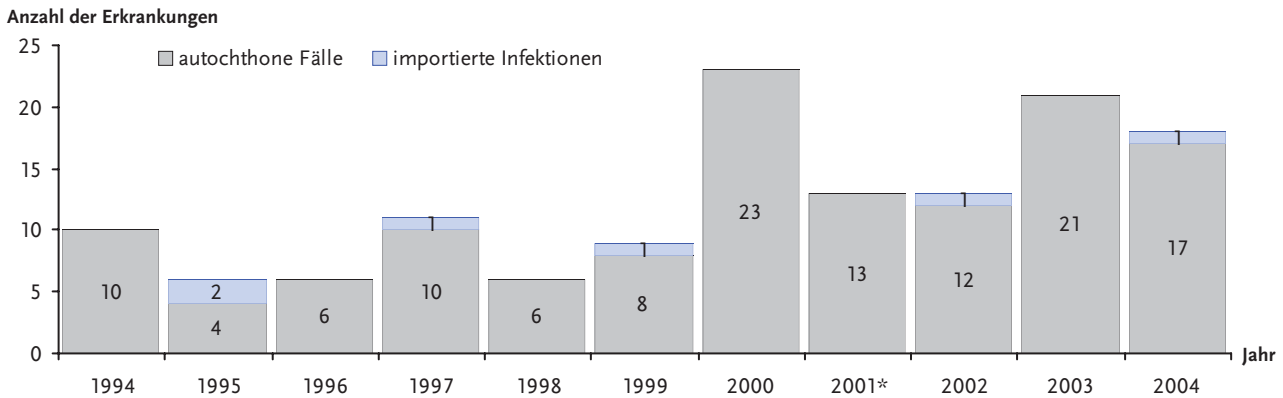


Abb. 1: Neuerkrankungen an alveolärer Echinokokkose in Deutschland nach Diagnosejahr. Freiwillige Meldungen an das Europäische Echinokokkose Register in Ulm, Daten ab 1994 (n=135)

* Beginn der gesetzlichen Meldepflicht. Quelle: Europäisches Echinokokkose Register

importierten Fälle kamen aus der Türkei, Kasachstan und Südrussland. Die am längsten bekannte Diagnose stammt aus dem Jahr 1962. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen, der Altersmedian liegt bei 51 Jahren (Spannweite 7–82 Jahre).

Wahrscheinlicher Infektionsort

Um eine Aussage zum wahrscheinlichen Infektionsort treffen zu können, werden im Register alle bisherigen Wohnorte der Patienten vor Diagnosestellung erfasst, soweit möglich lückenlos. Als Infektionsort wird derzeit der Ort mit der längsten Wohndauer innerhalb der 10 Jahre vor Diagnose definiert. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass eine lang andauernde Exposition gegenüber infektiösen Eiern notwendig ist, bis es zu einer manifesten Erkrankung kommt. Daher werden zum Beispiel Reisen in bekannte Endemiegebiete nicht erfasst. Es zeigt sich dabei eine **regionale Häufung der Erkrankung**: Von den 203 autochthonen Erkrankungsfällen stammt die Mehrzahl (60–65%) aus den lange bekannten Endemiegebieten der Schwäbischen Alb, Alb-Donau-Region, aus Oberschwaben und dem Allgäu. In den übrigen Regionen von Baden-Württemberg und Bayern sowie in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Berlin tritt die alveoläre Echinokokkose nur sporadisch und an unterschiedlichen Orten auf, das heißt, es finden sich bis jetzt nur Einzelfälle im Abstand von mehreren Jahren.

Organbefall

Die Larve von *Echinococcus multilocularis* kann potenziell in jedes Gewebe einwachsen, zum Beispiel auch in Knochen. Zum Zeitpunkt der Ersteinjektion war bei über 59% der Patienten nur die Leber befallen, 40% hatten neben einem ausgedehnten Leberbefall bereits einen Befall benachbarter Gewebe oder sogar entfernter Organe. Die häufigsten Befunde waren dabei der Befall entlang der Lebervenen und Gallengänge und das Einwachsen in Zwerchfell und Lunge. Der überraschend hohe Anteil extrahepatischer Befunde ist wohl auf die sorgfältige Diagnostik (Ultraschall, CT, MRT) zurückzuführen, mit der heute bereits

kleinste Läsionen entdeckt werden können. Nur bei weniger als 1% der Patienten kam es zu einem primär extrahepatischen Befall.

Therapie

Zum Zeitpunkt der Diagnose können je nach Ausdehnung des Parasitenbefalls unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung vorliegen. Der anatomische Befund wird nach einem standardisierten Verfahren, der **WHO Klassifikation PNM**: Befall der Leber (P), der Nachbarorgane (N), Vorliegen von Metastasen (M) beschrieben¹ und bestimmt das therapeutische Vorgehen. Nach Maßgabe der WHO-Empfehlungen² werden kurativ resezierbare Läsionen entfernt und über mindestens zwei Jahre eine Benzimidazoltherapie durchgeführt. Dies ist nach zahlreichen Studien nur bei 20–30% der Patienten möglich. Für die Mehrzahl der Patienten ist daher die lebenslange medikamentöse Behandlung mit Benzimidazolen (Mebendazol, Albendazol), die das Wachstum der Larve allerdings nur hemmen kann, Therapie der Wahl.^{3–5} Alle Patienten sind auf mindestens jährliche Kontrolluntersuchungen angewiesen, in denen der aktuelle Krankheitsstatus, insbesondere mögliche Progressionen oder Komplikationen festgestellt werden und das weitere therapeutische Vorgehen abgestimmt wird. Für eine optimale Versorgung sollte dies in Abstimmung mit ausgewiesenen Spezialisten geschehen. Die Behandlungserfolge bei dieser Krankheit, die unbehandelt tödlich verläuft, haben sich deutlich verbessert; so sind die 5-Jahres-Überlebensraten bei Patienten seit Einführung der Benzimidazole auf 88% gestiegen.³

Expositionsrisiko

Um den Zusammenhang zwischen möglicher Exposition mit dem infektiösen Agens bei beruflichen Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten und dem Erkrankungsrisiko zu untersuchen, wurde im Jahr 2000 eine **Fall-Kontroll-Studie** mit 40 Patienten und 120 bezüglich Alter und Wohnort gemachten Kontrollpersonen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass das Odds zu erkranken deutlich höher ist bei Personen, die in der Landwirtschaft tätig sind oder Umgang mit Hunden haben. Bei fraglich Risiko behafteten

Situation in anderen europäischen Ländern

Außer in Deutschland tritt die alveoläre Echinokokkose autochthon regelmäßig in **Frankreich**, der **Schweiz**, **Österreich**, **Litauen**, **Polen** und der **Türkei** auf. Sporadische Fälle kommen in **Belgien**, der **Slowakei**, **Griechenland** und vermutlich auch den **Niederlanden** vor.⁷ Bisher werden in den klassischen Endemiegebieten in West- und Zentraleuropa jährlich bis zu 60 Neuerkrankungen gemeldet. Die tatsächliche Inzidenz könnte jedoch höher liegen: wie sich in Deutschland gezeigt hat, steigt die Zahl der freiwilligen Meldungen mit Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht; diese besteht bislang nur in Österreich und Polen.

Aktivitäten im Freien wie Beeren- oder Pilze sammeln und deren Verzehr, fand sich in dieser Studie kein solcher Zusammenhang.⁶

Schlussfolgerung

Mit jährlich zwischen 13 und 23 Neuerkrankungen gehört die alveoläre Echinokokkose zu den seltenen Krankheiten in Deutschland. Dem minimalen Infektionsrisiko auf Bevölkerungsebene stehen eine hohe Morbidität, zeit- und ressourcenaufwendige Behandlung und eine hohe psychische Belastung der Betroffenen gegenüber. Idealerweise sollte die Diagnose – auch im Hinblick auf den unbehandelt tödlichen Verlauf – möglichst früh gestellt werden, die Technologie dazu ist generell verfügbar. Aber da das Larvenwachstum nicht immer Symptome verursacht und diese bei erstem Auftreten nur unspezifisch sind, vergeht bei einzelnen Patienten mitunter viel Zeit bis zur endgültigen Diagnose.

Mit der Einführung der Meldepflicht gemäß IfSG stieg die Zahl der freiwilligen Meldungen in Deutschland erfreulich an. Ärzte und Patienten sollen nun an dieser Stelle

ermuntert werden, auch weiterhin bekannt gewordene Erkrankungsfälle an das Register zu melden. Ärzte sollten diese zudem auf dem dafür vorgesehenen gesetzlichen Weg gemäß §7 Abs. 3 IfSG an das Robert Koch-Institut melden.

Dank für diesen Beitrag gilt Frau Dr. Petra Kern, Europäisches Echinokokkose Register, Abt. Biometrie und Med. Dokumentation, Universität Ulm (E-Mail: petra.kern@uni-ulm.de).

Besonderer Dank gilt zudem den meldenden Kollegen und Patienten, die auf diesem Weg einen wichtigen Beitrag zur Surveillance der alveolären Echinokokkose geleistet haben.

Literatur

1. Kern P, Wen H, Sato N, Vuitton DA, Gruener B, Shao Y, et al.: WHO classification of alveolar echinococcosis: Principles and application. *Parasitol Int* 55 (2006): S283–S287
2. WHO-Arbeitsgruppe zur Echinokokkose: Richtlinien zur Behandlung der zystischen und alveolären Echinokokkose beim Menschen. *Chemotherapy Journal* 3 (1997): 111–119
3. Bresson-Hadni S, Vuitton DA, Bartholomot B, Heyd B, Godart D, Meyer JP et al.: A twenty-year history of alveolar echinococcosis: analysis of a series of 117 patients from eastern France. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 12 (2000): 327–336
4. Reuter S, Jensen B, Buttenschön K, Kratzer W, Kern P: Benzimidazoles in the treatment of alveolar echinococcosis: a comparative study and review of the literature. *J Antimicrob Chemother* 46 (2000): 451–456
5. Kadry Z, Renner EC, Bachmann LM, Attigah N, Renner EL, Ammann RW et al.: Evaluation of treatment and long-term follow-up in patients with hepatic alveolar echinococcosis. *Br J Surg* 92 (2005): 1110–1116
6. Kern P, Ammon A, Kron M, Sinn G, Sander S, Petersen LR et al.: Risk factors for alveolar echinococcosis in humans. *Emerg Infect Dis* 10 (2004): 2088–2093
7. Kern P, Bardonnat K, Renner E, Auer H, Pawlowski Z, Ammann RW et al.: European echinococcosis registry: human alveolar echinococcosis, Europe, 1982–2000. *Emerg Infect Dis* 9 (2003): 343–349
8. RKI: RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte „Echinokokkose“ (<http://www.rki.de> > Infektionskrankheiten A-Z > Echinokokkose)

Hinweise auf Veranstaltungen

Von „A“ wie Ausbruchsuntersuchung bis „Z“ wie Zoonose – 10 Jahre Angewandte Infektionsepidemiologische Ausbildung am Robert Koch-Institut

Termin: 3. Mai 2006, 10.30–16.30 Uhr

Veranstaltungsort: Hörsaal des Robert Koch-Instituts, Nordufer 20, 13353 Berlin

Themen: Aktivitäten im Rahmen des FETP: Ausbruchsuntersuchungen, Surveillance, Forschung, Mission; ehemalige FETPs stellen ihre jetzigen Arbeitsgebiete vor, Podiumsdiskussion

Organisation: Robert Koch-Institut, Frau Dr. Doris Radun, E-Mail: RadunD@rki.de

30. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)

Termin: 29. Mai bis 1. Juni 2006

Veranstaltungsort: Design Center, Linz, Österreich

Themen: Medizinische Mikrobiologie, Krankenhaushygiene, Virologie, Mykologie, Parasitologie, Umwelthygiene, Arbeitsmedizin, Wasserhygiene, Lebensmittelhygiene, Spezifische Prophylaxe, Reisemedizin

Wiss. Organisation: Univ.-Prof. Dr. G. Stanek, Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. R. Sommer

Information: Ärztezentrale Med.Info, Hellersdorfer. 4, A-1014 Wien, Österreich, Tel.: (+43/1) 531 16 - 38 & - 41, Fax: (+43/1) 531 16 - 61, E-Mail: azmedinfo@media.co.at

Hinweise auf Publikationen

Beitrag der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

„Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI (2. Welle) Deskriptiver Ergebnisbericht“

Seit 2002 führt das RKI bundesweite telefonische Erhebungen zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch. Zielsetzung ist die Bereitstellung aktueller Daten für Politik und Wissenschaft bezüglich der Verbreitung ausgewählter Erkrankungen, vorzugsweise mit Bezug zu chronischen Verlaufsformen sowie die Erhebung ausgewählter Risikofaktoren und die Bereitstellung von Daten über das gesundheitsbezogene Verhalten in der bundesdeutschen Bevölkerung.

Die GBE-Berichte können kostenlos schriftlich beim Robert Koch-Institut, GBE, Postfach 650261, 13302 Berlin, oder per E-Mail unter gbe@rki.de bestellt werden. Außerdem ist der Abruf auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts möglich unter: <http://www.rki.de> > Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie > Gesundheitsberichterstattung.

Aktualisierte Karte der FSME-Risikogebiete in Deutschland für das Jahr 2006 erscheint in Kürze

Die Veröffentlichung der aktualisierten Karte der FSME-Risikogebiete in Deutschland ist für die Ausgabe 17/2006 des *Epidemiologischen Bulletin* geplant. Sie ersetzt die Karte aus dem Jahr 2005 und wird nach der Veröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin* auch über Faxabruf (Polling) unter 01888.754–2265 und über die RKI-Internetseiten abrufbar sein unter <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 12.4.2006 (12. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten															
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darm-pathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose			
	12.	1.-12.	1.-12.	12.	1.-12.	1.-12.	12.	1.-12.	1.-12.	12.	1.-12.	1.-12.	12.	1.-12.	1.-12.	
	2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	93	871	891	2	17	23	3	51	41	44	632	663	4	20	21	
Bayern	72	925	947	1	30	47	13	176	151	84	787	781	3	31	36	
Berlin	19	331	483	0	2	12	2	23	47	19	233	237	0	10	26	
Brandenburg	14	275	355	2	14	5	11	68	49	24	267	285	1	3	7	
Bremen	4	46	121	0	0	0	2	11	3	2	39	38	0	1	0	
Hamburg	16	295	399	1	3	4	0	6	4	8	97	99	0	7	4	
Hessen	29	545	535	1	3	2	4	33	27	31	408	459	0	7	13	
Mecklenburg-Vorpommern	9	268	245	0	1	0	6	86	58	7	167	130	1	3	1	
Niedersachsen	45	678	880	4	18	23	2	58	30	46	602	648	0	3	4	
Nordrhein-Westfalen	136	2.440	2.665	2	50	34	25	307	249	117	1.300	1.439	1	10	9	
Rheinland-Pfalz	28	481	491	0	7	10	6	63	45	44	436	384	0	3	5	
Saarland	6	180	165	1	2	2	0	10	6	3	90	116	0	1	1	
Sachsen	50	722	841	1	11	13	18	197	168	41	429	574	1	7	24	
Sachsen-Anhalt	26	256	267	1	6	9	17	128	153	34	319	352	3	4	3	
Schleswig-Holstein	16	367	424	1	10	9	1	14	32	12	150	194	0	0	3	
Thüringen	27	266	314	0	1	3	6	81	85	25	290	336	1	5	8	
Deutschland	590	8.946	10.023	17	175	196	116	1.312	1.148	541	6.246	6.735	15	115	165	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	12.	1.-12.	1.-12.	12.	1.-12.	1.-12.	12.	1.-12.	1.-12.			
	2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	0	25	22	5	26	36	28	335	281			
Bayern	3	38	31	3	26	40	31	348	427			
Berlin	2	15	30	1	10	13	16	231	235			
Brandenburg	0	5	6	1	5	0	2	26	22			
Bremen	0	5	4	0	1	3	1	5	7			
Hamburg	0	3	8	0	10	4	1	18	14			
Hessen	2	36	45	1	20	23	8	103	127			
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	1	4	5	2	28	22			
Niedersachsen	4	22	28	4	21	24	11	142	176			
Nordrhein-Westfalen	7	45	77	3	70	62	23	275	321			
Rheinland-Pfalz	2	23	15	0	15	29	12	102	166			
Saarland	0	3	1	0	4	3	1	12	8			
Sachsen	0	7	7	1	12	6	7	58	49			
Sachsen-Anhalt	0	3	4	1	4	16	5	46	40			
Schleswig-Holstein	0	7	15	2	11	4	5	68	60			
Thüringen	0	5	7	0	15	9	2	48	29			
Deutschland	20	246	303	23	254	277	155	1.845	1.984			

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. 12.4.2006 (12. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
4	56	75	324	3.001	2.810	299	2.143	1.042	14	146	144	0	16	14	Baden-Württemberg
11	123	123	132	2.022	2.576	510	3.923	2.108	14	120	212	1	13	7	Bayern
3	34	33	99	1.314	2.343	101	1.484	1.557	5	67	71	2	11	11	Berlin
1	37	48	73	1.247	2.656	334	2.839	2.195	1	12	25	0	4	9	Brandenburg
0	4	9	5	223	333	31	195	110	2	8	13	0	3	3	Bremen
0	16	22	198	1.065	604	67	903	557	2	17	27	0	1	2	Hamburg
3	57	49	15	859	1.878	126	1.424	1.110	4	56	59	0	2	2	Hessen
2	40	31	55	991	1.970	251	1.842	1.672	1	37	69	1	17	25	Mecklenburg-Vorpommern
14	102	116	135	2.155	3.786	462	2.806	1.372	4	42	70	2	17	15	Niedersachsen
7	162	201	181	3.553	6.599	567	5.603	3.492	5	138	217	0	23	21	Nordrhein-Westfalen
2	46	77	43	901	2.334	208	1.451	904	2	57	33	1	5	3	Rheinland-Pfalz
1	22	25	3	39	552	34	280	191	0	8	9	0	1	1	Saarland
9	131	185	238	3.118	4.345	717	4.337	4.919	2	47	130	2	19	40	Sachsen
6	82	76	40	1.162	1.308	290	2.025	3.170	3	24	52	2	6	10	Sachsen-Anhalt
3	49	42	93	630	709	80	656	441	1	19	11	0	2	0	Schleswig-Holstein
7	95	95	150	1.930	2.013	273	2.187	1.458	0	17	32	2	6	5	Thüringen
73	1.056	1.207	1.784	24.210	36.816	4.350	34.098	26.298	60	815	1.174	13	146	168	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
2	15	21	4	74	8	5	128	168	Baden-Württemberg	
6	38	37	2	26	22	15	165	230	Bayern	
0	9	10	2	4	4	6	82	83	Berlin	
1	4	9	0	1	1	2	20	50	Brandenburg	
1	2	1	0	0	0	0	22	16	Bremen	
0	1	2	0	6	1	2	43	28	Hamburg	
0	8	13	11	31	180	9	104	136	Hessen	
0	3	6	0	0	1	4	27	39	Mecklenburg-Vorpommern	
2	16	24	0	5	3	8	96	102	Niedersachsen	
7	58	55	102	321	13	28	313	350	Nordrhein-Westfalen	
0	5	8	2	6	4	7	41	79	Rheinland-Pfalz	
1	1	5	0	0	0	1	21	25	Saarland	
1	7	6	0	0	4	4	35	54	Sachsen	
0	5	5	0	1	0	3	26	49	Sachsen-Anhalt	
1	5	5	3	5	2	1	28	29	Schleswig-Holstein	
0	4	19	0	0	0	1	36	34	Thüringen	
22	181	226	126	480	243	96	1.187	1.472	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 (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 12.4.2006 (12. Woche 2006)

Krankheit	12. Woche 2006	1.–12. Woche 2006	1.–12. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	96	38	138
Brucellose	0	5	7	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	11	15	88
Dengue-Fieber	3	33	22	144
FSME	0	1	3	433
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	4	18	79
Hantavirus-Erkrankung	2	11	73	448
Influenza	531	1.493	11.632	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	29	24	70
Legionellose	5	95	95	555
Leptospirose	0	11	7	58
Listeriose	3	99	72	510
Ornithose	0	3	4	33
Paratyphus	3	7	10	56
Q-Fieber	2	16	16	416
Trichinellose	3	5	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	3	15	20	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:**

Nordrhein-Westfalen, 63 Jahre, weiblich (Infektionsland Mauritius)
(8. Chikungunya-Fall 2006)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza**

Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen ist in **Deutschland** gegenüber der Vorwoche bundesweit wieder deutlich unter die Hintergrundaktivität gesunken. Lokal fokussierte Influenza-Aktivitäten können aber weiterhin auftreten.

In der vergangenen Woche wurden im NRZ am RKI aus Sentinelproben 60 (90%) Influenza B-Viren, sechs (9%) Influenza A/H3N2-Viren und ein (1%) H1N1-Virus durch PCR nachgewiesen. Die Positivenrate lag bei 45%.

In **Europa** bleibt die Influenza-Aktivität moderat.

Aviäre Influenza beim Menschen:

Die WHO weist als kumulative Anzahl der labordiagnostisch bestätigten A/H5N1-Infektionen beim Menschen seit Dezember 2003 insgesamt 193 Krankheitsfälle aus, darunter 109 Todesfälle (Stand 11.4.2006).

Quellen: Influenza-Wochenbericht für die 14. Woche 2006 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI (<http://influenza.rki.de/>), dem 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.: 030 18.754-0
Fax: 030 18.754-2628
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.: 030 18.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 030 18.754-2455
Fax.: 030 18.754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

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-Abruffunktion** (Polling) unter 030 18.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

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