



Epidemiologisches Bulletin

5. April 2007 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ein möglicher Vektor: Auwaldzecke – *Dermacentor reticulatus*

Beobachtungen aus Brandenburg

Unter den einheimischen Zecken verdient neben *Ixodes ricinus* auch die Auwaldzecke *Dermacentor (D.) reticulatus* vor allem als potenzieller Vektor für humanpathogene Krankheitserreger Beachtung. Sie ist ursprünglich nach Deutschland importiert worden, jetzt hier dauerhaft heimisch geworden und breitet sich offensichtlich weiter aus. Wirtstiere sind Kleinnager, Hasen, Wildschweine, aber auch Hunde.

Die adulte weibliche Auwaldzecke ist mit 3–5 mm ca. dreimal so groß wie ein Weibchen von *Ixodes ricinus*, vollgesogene Weibchen erreichen eine Länge bis etwa 20 mm. Das Rückenschild der weiblichen Zecken ist hell mit einer braunen streifigen Tüpfelung. Das männliche Tier wird wie bei *Ixodes ricinus* komplett von einem Rückenschild aber mit blaugrauer Zeichnung bedeckt. Diese Färbung führte auch zum Beinamen „Buntzecke“.

Die Auwaldzecke unterscheidet sich in ihrem Wirtsfindungsverhalten von *Ixodes ricinus*; der „Holzbock“ ist bei der Beutesuche passiv und lässt sich nach Ortung eines potenziellen Wirtes mit dem Hallerschen Organ nur beim direkten Kontakt abstreifen. Die Auwaldzecke ist im Gegensatz dazu auch auf aktiver Beutesuche. Förster beobachteten, dass sich Weibchen von *D. reticulatus* in einem Umkreis von etwa einem Meter aktiv auf sie zu bewegten, um zu stehen. Dieses Verhalten von „Laufzecken“, wenn auch viel ausgeprägter, findet sich auch bei anderen, meist tropischen Schildzecken, wie z. B. *Amblyomma* oder *Hyalomma spec.*



Abb. 1: *Dermacentor reticulatus*, adult, weiblich, ungesogen (Foto: Talaska 2006)

Diese Woche

14/2007

Dermacentor reticulatus:

Auwaldzecke – Vorkommen und Bedeutung als potenzieller Vektor für verschiedene Erreger

Infektionsepidemiologisches Jahrbuch des RKI:

Umfrage zur Beurteilung

Hantavirus-Erkrankungen:

Deutliche Zunahme zu Beginn des Jahres 2007 in Süddeutschland

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

Verletzungen und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen – erste Ergebnisse des Survey KiGGS

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ **Monatsstatistik**
nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen
Januar 2007
(Stand: 1. April 2007)
- ▶ **Jahresstatistik 2006**
(Stand: 1. März 2007)
- ▶ **Aktuelle Statistik**
11. Woche 2007
(Stand: 4. April 2007)

ARE/Influenza:

Zur aktuellen Situation



Dermacentor reticulatus ist nach Untersuchungsergebnissen in südeuropäischen und osteuropäischen Ländern bekannt als Vektor für verschiedene Krankheitserreger. FSME-Viren und Borrelien spielen dabei nur eine untergeordnete Rolle. Wesentlich bedeutsamer sind *Francisella tularensis*, *Coxiella burnetii*, Rickettsien der Fleckfieber-Gruppe (*R. conorii*, *R. slovaca*, *R. helvetica*), aber auch das in Sibirien endemische Virus des Omsker Hämorrhagischen Fiebers. Bedeutung erlangt *Dermacentor reticulatus* auch als Überträger von *Babesia canis*, dem Erreger der für Hunde sehr gefährlichen Hundebabesiose. Diese in Deutschland früher nicht endemische Infektion hat hier in jüngster Zeit zugenommen.

Neben ihrem seit längerem gesicherten Vorkommen in Süddeutschland war die Auwaldzecke auch in Ostdeutschland schon vor etwa 35 Jahren vereinzelt im Raum Leipzig beobachtet worden, galt damals jedoch als durch Zugvögel importierte Rarität.

Daten zur Verbreitung von *D. reticulatus* wurden in jüngster Zeit durch eine veterinärmedizinische Studie gewonnen: In einem deutschlandweiten Aufruf waren Ende 2004 Hundehalter und Tierärzte gebeten worden, Zecken einzusenden, um diese auf *Babesia canis* untersuchen zu können (Dr. Torsten Naucke, Niederkassel, und Team, Parasitus Ex e.V.). Zum Nachweis der für Hunde tödlichen *Babesia-canis*-Infektion wurden dadurch seit 2005 etwa 1.600 *Dermacentor-reticulatus*-Zecken eingeschickt und mikrobiologisch untersucht; die Fundorte wurden kartiert. Diese Daten belegen, dass es in den letzten Jahren offensichtlich zu einer deutlichen Ausbreitung in vielen Regionen Deutschlands gekommen ist, besonders zu beachten ist der Trend der Ausbreitung vom Süden in den Norden. Gehäufte Zusendungen kamen aus dem Raum Berlin, Magdeburg, Leipzig, Frankfurt am Main, Tübingen, vereinzelt Zecken wurden aus dem südlichen Rheingraben, Bonn, dem Saarland und dem Ruhrgebiet eingeschickt. (Zu berücksichtigen ist, dass diese Daten stark vom Einsendeverhalten bestimmt sind.)

Beobachtungen aus Brandenburg

Im Land Brandenburg wurden seit Juli 2006 an verschiedenen Orten im südöstlichen Umfeld von Berlin durch praktizierende Ärzte insgesamt vier Zeckenstiche durch *Dermacentor reticulatus* erfasst. Dies sind offenbar die ersten dokumentierten Zeckenstiche beim Menschen durch die Auwaldzecke in Deutschland.

In einem dieser Fälle war Ende September 2006 eine Försterin aus Königs Wusterhausen in die Hand gestochen worden, was im Verlauf zu erheblichen Beschwerden führte. Die Frau war bei einbrechender Dunkelheit in einem Waldgebiet auf der Jagd gewesen und hatte zunächst nichts bemerkt. Am nächsten Morgen stellte sie eine Zecke an der rechten Hand zwischen dem 4. und 5. Finger fest, die sie gestochen, aber nicht gesogen hatte (Abbildung 1 zeigt die entfernte Zecke). Um die Einstichstelle hatten sich eine

Schwellung und oberflächliches Taubheitsgefühl entwickelt, in der Umgebung trat ein brennender tiefer Schmerz auf. Nach der Entfernung der Zecke verblieb aufgrund der großen Mundwerkzeuge an der Einstichstelle ein deutliches Gewebsdefizit. Die Wunde heilte komplikationslos, in der Folge wurden keine gesundheitlichen Störungen beobachtet.

Es wird angenommen, dass die Symptome nicht von Infektionserregern, sondern durch mögliche Toxine hervorgerufen worden sind. Bekannt ist, dass beispielsweise amerikanische *Dermacentor*-Arten in den Speicheldrüsen Neurotoxine bilden können.

Im Zusammenhang mit diesem Ereignis berichteten Förster aus der Region, dass es im Jahr 2006 zu einer deutlichen Vermehrung der Auwaldzecke mit Etablierung und Ausbreitung stabiler Populationen in ihrem Verantwortungsbereich gekommen wäre. Diskutiert wurde, dass Wildschweine mit ihrem großen Aktionsradius an der Ausbreitung beteiligt sein könnten und dass der allmähliche Wandel des Klimas sowie der Waldumbau mit Veränderungen der Biotopstruktur eine Rolle spielen könnten. Die kälteliebenden Auwaldzecken waren aufgrund der Witterungsverhältnisse noch im Februar 2007 aktiv.

Schlussfolgerungen

Dermacentor reticulatus ist offenbar ein fester Bestandteil der Zeckenfauna auch im Nordosten Deutschlands geworden und zeigt gegenwärtig eine zunehmende Ausbreitungstendenz. Diese Zecken-Spezies ist sehr aktiv und nutzt erwiesenermaßen auch den Menschen als Wirt. Daraus könnte sich die Möglichkeit ergeben, dass seltene oder bisher noch nie beobachtete Infektionen übertragen werden.

Ob die in Deutschland etablierten *Dermacentor-reticulatus*-Populationen schon aus Untersuchungen im Ausland bekannte Erreger importiert oder akquiriert haben, ist noch ungeklärt (erste, noch unveröffentlichte Befunde in mindestens zwei Instituten sprechen dafür). Für die Risikoeinschätzung sind weitere Feldstudien an Zecken erforderlich (zu Verbreitung, Lebensweise, beherbergten Krankheitserregern und ggf. vermittelten Toxinen), diese sind in verschiedenen Instituten angelaufen bzw. vorgesehen.

Behandelnde Ärzte sollten bei Erkrankungen nach Stichen durch „ungewöhnliche Zecken“ auch „ungewöhnliche“ Infektionen und/oder Toxikosen differenzialdiagnostisch erwägen und ggf. eine entsprechende Labordiagnostik veranlassen. Bei unklaren fieberhaften Erkrankungen wäre beim Erheben der Anamnese u. U. auch an Zeckenstiche zu denken.

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. Thomas Talaska, Praxis für Mikrobiologie und Regionales Konsiliarlaboratorium für durch Zecken übertragene Krankheiten, Groß Lindow (E-Mail: Thomas.Talaska@t-online.de), PD Dr. Michael Faulde, Zentrales Institut des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Koblenz, und Frau Beate Dalitz, Oberförsterei Königs Wusterhausen.

Infektionsepidemiologisches Jahrbuch des RKI: Nutzersurvey zur Beurteilung

Eine Umfrage unter Lesern des Jahrbuches

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) zur Auswertung der im Rahmen der Meldepflicht erhobenen Daten verpflichtet. Ziel ist es, Infektionsgeschehen effizient zu erfassen und zu bewerten und Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen zu erarbeiten. Das System der Surveillance wurde so gestaltet, dass ein ausreichend schneller Überblick über die infektionsepidemiologische Situation und die Erkennung wichtiger Trends gewährleistet werden kann. Dafür wurden im RKI mehrere, einander ergänzende Formate etabliert: die Veröffentlichung der Wochen-, Monats- und Jahresstatistik im *Epidemiologischen Bulletin*, *SurvStat@RKI* als interaktives Abfrageprogramm der Meldedaten im Internet, ein jährlich erscheinendes *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten*, regelmäßig erscheinende Berichte zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten im *Epidemiologischen Bulletin* (s. dazu auch *Epid. Bull.* 13/2006 „Veröffentlichung der Meldedaten gemäß IfSG“) sowie Empfehlungen des RKI und Ratgeber für Ärzte, im Ausnahmefall auch für Betroffene.

Das Infektionsepidemiologische Jahrbuch

Das *Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten* wird, beginnend mit dem Jahr 2001, vom Robert-Koch-Institut jährlich im Mai/Juni herausgegeben. Im Jahrbuch werden die Meldedaten des jeweiligen Vorjahres mit Datenstand zum 1. März des Folgejahres veröffentlicht. Neben den statistischen Angaben enthält es auch Informationen zur Grundlage, Nutzung und Qualität der Daten. Zu den einzelnen Erkrankungen werden wichtige Aspekte wie z. B. Kurzbeschreibungen der jeweiligen Erkrankung/des Erregers, geographische und demographische Verteilungen, klinische Aspekte und anderes angeführt.

Das Jahrbuch wird unentgeltlich an alle mit Infektionskrankheiten befassten Landesbehörden (Landesministerien und Landesstellen) und bundesweit an alle Gesundheitsämter verschickt sowie an Institutionen oder Personen, die am Meldesystem beteiligt sind (Laboratorien, Kliniken, Arztpraxen etc.) oder anderweitig infektionsepidemiologische Daten nutzen bzw. an diesen interessiert sind (Universitäten, Medien, Politiker).

Zur Befragung: Nachdem das Jahrbuch im Jahr 2006 zum 5. Mal erschienen ist, sollte im Rahmen einer Qualitätskontrolle eine Bewertung des Jahrbuches durch seine Nutzer erfolgen. Ziel war es, Verbesserungsbedarf in inhaltlicher und formeller Gestaltung zu ermitteln. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt, der zusammen mit dem Jahrbuch für 2005 im Juni 2006 an alle Adressaten des Jahrbuches verschickt wurde. Es wurden 2.600 Fragebögen an externe Nutzer verschickt bzw. an RKI-interne Leser gegeben. Im RKI gingen insgesamt 342 ausgefüllte Fragebögen ein (Rücklauf: 13,2%), die in eine Datenbank eingegeben wurden. (Zwei Bögen mussten aus der Wertung genommen werden, da sie in mehreren Teilen unbeantwortete oder nur teilweise beantwortete Fragen enthielten.)

Ergebnisse: Die Auswertung der Fragebögen ergab eine insgesamt sehr positive Bewertung des Jahrbuches. Für viele abgefragte Punkte konnte kein Verbesserungsbedarf aufgezeigt werden, da sie von den Nutzern in der bestehenden Form als gut und angemessen bewertet wurden. Für einige Bereiche ergaben sich jedoch Wünsche und Vorschläge für Änderungen. Die wichtigsten Ergebnisse sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

► Die Ergebnisse der einzelnen Bewertungen der drei einleitenden Kapitel „Grundlagen, Qualität und Nutzung der Daten“ zeigten ein fast einheitliches Bild. Rund 16 %

(56/340) der Nutzer „überspringen“ diese Kapitel von vornherein. Von den restlichen 84 % haben jeweils zwei Drittel diese Kapitel in dieser oder in einer vorangegangenen Ausgabe nur teilweise gelesen, rund ein Drittel haben sie ganz gelesen. Von den 84 % der Leser, die die Einführungskapitel gelesen hatten, wurde recht einheitlich der Wunsch nach einer Beibehaltung des Umfangs der Einführungskapitel zum Ausdruck gebracht. Insgesamt etwa 12 % (42/340) der Leser sprachen sich für eine Verkürzung, dagegen etwa 2 % (8/340) für eine umfangreichere Darstellung dieser Kapitel aus.

► Von fast 10 % (33/340) der Jahrbuch-Leser wurde der Wunsch nach mehr Information in dem Kapitel „Allgemeine Epidemiologie meldepflichtiger Erkrankungen“ geäußert. Hier werden mehr Hintergrundinformationen und Ursachenforschung (Interpretationen) zu den Aspekten „Regionaler Vergleich“, „Ausbrüche“ und „Verteilung nach Geschlecht“ sowie das zusätzliche Aufgreifen des Punktes „Verteilung nach Alter“ gewünscht.

► Für das Kapitel „Spezielle Krankheiten“ fiel besonders auf, dass der Punkt „Klinische Aspekte“ von 25 % (85/340) der Befragten als zu knapp bewertet wurde. Nicht so eindeutig zeigte sich diese Tendenz auch für die Punkte „Kurzbeschreibung“ und „Falldefinition“ – obwohl von über 84 % (288/340) der Befragten deren Umfang als angemessen bewertet wurde, wünschten sich doch auch fast 10 % (33/340) der Nutzer hier eine umfangreichere Beschreibung.

► Mehr Interpretationen von Daten wünschten sich insgesamt knapp 28 % (94/340) der Nutzer. Besonders hoch vertreten waren hier die Nutzergruppen der Ministerien, Medien, Universitäten, Landesämter/-stellen und der Mitarbeiter des RKI.

► Die Verständlichkeit der Graphiken wurden insgesamt sehr positiv bewertet (Mittelwerte für die einzelnen Abbildungen zwischen 1,6 und 2,4 mit 1 = sehr gut verständlich und 2 = gut verständlich). Auffällig war, dass Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts die Graphiken/Tabellen kritischer bewerteten als die restlichen Nutzergruppen.

► Der Anteil an Nutzern, die schon einmal Daten aus dem Jahrbuch zitiert haben oder für eine eigene Arbeit nutzten, lag mit fast 49 % (166/340) erstaunlich hoch. Dies verdeutlicht, dass das Jahrbuch ein wichtiges Format zur Beschaffung von infektionsepidemiologischen Daten darstellt.

► Der Erscheinungstermin des Jahrbuches (aktuell jeweils im Mai/Juni für das Vorjahr) sollte nach Meinung von rund 38 % (130/340) der Befragten beibehalten werden. Hingegen gaben etwa 46 % (155/340) an, ein früherer Erscheinungstermin im I. Quartal wäre wünschenswert, jedoch wäre dieser nur für knapp 3 % (9/340) der Nutzer auch dringend erforderlich.

Abschließende Einschätzung: Die Beteiligung an der Umfrage per Fragebogen war insgesamt als eher gering einzuschätzen (Rücklaufquote 13,2 % (342/2.600)). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Umfang und Detailliertheit

des Fragebogens die Bereitschaft zur Teilnahme an der Umfrage sinken ließen.

Im Ergebnis der Befragung ergab sich insgesamt eine sehr positive Bewertung. Dennoch konnten wichtige Aspekte und Hinweise auf Verbesserungsbedarf zur Gestaltung des *Infektionsepidemiologischen Jahrbuches* gewonnen werden, die in kommenden Ausgaben des Jahrbuches berücksichtigt werden sollen.

Hantavirus-Erkrankungen: Hinweis auf eine deutliche Zunahme zu Beginn des Jahres 2007

Seit Beginn des Jahres hat die Zahl der übermittelten Hantavirus-Infektionen in Süddeutschland deutlich zugenommen. Im Zeitraum von Anfang Januar bis Ende März (1.–13. Meldewoche) sind 103 labordiagnostisch bestätigte Hantavirus-Erkrankungsfälle an das Robert Koch-Institut übermittelt worden. Dieser Wert liegt 3-mal höher als in den Vorjahren (2001–2006; s. Abb. 1). Im Vergleichszeitraum waren im Durchschnitt 33 Erkrankungen (Minimum 2006: 13 Fälle; Maximum 2005: 78 Fälle) aufgetreten. Der Großteil der Erkrankungen ist mit 78 Fällen (76%) aus **Baden-Württemberg** übermittelt worden. Die übrigen Fälle verteilen sich auf Bayern (12), Nordrhein-Westfalen (5), Niedersachsen (5) Mecklenburg-Vorpommern (1) und Hessen (1). In Baden-Württemberg lebt die Mehrzahl der Betroffenen auf der Schwäbischen Alb oder angrenzenden Regionen, einem bekannten Endemiegebiet für Hantaviren. Männer im berufstätigen Alter (18–65 Jahre) sind besonders häufig betroffen (71; 69%).

Das Reservoir von Hantaviren sind wildlebende asymptomatisch infizierte Nagetiere, die das Virus über Speichel, Kot und Urin ausscheiden. Der Mensch infiziert sich in der Regel durch die Inhalation erregerrhaltigen Staubes, selten auch durch Nagetierbisse. Der in Deutschland vorherrschende Virustyp Puumala wird durch die Rötelmaus (*Myodes glareolus*) übertragen. Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 2–4 Wochen (Zeitspanne 5–60 Tage). Die Hantavirus-Erkrankung beginnt meist mit abrupt einsetzendem hohem Fieber, das über 3–4 Tage anhält. Begleitend treten unspezifische grippeähnliche Symptome wie Kopfschmerzen, Abdominalschmerzen und Myalgien auf. Charakteristisch ist bei einem Teil der Patienten eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz, die reversibel ist.

Wir danken Nina Stortz, die diesen Survey als Hausarbeit im Rahmen des Medizinstudiums an der Charité durchgeführt hat. **Ansprechpartnerin** im RKI ist Dr. Irene Schöneberg.

Das *Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2006* wird im Juni dieses Jahres zur Verfügung stehen.

Allgemeine Informationen:

- ▶ RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte: „Hantavirus-Erkrankungen“ (www.rki.de > Infektionskrankheiten von A–Z > Hantavirus > RKI-Ratgeber/Merkblätter für Ärzte > Hantaviren)

Hinweise zur Prävention und Bekämpfungsmaßnahmen:

- ▶ Informationen zur Vermeidung von Hantavirus-Infektionen (www.rki.de > Infektionskrankheiten von A–Z > Hantavirus > Prävention und Bekämpfungsmaßnahmen)
- ▶ Wie vermeide ich Hantavirus-Infektionen (www.rki.de > Infektionskrankheiten von A–Z > Hantavirus > Prävention und Bekämpfungsmaßnahmen)

Kontaktadressen für Beratung und Spezialdiagnostik:

▶ Konsiliarlaboratorium für Hantaviren

Institut für Medizinische Virologie
Helmut Ruska Haus
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte
10098 Berlin
Leitung: Prof. Dr. Detlev H. Krüger
Tel.: 030 . 450-52 50 92; Fax: 030 . 450-52 59 07
E-Mail: detlev.krueger@charite.de

▶ Nationales Referenzzentrum für tropische Infektionserreger (Diagnostik von Hantavirus-Infektionen, die außerhalb Europas erworben wurden)

Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Straße 74
20359 Hamburg
Leitung: Prof. Dr. B. Fleischer, Herr PD Dr. Stephan Günther
Tel.: 040 . 4 28 18-401, Fax: 040 . 4 28 18-400
E-Mail: BNi@bni-hamburg.de

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, Fachgebiet Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Judith Koch (E-Mail: KochJ@rki.de).

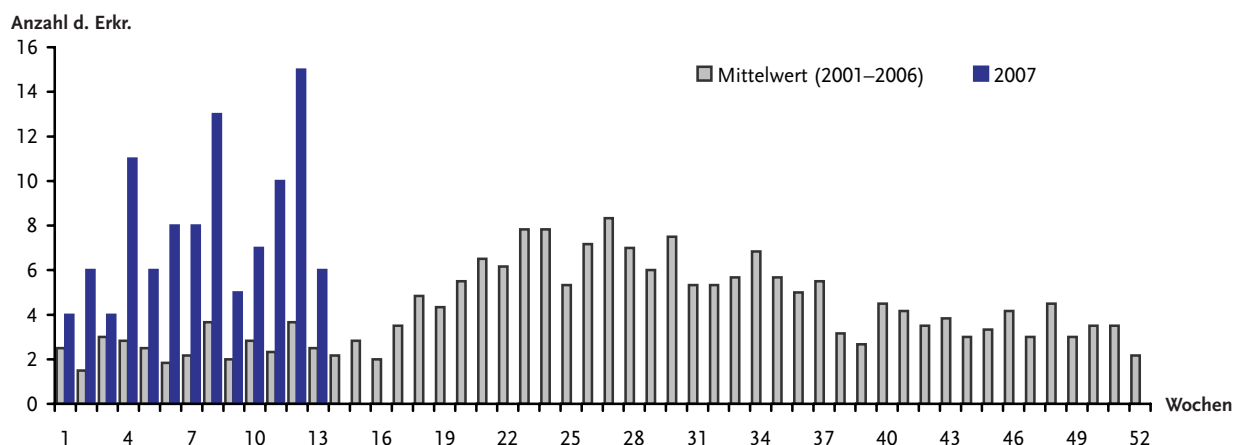


Abb. 1: Hantavirus-Erkrankungen, die auf dem Meldeweg an das RKI übermittelt wurden, nach Meldewochen

Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen



Unfallverletzungen stehen ab dem 1. Lebensjahr im Krankheitsgeschehen im Kindes- und Jugendalter an erster Stelle. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie den Niederlanden, Dänemark, Wales/UK, Italien, gibt es für Deutschland keine systematische bevölkerungsbezogene Erfassung (Monitoring) von Verletzten und daher keine repräsentativen Daten zu Kinderunfällen.

Methoden

In KiGGS wurden 17.641 Eltern zu Verletzungen ihrer Kinder in den letzten 12 Monaten, die ärztlich behandelt werden mussten, und zu Merkmalen des Unfallgeschehens beim letzten Unfall (Unfallort, Unfallmechanismus, Verletzungsfolgen, ambulante bzw. stationäre Behandlung) befragt.

Ergebnisse

Hier wird über die Ergebnisse der Befragung der Eltern der 1- bis 17-Jährigen (n=16.713) zusammenfassend berichtet. 15,9% der Kinder und Jugendlichen (1-17 Jahre) hatten nach Elternangaben mindestens eine Verletzung in den letzten 12 Monaten, davon 15,2% durch einen Unfall und 0,8% durch Gewalt bei tätlicher Auseinandersetzung untereinander. In der Altersgruppe der 1- bis unter 18-Jährigen verunglückten Jungen signifikant (p < 0,001) häufiger als Mädchen (17,9% vs. 14,0%). Insgesamt mussten 13,3% von 2.410 verletzten Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus behandelt werden.

Am häufigsten verletzten sich die unter 5-Jährigen zu Hause (60%), während Sport- und Freizeitunfälle bei den 5- bis unter 15-Jährigen und 15- bis unter 18-Jährigen im Vordergrund standen (32,1% bzw. 38,9%). Der Anteil der Unfälle in den Betreuungs- und Bildungseinrichtungen verdreifachte sich vom Kleinkindalter zum Schulalter (5-14 Jahre) von 10,9% auf 28,7%, ebenso der Anteil der Straßenverkehrsunfälle von 5,6% auf 16,7%.

Die drei häufigsten Verletzungsmechanismen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) waren Stürze in der Ebene (35,2%), aus der Höhe (25,2%) und Zusammenstöße (20,6%). Stürze aus der Höhe hatten

ihren Häufigkeitsspitzen im Kleinkindalter (35,8%). Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen erreichten im Jugendalter (15-17 Jahre) mit 50,9% einen Höchstwert; ebenso nahm der Anteil der Knochenbrüche von 10,7% bei Kleinkindern auf 21,8% bei den 15- bis unter 18-jährigen Jugendlichen stark zu.

Ein signifikanter Einfluss des Sozialstatus konnte bei Verkehrsunfällen für 1- bis unter 18-jährige Mädchen (p=0,047) und Jungen (p=0,019) mit höheren Raten bei niedrigem Sozialstatus der Eltern verglichen zum hohen Sozialstatus nachgewiesen werden. Signifikant unfallgefährdeter sind auch 1- bis 4-jährige Jungen (p>0,032) mit Migrationshintergrund.

Sowohl von Eltern als auch von Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren (n=6.813) wurden Angaben zu Schutzmaßnahmen erhoben. Schutzmaßnahmen werden von den 15- bis unter 18-jährigen Jugendlichen am wenigsten umgesetzt. Während nach Elternangaben die 3- bis unter 5-jährigen Jungen und Mädchen hohe Helmtragequoten beim Fahrradfahren und Inlineskaten von ca. 90% erreichten, waren diese bei den 5- bis unter 15-jährigen Jungen und Mädchen mit über 60% deutlich geringer und bei den 15- bis unter 18-jährigen mit nur noch knapp 15% am niedrigsten. Der Sozial- und Migrationsstatus zeigte in allen Altersgruppen einen signifikanten Zusammenhang mit niedrigen Tragequoten bezogen auf Helme und Protektoren.

Schlussfolgerungen

Die altersgruppenbezogene Datenanalyse sollte Ausgangspunkt für zielgruppenbezogene Präventionsmaßnahmen sein und insbesondere den Sozial- und Migrationsstatus berücksichtigen. Dabei sind Präventionsaktivitäten im Verkehrsbereich insbesondere auf Familien mit niedrigem Sozialstatus auszurichten. Jugendliche sollten bei der Aufklärung über den Nutzen von Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und Skaten verstärkt und adäquat angesprochen werden.

Mitteilung aus der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Anfragen** zu KiGGS: KiGGS@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diagnosemonat: **Januar 2007** (Stand v. 1.4.2007)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gem. § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

(Hinweise zu dieser Statistik s. Epid. Bull. 41/01: 311-314)

Land	Syphilis		HIV-Infektionen				Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	Jan. 2007	Jan. 2006	Jan. 2007	Jan. 2006	Jan. 2007	Jan. 2006	Jan. 2007	Jan. 2006	Jan. 2007	Jan. 2006					
Baden-Württemberg	38	38	24	28	28	17	13	13	13	2	2	2	0	0	1
Bayern	39	39	37	24	24	27	12	12	12	4	4	7	0	0	0
Berlin	44	44	51	28	28	34	0	0	7	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	2	2	4	3	3	1	0	0	2	1	1	1	0	0	0
Bremen	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	11	11	12	17	17	17	8	8	6	0	0	1	0	0	0
Hessen	20	20	32	19	19	10	4	4	6	3	3	2	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	2	1	1	1	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	16	16	13	12	12	9	1	1	4	1	1	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	93	93	78	57	57	56	13	13	6	1	1	2	0	0	1
Rheinland-Pfalz	14	14	9	3	3	2	3	3	2	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	3	6	6	6	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	13	13	14	4	4	4	0	0	5	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	3	3	5	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	4	6	5	5	6	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Thüringen	0	0	2	3	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Deutschland	303	303	294	215	215	196	58	58	68	12	12	17	0	0	2

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2006

Stand v. 1.3.2007

Land	Darmkrankheiten													
	Campylobacter-Enteritis		EHEC-Erkrankung [#]		Erkr. durch sonst. darmpath. E. coli		Salmonellose		Shigellose		Yersiniose		Norovirus-Erkrankung	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Baden-Württ.	5.699	5.827	143	117	364	283	6.150	6.293	139	134	244	336	7.702	4.966
	53,1	54,3	1,3	1,1	3,4	2,6	57,3	58,6	1,3	1,2	2,3	3,1	71,7	46,3
Bayern	5.664	6.954	219	261	1.083	1.072	8.042	8.410	172	223	592	566	7.135	4.828
	45,4	55,8	1,8	2,1	8,7	8,6	64,5	67,4	1,4	1,8	4,7	4,5	57,2	38,7
Berlin	2.254	3.059	19	32	102	195	1.832	1.880	59	131	147	188	4.514	4.186
	66,4	90,1	0,6	0,9	3,0	5,7	54,0	55,4	1,7	3,9	4,3	5,5	133,0	123,3
Brandenburg	1.927	2.368	26	53	319	260	1.862	1.986	21	28	214	213	4.029	4.195
	75,3	92,5	1,0	2,1	12,5	10,2	72,7	77,6	0,8	1,1	8,4	8,3	157,4	163,9
Bremen	319	533	4	7	33	41	255	275	20	3	21	31	327	567
	48,1	80,3	0,6	1,1	5,0	6,2	38,4	41,4	3,0	0,5	3,2	4,7	49,3	85,5
Hamburg	1.612	1.962	32	29	37	21	1.028	848	30	47	88	132	3.674	1.584
	92,5	112,5	1,8	1,7	2,1	1,2	59,0	48,6	1,7	2,7	5,0	7,6	210,7	90,8
Hessen	2.841	3.446	21	23	148	136	3.673	3.313	48	91	279	267	2.881	2.625
	46,6	56,6	0,3	0,4	2,4	2,2	60,3	54,4	0,8	1,5	4,6	4,4	47,3	43,1
Mecklenbg.-V.	1.715	2.076	8	14	350	303	1.460	1.085	6	15	162	164	3.655	3.484
	100,5	121,6	0,5	0,8	20,5	17,7	85,5	63,6	0,4	0,9	9,5	9,6	214,1	204,1
Niedersachsen	3.972	5.036	169	125	307	221	4.499	4.553	38	40	534	552	7.153	5.218
	49,7	63,0	2,1	1,6	3,8	2,8	56,3	57,0	0,5	0,5	6,7	6,9	89,5	65,3
Nordrhein-W.	13.490	15.730	275	252	1.276	1.111	10.620	9.813	60	97	842	922	11.133	9.600
	74,7	87,1	1,5	1,4	7,1	6,2	58,8	54,3	0,3	0,5	4,7	5,1	61,7	53,2
Rheinland-Pf.	2.568	3.013	59	77	276	279	3.269	3.480	47	75	292	350	3.151	3.468
	63,3	74,2	1,5	1,9	6,8	6,9	80,5	85,7	1,2	1,8	7,2	8,6	77,6	85,4
Saarland	926	1.015	14	10	50	46	858	694	2	7	92	115	290	815
	88,2	96,6	1,3	1,0	4,8	4,4	81,7	66,1	0,2	0,7	8,8	10,9	27,6	77,6
Sachsen	4.359	5.242	81	53	1.018	757	3.604	3.858	85	122	641	668	8.845	8.251
	102,0	122,7	1,9	1,2	23,8	17,7	84,3	90,3	2,0	2,9	15,0	15,6	207,0	193,1
Sachsen-Anh.	1.400	1.862	29	34	594	596	1.946	2.170	26	40	338	371	3.817	3.245
	56,7	75,4	1,2	1,4	24,1	24,1	78,8	87,9	1,1	1,6	13,7	15,0	154,6	131,4
Schleswig-H	1.799	2.250	60	53	76	110	1.317	1.357	16	27	178	209	1.875	1.326
	63,5	79,4	2,1	1,9	2,7	3,9	46,5	47,9	0,6	1,0	6,3	7,4	66,2	46,8
Thüringen	1.485	1.757	24	21	436	451	2.158	2.242	45	89	496	541	5.565	4.253
	63,6	75,3	1,0	0,9	18,7	19,3	92,4	96,0	1,9	3,8	21,2	23,2	238,4	182,2
Deutschland	52.035	62.133	1.183	1.161	6.470	5.883	52.575	52.267	814	1.169	5.161	5.627	75.766	62.639
	63,1	75,4	1,4	1,4	7,8	7,1	63,8	63,4	1,0	1,4	6,3	6,8	91,9	76,0

Außer HUS

	Übermittelte Erkrankungen
	Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenz)

Anmerkungen zur Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten für das Jahr 2006

In dieser Ausgabe veröffentlicht das RKI die Statistik der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) für das Jahr 2006 erfolgten Meldungen als Gesamtübersicht. Die Daten beziehen sich auf den Datenstand des 1. März 2007. Diese Statistik stellt zugleich den Referenzdatenstand für alle weiteren Publikationen aus dem RKI für das Jahr 2006 dar. Später erfolgte Änderungen und Nachmeldungen sind möglich; sie werden erfasst und berücksichtigt, jedoch in der Regel erst bei der Veröffentlichung der Daten zum folgenden Jahr – 2007 – in die Statistik integriert. Bei speziellen Fragestellungen wären diese nachträglichen Änderungen auch zu jedem vorherigen Zeitpunkt abfragbar.

Wie auch bei der aktuellen Meldestatistik im *Epidemiologischen Bulletin*, werden in einer vereinfachten Darstellung nur gemeldete Fälle aufgeführt, die der Referenzdefinition entsprechen; die Referenzdefinition setzt sich aus den Kategorien der Falldefinition „klinisch-labor diagnostisch bestätigt“ und „klinisch-epidemiologisch bestätigt“ zusammen.

Ausnahmen von dieser Regel bilden einige Krankheiten, für die zusätzlich die Kategorie „klinisch diagnostiziert“ einbezogen wurde: HUS, Maser, Tuberkulose, CJK und vCJK, Hepatitis Non A–E, Polio. Bei Hepatitis C werden auch Fälle, die nur labor diagnostisch nachgewiesen wurden, ausgewiesen.

Die Summenzeile für Deutschland kann mehr Fälle als die Summe der Fälle der Bundesländer enthalten, da einzelne Fälle keinem Kreis und damit keinem Bundesland zugeordnet werden konnten. Die Daten sind auch in *SurvStat@RKI*, einem interaktiven Abfragetool, das über die RKI-Internetseiten zugänglich ist, verfügbar.

Falls weitere Daten benötigt werden, können diese auch dem *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* entnommen oder im Einzelfall beim Robert Koch-Institut schriftlich angefordert werden (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Seestraße 10, 13353 Berlin).

Stand v. 1.3.2007

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2006

Darmkrankheiten						Virushepatitis						Weitere Krankheiten				Land
Rotavirus-Erkrankung		Giardiasis		Kryptosporidiose		Hepatitis A		Hepatitis B ⁺		Hepatitis C ⁺		Adenovirus-Erkr. am Auge		FSME*		
2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	
4.621	3.113	625	661	139	136	130	108	117	126	1.313	1.153	65	48	281	165	Baden-Württ.
43,0	29,0	5,8	6,2	1,3	1,3	1,2	1,0	1,1	1,2	12,2	10,7	0,6	0,4	2,6	1,5	
7.961	6.163	608	865	74	70	149	189	134	157	1.556	1.854	60	22	188	212	Bayern
63,8	49,4	4,9	6,9	0,6	0,6	1,2	1,5	1,1	1,3	12,5	14,9	0,5	0,2	1,5	1,7	
2.189	2.471	308	326	99	64	121	96	70	80	898	994	2	3	3	1	Berlin
64,5	72,8	9,1	9,6	2,9	1,9	3,6	2,8	2,1	2,4	26,4	29,3	0,1	0,1	0,1	0,0	
4.219	3.719	60	74	51	51	23	28	23	16	97	102	26	10	5	2	Brandenburg
164,8	145,3	2,3	2,9	2,0	2,0	0,9	1,1	0,9	0,6	3,8	4,0	1,0	0,4	0,2	0,1	
316	238	21	45	18	29	15	15	3	9	25	33	0	0	0	0	Bremen
47,6	35,9	3,2	6,8	2,7	4,4	2,3	2,3	0,5	1,4	3,8	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
1.421	1.040	96	126	17	13	55	39	46	30	78	51	1	1	0	1	Hamburg
81,5	59,6	5,5	7,2	1,0	0,7	3,2	2,2	2,6	1,7	4,5	2,9	0,1	0,1	0,0	0,1	
2.576	2.083	228	232	33	55	147	114	94	94	454	486	6	2	51	28	Hessen
42,3	34,2	3,7	3,8	0,5	0,9	2,4	1,9	1,5	1,5	7,5	8,0	0,1	0,0	0,8	0,5	
3.974	3.405	134	193	146	133	16	10	17	20	83	89	5	0	1	2	Mecklenbg.-V.
232,8	199,4	7,8	11,3	8,6	7,8	0,9	0,6	1,0	1,2	4,9	5,2	0,3	0,0	0,1	0,1	
5.293	3.523	226	232	138	144	93	127	89	120	596	686	24	11	0	2	Niedersachsen
66,2	44,1	2,8	2,9	1,7	1,8	1,2	1,6	1,1	1,5	7,5	8,6	0,3	0,1	0,0	0,0	
10.431	7.782	663	884	227	265	303	294	306	287	989	1.344	14	7	6	1	Nordrhein-W.
57,8	43,1	3,7	4,9	1,3	1,5	1,7	1,6	1,7	1,6	5,5	7,4	0,1	0,0	0,0	0,0	
3.239	2.368	214	181	33	35	62	76	92	104	443	555	16	4	4	3	Rheinland-Pf.
79,8	58,3	5,3	4,5	0,8	0,9	1,5	1,9	2,3	2,6	10,9	13,7	0,4	0,1	0,1	0,1	
621	502	33	33	2	3	13	8	15	19	39	61	0	2	0	2	Saarland
59,1	47,8	3,1	3,1	0,2	0,3	1,2	0,8	1,4	1,8	3,7	5,8	0,0	0,2	0,0	0,2	
10.233	8.865	229	364	158	208	28	28	50	43	283	295	63	6	5	5	Sachsen
239,4	207,4	5,4	8,5	3,7	4,9	0,7	0,7	1,2	1,0	6,6	6,9	1,5	0,1	0,1	0,1	
4.051	4.456	89	151	36	58	18	25	41	70	218	224	34	12	0	0	Sachsen-Anh.
164,0	180,4	3,6	6,1	1,5	2,3	0,7	1,0	1,7	2,8	8,8	9,1	1,4	0,5	0,0	0,0	
1.254	994	54	64	8	13	35	39	34	26	273	249	2	1	1	3	Schleswig-H.
44,3	35,1	1,9	2,3	0,3	0,5	1,2	1,4	1,2	0,9	9,6	8,8	0,1	0,0	0,0	0,1	
4.611	3.565	72	88	25	32	18	21	48	35	163	184	256	9	2	5	Thüringen
197,5	152,7	3,1	3,8	1,1	1,4	0,8	0,9	2,1	1,5	7,0	7,9	11,0	0,4	0,1	0,2	
67.016	54.289	3.661	4.519	1.204	1.309	1.226	1.217	1.179	1.236	7.509	8.363	574	138	547	432	Deutschland
81,3	65,9	4,4	5,5	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	9,1	10,1	0,7	0,2	0,7	0,5	

+ 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).



* FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis

	Übermittelte Erkrankungen
	Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenz)

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2006

Stand v. 1.3.2007

Land	Weitere Krankheiten															
	Hantavirus-Erkrankung		Influenza		Legionellose		Listeriose		Masern		Meningokokken-Erkr., invasiv		Q-Fieber		Tuberkulose	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Baden-Württ.	22	110	344	1.810	94	70	70	68	121	22	53	54	97	34	630	704
	0,2	1,0	3,2	16,9	0,9	0,7	0,7	0,6	1,1	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3	5,9	6,6
Bayern	12	41	958	1.971	113	108	62	54	71	324	86	88	60	12	781	985
	0,1	0,3	7,7	15,8	0,9	0,9	0,5	0,4	0,6	2,6	0,7	0,7	0,5	0,1	6,3	7,9
Berlin	1	2	245	558	49	38	28	29	57	39	22	30	2	2	322	322
	0,0	0,1	7,2	16,4	1,4	1,1	0,8	0,9	1,7	1,1	0,6	0,9	0,1	0,1	9,5	9,5
Brandenburg	1	3	91	419	12	18	11	9	9	8	18	23	0	3	100	148
	0,0	0,1	3,6	16,4	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3	0,7	0,9	0,0	0,1	3,9	5,8
Bremen	0	0	22	94	3	4	2	11	2	1	8	7	0	0	65	62
	0,0	0,0	3,3	14,2	0,5	0,6	0,3	1,7	0,3	0,2	1,2	1,1	0,0	0,0	9,8	9,3
Hamburg	0	1	42	74	8	7	20	17	16	10	10	14	0	2	193	187
	0,0	0,1	2,4	4,2	0,5	0,4	1,1	1,0	0,9	0,6	0,6	0,8	0,0	0,1	11,1	10,7
Hessen	4	34	76	232	42	37	34	31	64	259	25	33	15	13	474	574
	0,1	0,6	1,2	3,8	0,7	0,6	0,6	0,5	1,1	4,3	0,4	0,5	0,2	0,2	7,8	9,4
Mecklenbg.-V.	1	4	23	141	5	5	8	6	2	1	14	15	1	2	80	123
	0,1	0,2	1,3	8,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,1	0,1	0,8	0,9	0,1	0,1	4,7	7,2
Niedersachsen	6	75	571	1.872	39	41	66	69	74	37	47	70	4	1	417	437
	0,1	0,9	7,1	23,4	0,5	0,5	0,8	0,9	0,9	0,5	0,6	0,9	0,1	0,0	5,2	5,5
Nordrhein-W.	18	143	289	533	87	109	103	127	1.749	34	157	170	16	6	1.400	1.437
	0,1	0,8	1,6	3,0	0,5	0,6	0,6	0,7	9,7	0,2	0,9	0,9	0,1	0,0	7,8	8,0
Rheinland-Pf.	2	10	302	1.061	30	39	23	17	58	19	20	20	3	0	241	301
	0,0	0,2	7,4	26,1	0,7	1,0	0,6	0,4	1,4	0,5	0,5	0,5	0,1	0,0	5,9	7,4
Saarland	0	0	24	34	10	3	5	6	0	0	7	10	0	0	84	87
	0,0	0,0	2,3	3,2	1,0	0,3	0,5	0,6	0,0	0,0	0,7	1,0	0,0	0,0	8,0	8,3
Sachsen	1	2	262	2.531	37	30	30	29	1	16	34	30	0	1	202	221
	0,0	0,0	6,1	59,2	0,9	0,7	0,7	0,7	0,0	0,4	0,8	0,7	0,0	0,0	4,7	5,2
Sachsen-Anh.	0	2	290	604	21	21	12	10	7	3	23	17	0	0	155	172
	0,0	0,1	11,7	24,5	0,9	0,9	0,5	0,4	0,3	0,1	0,9	0,7	0,0	0,0	6,3	7,0
Schleswig-H.	5	7	174	364	8	9	21	15	69	6	17	15	1	0	123	121
	0,2	0,2	6,1	12,8	0,3	0,3	0,7	0,5	2,4	0,2	0,6	0,5	0,0	0,0	4,3	4,3
Thüringen	0	14	91	436	13	17	13	14	7	1	14	31	5	340	137	135
	0,0	0,6	3,9	18,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,3	0,0	0,6	1,3	0,2	14,6	5,9	5,8
Deutschland	73	448	3.804	12.734	571	556	508	512	2.307	780	555	627	204	416	5.408	6.022
	0,1	0,5	4,6	15,4	0,7	0,7	0,6	0,6	2,8	0,9	0,7	0,8	0,2	0,5	6,6	7,3

 Übermittelte Erkrankungen
 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenz)

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2006

Stand v. 1.3.2007

Seltene Krankheiten in Deutschland insgesamt



Erkrankung	2006		2005	
	Gemeldet	Inzidenz	Gemeldet	Inzidenz
Botulismus	7	0,0	24	0,0
Brucellose	37	0,0	31	0,0
Cholera	1	0,0	0	0,0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ■	89	0,1	91	0,1
Dengue-Fieber ▲	174	0,2	144	0,2
Diphtherie	0	0,0	1	0,0
Ebolafieber	0	0,0	0	0,0
Fleckfieber	0	0,0	0	0,0
Invasive Erkr. durch Haemophilus influenzae	120	0,1	70	0,1
Hepatitis D	21	0,0	15	0,0
Hepatitis E	52	0,1	54	0,1
Hepatitis Non A-E	0	0,0	0	0,0
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	63	0,1	79	0,1
Lassafieber	1	0,0	0	0,0
Läuserückfallfieber	0	0,0	0	0,0
Lepra	2	0,0	2	0,0
Leptospirose	46	0,1	58	0,1
Marburgfieber	0	0,0	0	0,0
Milzbrand	0	0,0	0	0,0
Ornithose	25	0,0	33	0,0
Paratyphus	73	0,1	56	0,1
Pest	0	0,0	0	0,0
Poliomyelitis	0	0,0	0	0,0
Tollwut	0	0,0	4	0,0
Trichinellose	22	0,0	0	0,0
Tularämie	1	0,0	15	0,0
Typhus abdominalis	75	0,1	80	0,1
Virale hämorrhagische Fieber, sonstige außer Dengue-Fieber *	53	0,1	0	0,0

■ Meldepflichtige Erkrankungsfälle einer humanen spongiformen Enzephalopathie insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

▲ Dies sind Meldungen, die auf der Grundlage des § 7 (1) IfSG erfolgten und sich auf den Nachweis von Denguevirus, eines potenziellen Erregers eines hämorrhagischen Fiebers, beziehen; darunter wurde kein Dengue-hämorrhagisches Fieber übermittelt.

◆ Die Zuordnung der Meldungen zu einem Bundesland kann nur durch die Auswertung der ersten drei Ziffern der Postleitzahl (möglichst Patientenwohnort, sonst einsendender Arzt, sonst einsendendes Labor) erfolgen. Die Postleitzahlen können die Ländergrenzen überschreiten, in diesen Fällen wurde nach der Bevölkerungsverteilung entschieden. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

* Nur Chikungunyavirus-Infektionen

 Gemeldete bzw. übermittelte Erkr. bzw. Nachweishäufigkeit
 Erkr. bzw. Nachweishäufigkeit pro 100.000 Einw. (Inzidenz)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises akuter bzw. neu diagnostizierter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG

Land	HIV-Infektion ◆		Syphilis ◆		Malaria ◆	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Baden-Württ.	285	279	292	236	87	89
	2,7	2,6	2,7	2,2	0,8	0,8
Bayern	369	365	325	356	99	115
	3,0	2,9	2,6	2,9	0,8	0,9
Berlin	389	386	570	562	63	40
	11,5	11,4	16,8	16,6	1,9	1,2
Brandenburg	31	35	33	64	7	13
	1,2	1,4	1,3	2,5	0,3	0,5
Bremen	23	41	25	36	8	13
	3,5	6,2	3,8	5,4	1,2	2,0
Hamburg	184	204	131	164	51	69
	10,6	11,7	7,5	9,4	2,9	4,0
Hessen	198	216	273	330	44	65
	3,2	3,5	4,5	5,4	0,7	1,1
Mecklenbg.-V.	29	28	49	39	1	4
	1,7	1,6	2,9	2,3	0,1	0,2
Niedersachsen	175	130	181	194	40	32
	2,2	1,6	2,3	2,4	0,5	0,4
Nordrhein-W.	668	543	865	774	115	124
	3,7	3,0	4,8	4,3	0,6	0,7
Rheinland-Pf.	71	72	121	106	15	17
	1,7	1,8	3,0	2,6	0,4	0,4
Saarland	17	23	26	28	3	5
	1,6	2,2	2,5	2,7	0,3	0,5
Sachsen	63	69	135	189	17	17
	1,5	1,6	3,2	4,4	0,4	0,4
Sachsen-Anh.	36	30	56	56	3	5
	1,5	1,2	2,3	2,3	0,1	0,2
Schleswig-H.	57	55	42	67	10	19
	2,0	1,9	1,5	2,4	0,4	0,7
Thüringen	16	24	23	28	3	3
	0,7	1,0	1,0	1,2	0,1	0,1
Deutschland	2.611	2.500	3.147	3.229	566	630
	3,2	3,0	3,8	3,9	0,7	0,8

Weitere nichtnamentliche Meldungen gemäß § 7 (3) IfSG

Erkrankung	2006		2005	
Echinokokkose	124	0,2	125	0,2
Röteln, konnatale Infektion	1	0,0	0	0,0
Toxoplasmose, konnatale Infektion	10	0,0	18	0,0

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 4.4.2007 (11. Woche 2007)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	111	1.206	791	1	22	16	4	49	48	75	775	597	0	9	16
Bayern	113	1.207	878	2	36	26	14	184	165	54	816	708	2	18	30
Berlin	29	384	315	0	4	3	1	34	21	5	156	215	1	8	11
Brandenburg	35	279	261	0	7	5	3	51	63	13	199	243	0	1	2
Bremen	2	39	42	1	4	0	0	4	9	4	43	37	0	1	1
Hamburg	19	326	281	1	3	2	0	5	6	10	76	91	0	3	10
Hessen	59	614	518	0	5	2	4	29	29	28	470	380	0	4	7
Mecklenburg-Vorpommern	27	242	259	0	2	1	3	50	80	12	152	160	0	0	2
Niedersachsen	66	766	633	3	39	14	6	55	56	53	747	559	0	7	3
Nordrhein-Westfalen	265	2.918	2.316	9	68	48	24	192	280	137	1.347	1.202	2	6	10
Rheinland-Pfalz	54	569	453	0	5	7	7	72	58	27	379	394	0	3	3
Saarland	27	243	177	0	0	1	1	14	10	4	93	87	0	0	1
Sachsen	83	829	693	1	12	11	13	161	186	27	419	403	1	21	6
Sachsen-Anhalt	24	269	230	0	3	5	16	117	111	19	286	285	0	1	1
Schleswig-Holstein	27	290	351	0	9	9	0	20	13	9	146	138	1	3	0
Thüringen	29	320	239	0	1	2	11	98	74	47	359	265	0	3	4
Deutschland	970	10.501	8.437	18	220	152	107	1.135	1.209	524	6.463	5.764	7	88	107

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	1	28	25	2	24	23	20	277	320
Bayern	1	18	35	5	31	25	14	282	340
Berlin	0	9	13	2	11	9	16	175	214
Brandenburg	2	5	5	0	4	4	5	18	26
Bremen	0	1	5	0	3	1	0	12	4
Hamburg	0	4	3	2	6	10	1	14	17
Hessen	0	12	33	1	13	21	7	80	102
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	2	3	0	19	27
Niedersachsen	4	10	18	2	15	18	7	131	133
Nordrhein-Westfalen	4	48	37	4	56	73	25	206	258
Rheinland-Pfalz	0	8	21	2	30	16	2	85	100
Saarland	0	2	3	0	6	4	1	22	11
Sachsen	1	5	7	0	7	11	9	66	54
Sachsen-Anhalt	0	5	3	1	14	3	1	41	41
Schleswig-Holstein	0	9	7	1	5	9	5	41	64
Thüringen	1	11	5	2	11	15	1	28	46
Deutschland	14	177	224	24	238	245	114	1.497	1.757

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. 4.4.2007 (11. Woche 2007)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	
1	61	52	352	6.478	2.690	98	672	1.880	8	108	133	0	12	17	Baden-Württemberg
10	119	119	481	9.793	1.901	152	1.529	3.444	13	105	106	1	9	12	Bayern
4	37	31	168	4.247	1.251	90	687	1.396	3	46	64	0	14	9	Berlin
1	39	36	265	3.895	1.179	168	995	2.511	1	10	11	3	10	4	Brandenburg
2	6	4	21	633	218	4	50	164	0	3	7	0	3	3	Bremen
3	16	18	118	2.109	985	40	263	888	1	37	17	0	7	1	Hamburg
4	48	56	377	4.473	847	99	834	1.301	4	52	52	1	5	2	Hessen
3	31	38	220	2.371	1.024	168	1.126	1.597	1	27	36	1	21	16	Mecklenburg-Vorpommern
5	113	88	395	4.502	2.076	112	824	2.359	1	30	38	0	8	15	Niedersachsen
10	139	159	930	15.955	3.411	252	1.788	5.094	17	124	134	2	28	23	Nordrhein-Westfalen
3	65	45	206	4.515	864	88	639	1.258	3	46	55	2	4	4	Rheinland-Pfalz
5	19	21	34	436	36	15	167	257	0	3	8	0	0	1	Saarland
9	189	127	394	3.816	3.095	311	2.011	3.847	1	47	46	3	15	18	Sachsen
3	86	76	101	2.156	1.122	124	1.109	1.735	3	23	21	1	8	4	Sachsen-Anhalt
2	27	46	75	1.355	540	27	164	583	1	13	18	0	0	2	Schleswig-Holstein
4	74	88	119	2.658	1.783	83	653	1.914	3	23	17	0	6	4	Thüringen
69	1.069	1.004	4.256	69.392	23.022	1.831	13.511	30.228	60	697	763	14	150	135	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
1	23	14	0	5	71	14	133	128	Baden-Württemberg	
0	19	32	19	42	28	13	128	155	Bayern	
2	5	9	0	0	2	2	60	75	Berlin	
0	6	3	0	0	1	2	15	27	Brandenburg	
0	0	1	0	0	0	0	6	17	Bremen	
0	2	1	0	1	6	4	38	39	Hamburg	
1	11	8	1	8	20	11	104	101	Hessen	
0	1	3	0	0	0	2	26	24	Mecklenburg-Vorpommern	
2	10	14	0	4	4	6	88	88	Niedersachsen	
2	29	51	8	33	227	17	257	304	Nordrhein-Westfalen	
1	5	5	0	3	4	1	35	35	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	1	15	22	Saarland	
2	9	6	0	1	0	2	26	35	Sachsen	
1	5	5	0	0	1	4	39	23	Sachsen-Anhalt	
0	5	4	1	4	2	0	26	29	Schleswig-Holstein	
1	5	4	0	0	0	2	17	35	Thüringen	
13	135	160	29	101	366	81	1.013	1.137	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. 4.4.2007 (11. Woche 2007)

Krankheit	11. Woche 2007	1.–11. Woche 2007	1.–11. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	42	160	97	574
Brucellose	1	7	5	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	20	19	90
Dengue-Fieber	3	42	30	174
FSME	1	6	1	546
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	3	3	63
Hantavirus-Erkrankung	10	83	10	72
Hepatitis D	1	1	4	21
Hepatitis E	1	11	8	52
Influenza	2.573	14.923	970	3.804
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	22	30	120
Legionellose	9	65	101	571
Leptospirose	1	10	11	46
Listeriose	3	86	112	509
Ornithose	0	2	3	25
Paratyphus	0	4	6	73
Q-Fieber	1	20	16	204
Trichinellose	0	3	2	22
Tularämie	0	1	0	1
Typhus abdominalis	0	8	12	75

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist in der 13. Woche weiter zurückgegangen und bundesweit nur noch geringfügig erhöht. Der EISS-Index als Indikator für die relative „Stärke“ der Influenza-Aktivität nahm weiter ab, zeigt aber noch immer geringe Aktivität. Die Morbidität durch ARE ist – gemessen am Praxisindex – nur noch in Sachsen deutlich, in Brandenburg/Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen noch moderat erhöht. In den übrigen Bundesländern sind annähernd für die Jahreszeit übliche Werte erreicht worden.

Europa: In allen europäischen Staaten nimmt die saisonale Influenza-Aktivität weiter ab oder ist bereits auf dem Niveau der Hintergrundaktivität. Nur **Dänemark** berichtet noch über eine hohe Intensität der Influenza-Aktivität, die ihren Höhepunkt in der 10. KW hatte und jetzt ebenfalls zurückgeht. – Die in den europäischen Ländern bisher festgestellte Häufigkeitsverteilung der (sub)typisierten Viren entspricht der Situation in Deutschland, dominierend ist Influenza A/H3N2 (Einzelheiten finden sich auf den Internetseiten des *European Influenza Surveillance Scheme*: <http://www.eiss.org>).

Aviäre Influenza

Aviäre Influenza bei Menschen: International: In **China** wurde der 24. Fall einer humanen H5N1-Infektion bestätigt (ein 16-jähriger Junge aus der Provinz Anhui, der am 17. März Symptome entwickelte, am 20. März in ein Krankenhaus eingeliefert wurde und am 27. März starb). Die WHO bestätigte fünf weitere Fälle von humanen H5N1-Infektionen in **Ägypten** (Regierungsbezirke Qena, Menia, Sohag und Qalubia). Bei allen fünf erkrankten Kindern weist der Kontakt zu krankem oder totem Geflügel auf eine mögliche Infektionsquelle hin. (Weitere aktuelle Informationen bzw. Lageeinschätzungen zu Fällen aviärer Influenza beim Menschen finden sich unter <http://www.rki.de> > Infektionskrankheiten A-Z > Influenza, bzw. von der WHO unter www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.)

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 13. Woche 2007 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, <http://influenza.rki.de/agi>), dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

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.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: SeedatJ@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: MarcusU@rki.de

► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl

Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann

Tel.: 030.18754-2455

Fax.: 030.18754-2459

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 E 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit E 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-Abbrufunktion** (Polling) unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > 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 A14273