



Epidemiologisches Bulletin

25. Januar 2008 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welt-Lepra-Tag 2008: Elimination ist nicht Eradikation!

Lepra hat ihren Schrecken verloren, obwohl man weiterhin wenig über Details der Transmission weiß. Der bei Diagnosestellung hohe Anteil an Personen, die bereits eine Behinderung aufweisen, und der teilweise über 10 % liegende Anteil von Kindern bei Neuerkrankungen zeigen, dass die Krankheit noch lange nicht besiegt ist.

Bei der Bekämpfung der Lepra wurde ein Teilerfolg erzielt. **Fast alle Länder unserer Erde** – bis auf Brasilien, Nepal, die DR Kongo und Mosambik – **erfüllen die Kriterien der Lepra-Elimination** (<1 Fall pro 10.000 Einwohner steht an einem Stichtag unter Behandlung). Die Prävalenz ist um 90 % gefallen (von 5,2 Millionen 1985 auf offiziell unter 300.000 im Jahr 2006) und in den letzten 20 Jahren sind mehr als 14,5 Millionen Menschen mit einer Kombinationstherapie (MDT = *Multidrugtherapy*) geheilt worden. Vor 15 Jahren waren noch 50 % aller neuen Leprapatienten schwer behindert, jetzt sind es noch ungefähr 10 %. Die flächendeckend eingeführte medikamentöse Therapie führte in den 90er Jahren zu immer weniger Leprafällen, sodass die vorher bestehenden Lepra-Spezialprogramme in die staatlichen Basisgesundheitsprogramme integriert und dezentralisiert wurden. Jetzt muss sich ein Gesundheitsarbeiter, der sich in der Regel um Malaria, Tuberkulose, Lungenentzündungen und Durchfall kümmert, auch bei der Lepra auskennen, obwohl er oft nur einen Patienten pro Jahr sieht.

Im Bewusstsein der „Meinungsmacher“ und der Gesellschaft gilt Lepra als ausgerottet, was dazu führt, dass sich nur sehr wenige Spezialisten mit der immer noch notwendigen Leprabekämpfung beschäftigen. Lepra wird somit zu einer „vernachlässigten Krankheit“, für die weder Politik noch Industrie oder Forschung Interesse oder Finanzmittel aufbringen. Regierungen und NGOs haben es schwerer, für eine „vernachlässigte und besiegt geglaubte Krankheit“ Spenden bzw. Unterstützung zu erhalten.

Aber **Elimination** ist **nicht** das gleiche wie **Eradikation** (keine neuen Leprafälle mehr), die Transmissionsrate ist weltweit – mit Ausnahme Indiens – stabil geblieben, das beweisen die Zahlen eindeutig. Zur wirklichen Eradikation sind das Wissen und die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend. Der an sich

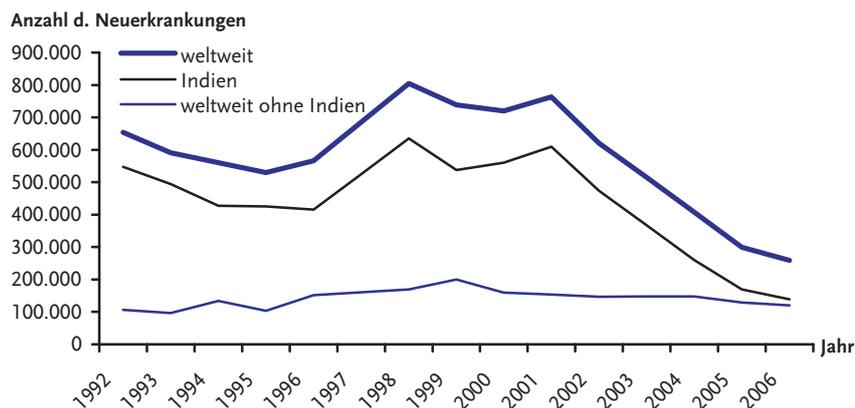


Abb. 1: Neue Leprafälle weltweit, in Indien und weltweit ohne Indien, nach Daten der WHO

Diese Woche 4/2008

Lepra:

Zum Welt-Lepra-Tag 2008:
Elimination ist nicht Eradikation

Tularämie:

- ▶ Bericht zur Häufung von Erkrankungen im Jahr 2007
- ▶ Zu drei Erkrankungsfällen im Landkreis Biberach

Veranstaltungshinweis:

Europäische Impfwoche 2008

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

1. Woche 2008

(Stand: 23. Januar 2008)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur aktuellen Situation



angebrachte Strategiewechsel, mit der Integration in das Basisgesundheitsssystem auch Diagnosestellung und Therapie zu vereinfachen, birgt zusätzliche Gefahren:

1. Die Reduzierung der Diagnose auf klinische Zeichen (nicht schmerzempfindliche Hautflecken) erfasst nur 70 % der Patienten. Damit besteht eine große Gefahr der „Untererfassung“.
2. Der Nachweis von Bakterien in für die Lepradiagnostik spezifischen Hautabstrichen (*skin smears*) wurde als diagnostische Methode verlassen. Damit werden Fehldiagnosen und „Überrfassung“ häufiger oder auch alte, ausgebrannte Fälle als Lepra behandelt.
3. Die Dauer der Therapie wurde (je nach Infektiosität) von 12–24 auf 6–12 Monate gesenkt, auch wenn bekannt ist, dass viele hochinfektiöse Patienten mit 12 Monaten nicht ausreichend kurativ behandelt werden können und damit die Ansteckungsgefahr weiterhin besteht.
4. Statt monatlicher Überwachung ist nun die offizielle Strategie der WHO, die gesamte 6- oder 12-Monatstherapie einem Angehörigen oder Gewährsmann zu geben, der wiederum die Behandlung kontrollieren soll; ein Abbruch der Therapie wird somit oft nicht mehr bemerkt.

Die Grafik (s. S. 29) gibt die Entwicklung der Neuerkrankungen weltweit wieder. Der dramatische Rückgang an neuen Lepra-Erkrankungen beschränkt sich fast ausschließlich auf

Indien. In allen anderen Ländern sind die Leprazahlen weitgehend stabil geblieben. Epidemiologisch gesehen ist der starke Abfall des Kurvenverlaufs für Indien nicht erklärbar, sodass man die veröffentlichten Zahlen nur sehr vorsichtig für Zukunftsvoraussagen verwenden kann. Erkennbar ist allerdings, dass die Transmission der Lepra weltweit weitergeht. Mit Medikamenten allein scheint Lepra nicht ausrottbar zu sein, besonders nicht in sozialen Brennpunkten. Ob dies in erster Linie ein Problem der „stillen Überträger“ (*silent transmitters*) ist, die nicht krank werden, oder eine Nebenwirkung der verkürzten Behandlungsdauer bei hochinfektiösen multibazillären Patienten ist bzw. andere Faktoren eine Rolle spielen, ist unbekannt.

Offen bleibt weiterhin, wer oder was hauptverantwortlich für die Transmission ist, wie man diese Träger identifizieren kann und wer die Erforschung dieser Fragen mit welchen Mitteln durchführen soll. Nur eine verbesserte Früherkennung von Fällen (*early case detection*) und die Behandlung von „stillen Überträgern“ könnte die Situation grundlegend verbessern und ein mögliches Wiederaufflammen der Lepra verhindern. Hierzu brauchen wir verstärkte Anstrengungen, um in stabile Referenzzentren, Ausbildung und Forschungsprojekte zu investieren.

Für diesen Beitrag danken wir Herrn Dr. Adolf Diefenhardt, Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW), der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: Adolf.Diefenhardt@dahw.de).

Bericht aus dem Konsiliarlaboratorium für Tularämie:

Zur Häufung von Tularämie-Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2007

Im Jahr 2007 kam es in der Bundesrepublik Deutschland zu einer starken Zunahme von klinisch apparenten und mikrobiologisch bestätigten Tularämiefällen beim Menschen. Bis zum 02.01.2008 wurden 21 Fälle registriert (2 Fälle aus Sachsen-Anhalt wurden erst in der 1. Kalenderwoche 2008 gemeldet, traten aber schon im Dezember 2007 auf). Dies ist die **höchste Fallzahl seit 1958**. Knapp die Hälfte der Fälle wurde in **Baden-Württemberg** beobachtet, mit einer Häufung in den Landkreisen Emmendingen/Freiburg und Biberach.

Erstmals seit Jahrzehnten wurde *Francisella (F.) tularensis* dabei aus Patientenmaterial isoliert. Einmalig für Deutschland, wurde innerhalb weniger Wochen der Erreger bei zwei unabhängigen Erkrankungsfällen im Raum Freiburg in der Blutkultur nachgewiesen (Dr. Englert, Labor Clotten; persönl. Mitteilung). Zusätzlich gelang die Anzucht aus einem Ulkus einer weiteren Patientin aus Nordwestdeutschland (Dr. Pennekamp, Mikrobiologie Soest; persönl. Mitteilung).

Ungewöhnlich waren in diesem Jahr nicht nur die Anzahl, sondern auch der Schweregrad und die unterschiedlichen Erkrankungsformen der Tularämie, die bei den 21 Patienten beschrieben wurden. Neben dem erwähnten Nachweis einer Bakteriämie bei zwei Patienten aus Freiburg ist aus epidemiologischer Sicht besonders der Fall eines 18 Monate alten Kleinkindes (ebenfalls aus Freiburg) sehr ungewöhnlich. Im letztgenannten Fall ist die Übertragung vermutlich durch eine Stechmücke erfolgt (PD Dr. v. Schnakenburg, Universitätsklinikum Freiburg, persönl. Mitteilung).

Dieser Übertragungsweg wurde bislang fast nur aus Skandinavien berichtet und stellt möglicherweise nun auch für Deutschland ein potenzielles Risiko für größere Bevölkerungsgruppen dar.

Nur in ca. 40 % der Fälle wurden Hasen als Ansteckungsquelle genannt (andere mögliche Ansteckungsquellen sind z. B. kleine Nager, Ektoparasiten und Oberflächengewässer). In acht Fällen gelang der Direktnachweis des Erregers mittels PCR oder Kultur. Gleichzeitig wurde auch eine Zunahme von mikrobiologisch oder molekularbiologisch gesicherten *F. tularensis*-Infektionen bei Feldhasen beobachtet. In der Oberpfalz und in Mittelfranken wurden an Tularämie erkrankte Hasen gefunden, in Baden-Württemberg löste ein weiteres infiziertes Tier eine Gruppenerkrankung mit drei Infektionen in einer Familie aus (s. Fallbericht S. 31).

Da im gesamten Zeitraum 1992–2005 keine Tularämiefälle bei Hasen in Deutschland an die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) gemeldet wurden und in dieser Zeit wie in den zwei Jahrzehnten davor die durchschnittliche Fallzahl beim Menschen nur bei knapp drei Erkrankungen im Jahr lag, muss für 2007 von einer deutlichen Zunahme der Inzidenz ausgegangen werden, die nicht allein mit der Verbesserung der Tularämiediagnostik in Deutschland erklärt werden kann.

Für diesen Bericht aus dem Konsiliarlaboratorium für Tularämie danken wir Herrn Dr. Spletstößer und Herrn Dr. Kopf, Abteilung für Infektionsimmunologie und -epidemiologie des Instituts für Mikrobiologie der Bundeswehr, die auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung stehen (E-Mail: WolfSpletstoeser@bundeswehr.org).

Tularämie: Zu drei Erkrankungsfällen im Landkreis Biberach

Am 5. November 2007 wurde dem Gesundheitsamt Biberach von einer Kreisklinik telefonisch mitgeteilt, dass vor einigen Tagen zwei Patienten nach Lymphknotenexstirpation entlassen worden waren. Am 2. November 2007 war der Kreisklinik ein positiver Tularämiebefund bei einem Familienangehörigen dieser Patienten gemeldet worden. Die Recherche des Kreisgesundheitsamtes Biberach ergab folgenden chronologischen Verlauf:

Bei den Erkrankten handelte es sich um eine Familie (Vater, 57 J., Mutter, 51 J., und Sohn, 27 J.). Der Sohn ist als Waldarbeiter beschäftigt und war am 22.08.2007 gemeinsam mit dem Revierförster im Pkw unterwegs. Dabei wurde ein Feldhase angefahren und das schwerverletzte Tier durch den Revierförster getötet. Der Sohn nahm den Hasen mit nach Hause. Gemeinsam mit seinem Vater wurde der Hase am 22.08.2007 abgebalgt, anschließend von der Mutter in zwei Portionen in der Tiefkühltruhe gelagert.

Drei Tage später (25.08.) klagte der Vater über grippeähnliche Symptome (Fieber 39–40 °C; Zephalgie; Gliederschmerzen). Am 26.08. traten diese Symptome (zusätzlich Schwindel) bei der Mutter und dem Sohn auf. Die Tochter als viertes Familienmitglied war symptomfrei; sie war an dem Tag, als der Hase abgebalgt wurde, nicht zu Hause.

In den folgenden Wochen imponierten bei den drei Betroffenen grippeähnliche Symptome und eine zunehmende Adynamie. Laborchemische Untersuchungen beim Hausarzt zeigten lediglich unspezifische Entzündungsparameter im Blutserum. Die weitere internistische Abklärung (Röntgen Lunge und Sonographie) erbrachte keinen Hinweis auf die Diagnose.

Die Mutter berichtete über eine auffällige Wundheilungsstörung: Nach einer Brandblase (mögl. Eintrittspforte) am rechten Mittelfinger schwell der Finger stark an und heilte erst nach Wochen. Mitte Oktober 2007 entwickelte sich beim Vater eine Lymphknotenschwellung im Bereich der linken Axilla und des linken Ellbogens. Der abszedierende Lymphknoten im linken Ellbogen wurde in der Universitätsklinik Ulm exstirpiert. Bei Mutter und Sohn imponierten ebenfalls Lymphknotenschwellungen (Mutter: linker Ellbogen; Sohn: Axilla links), die sich daraus entwickelnden Abszesse wurden in der Kreisklinik chirurgisch entfernt.

Die Tochter der Familie arbeitet in einem medizinischen Diagnostikzentrum. Nachdem bei ihren Familienangehörigen die grippalen Symptome über viele Wochen persistierten, entnahm sie am 19.10.2007 bei ihrem Vater Blutserum und ließ es an ihrem Arbeitsplatz analysieren. Am 02.11. wurden dort erhöhte Antikörper gegen *Francisella (F.) tularensis* nachgewiesen (IgG-IFT: 1:2.560 Titer; Normal: <1:40 und IgM-IFT: 1:160 Titer; Normal: <1:20). Der Befund wurde als dringend verdächtig für eine akute/kürzliche Tularämie dem Betroffenen und der Kreisklinik, in der Mutter und Sohn operiert worden waren, mitgeteilt.

Die drei Erkrankten wurden durch den Hausarzt aufgrund des Verdachts einer Tularämie antibiotisch behandelt. Der Laborarzt des Diagnosezentrums wurde durch das Gesundheitsamt gebeten, das (noch vorhandene) Untersuchungsmaterial der drei Patienten an das Konsiliarlaboratorium für Tularämie in München zu senden. Eine Tularämie konnte bei den drei Familienmitgliedern bestätigt werden.

Das Kreisveterinäramt holte die zwei Hasenportionen aus der Gefriertruhe der Familie ab und brachte die Proben zur Untersuchung in ein Veterinärlaboratorium. Dieses Institut veranlasste die Weiterleitung des Hasen an das Konsiliarlaboratorium für Tularämie. Dort konnte bei dem Hasen sowohl kulturell als auch molekularbiologisch ein massiver Befall mit *F. tularensis* verifiziert werden.

Die Familie wurde durch das Veterinäramt vor Ort über notwendige Maßnahmen (Lebensmittel/Desinfektion) beraten. Weiterhin wurden die örtlichen Jäger informiert.

Das Kreisgesundheitsamt Biberach veranlasste im Januar 2008 eine Labor-Kontroll-Untersuchung der Familie, die im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg durchgeführt wurde. Diese dokumentiert folgendes Ergebnis: Bei den drei Familienmitgliedern mit klinischen Symptomen zeigten die IFT-Antikörper (IgG und IgM) im Blutserum eine deutlich rückläufige Tendenz im Vergleich zur Voruntersuchung. Die Tochter hatte erwartungsgemäß IFT-Antikörper im Normbereich.

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. med. Wolfgang Schätzle und Herrn Robert Schwenk, Landratsamt Biberach. Dr. Schätzle steht auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: Wolfgang.Schaetzle@biberach.de).

Europäische Impfwoche 2008: Aufruf zur Unterstützung und aktiven Beteiligung

Das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veranstaltet vom 21. bis zum 27. April 2008 die Europäische Impfwoche und hat alle Mitgliedsstaaten erneut zur Unterstützung aufgerufen. Auch im Jahr 2008 unterstützen das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut (RKI) die Europäische Impfwoche.

Ziel dieser Initiative ist eine Steigerung der Impfquoten, die durch Erhöhung des allgemeinen Bewusstseins zum Thema Impfungen erreicht werden soll. Die konkreten Maßnahmen für die Gestaltung der Impfwoche sind den einzelnen Mitgliedsstaaten überlassen. Sie können Impfkampagnen für bestimmte Zielgruppen, Fortbildungsveranstaltungen, Plakataktionen, Pressekonferenzen u. ä. umfassen.

Am Robert Koch-Institut wird im Rahmen der Europäischen Impfwoche am 23.04.2008 ein Expertenworkshop zum Stand der Maserneliminierung in Deutschland stattfinden. Dabei sollen Erfahrungen und Ergebnisse diskutiert werden, die seit dem im Jahr 2006 gemeinsam mit der WHO durchgeführten internationalen Erfahrungsaustausch zum Thema „Probleme der Maserneliminierung in deutschsprachigen Ländern und Gebieten Europas“ erzielt wurden. Darüber hinaus soll auch an das Experten-

treffen anlässlich der Europäischen Impfwoche 2007 zum Thema „Jugendliche und Impfung“ angeknüpft werden. Da die Meldezahlen zu Masernerkrankungen in Deutschland auf eine Immunitätslücke bei Jugendlichen hindeuten, kommt dieser Zielgruppe eine besondere Bedeutung zu. Geichzeitig müssen aber alle Maßnahmen aufrechterhalten und verstärkt werden, die dem WHO-Ziel der Maserneliminierung bis zum Jahr 2010 dienen.

Die Europäische Impfwoche bietet eine gute Gelegenheit, Initiativen zu bündeln, die Öffentlichkeit zu erreichen und den Impfgedanken zu fördern. Das RKI begrüßt es daher, wenn sich möglichst viele Partner der Impfprävention an der Europäischen Impfwoche beteiligen. Wie schon im letzten Jahr, planen auch einige Bundesländer eigene Aktionen im Rahmen der Impfwoche.

Weitere Informationen und Arbeitsdokumente zur Europäischen Impfwoche finden Sie auf der Internetseite der WHO: http://www.euro.who.int/vaccine/eiw/20050608_1.

Ansprechpartnerin am RKI ist Dr. Sabine Reiter (ReiterS@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

1. Woche 2008 (Datenstand v. 23.1.2008)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	66	66	93	0	0	2	3	3	1	34	34	72	0	0	0
Bayern	68	68	60	1	1	3	21	21	9	38	38	69	0	0	2
Berlin	18	18	16	0	0	0	1	1	0	12	12	10	1	1	0
Brandenburg	14	14	15	1	1	1	1	1	3	9	9	13	1	1	0
Bremen	2	2	1	0	0	0	1	1	0	2	2	1	0	0	0
Hamburg	6	6	19	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0
Hessen	16	16	31	0	0	0	1	1	1	24	24	36	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	12	12	13	0	0	0	5	5	2	8	8	14	0	0	0
Niedersachsen	39	39	39	1	1	4	2	2	2	44	44	40	1	1	2
Nordrhein-Westfalen	115	115	191	3	3	7	12	12	15	102	102	112	1	1	0
Rheinland-Pfalz	26	26	51	1	1	0	3	3	0	15	15	31	1	1	0
Saarland	8	8	17	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0	0	0
Sachsen	36	36	56	0	0	1	8	8	5	26	26	25	0	0	1
Sachsen-Anhalt	9	9	14	0	0	0	2	2	6	20	20	20	0	0	0
Schleswig-Holstein	3	3	22	0	0	1	0	0	3	13	13	6	0	0	1
Thüringen	19	19	17	0	0	0	5	5	7	14	14	16	1	1	0
Deutschland	457	457	655	7	7	19	65	65	54	367	367	472	6	6	6

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	0	0	5	0	0	1	8	8	13
Bayern	1	1	2	1	1	4	21	21	14
Berlin	2	2	0	1	1	1	9	9	8
Brandenburg	1	1	0	0	0	1	1	1	2
Bremen	0	0	0	0	0	1	1	1	2
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	2	0	0	0	2	2	8
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	1	1	0	0	0	1
Niedersachsen	1	1	3	1	1	2	2	2	6
Nordrhein-Westfalen	2	2	1	2	2	1	2	2	13
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Saarland	0	0	0	1	1	0	1	1	2
Sachsen	1	1	1	0	0	0	2	2	8
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Schleswig-Holstein	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Thüringen	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Deutschland	9	9	16	7	7	13	51	51	84

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-labor diagnostisch 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,

1. Woche 2008 (Datenstand v. 23.1.2008)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
0	0	4	1.067	1.067	746	90	90	50	2	2	4	1	1	0	Baden-Württemberg
4	4	7	627	627	608	89	89	75	2	2	5	0	0	1	Bayern
1	1	1	573	573	415	62	62	16	3	3	3	0	0	0	Berlin
0	0	2	503	503	339	109	109	32	2	2	0	2	2	0	Brandenburg
0	0	0	32	32	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	Bremen
0	0	1	117	117	139	13	13	5	0	0	1	0	0	0	Hamburg
0	0	2	341	341	142	47	47	27	1	1	2	1	1	0	Hessen
1	1	1	428	428	177	63	63	47	1	1	1	1	1	0	Mecklenburg-Vorpommern
2	2	3	1.177	1.177	342	73	73	25	0	0	1	1	1	0	Niedersachsen
8	8	9	2.247	2.247	1.144	177	177	112	4	4	7	1	1	2	Nordrhein-Westfalen
1	1	3	535	535	141	66	66	49	2	2	2	0	0	0	Rheinland-Pfalz
0	0	1	186	186	43	19	19	7	0	0	0	0	0	0	Saarland
9	9	8	990	990	211	166	166	67	0	0	2	2	2	1	Sachsen
1	1	6	303	303	193	45	45	51	3	3	0	0	0	0	Sachsen-Anhalt
0	0	0	305	305	114	14	14	6	1	1	3	0	0	0	Schleswig-Holstein
2	2	2	501	501	218	70	70	9	1	1	1	0	0	1	Thüringen
29	29	50	9.932	9.932	4.977	1.104	1.104	578	22	22	32	9	9	5	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
1	1	1	0	0	0	5	5	2	Baden-Württemberg	
0	0	0	4	4	0	8	8	7	Bayern	
1	1	0	0	0	0	5	5	3	Berlin	
0	0	1	0	0	0	0	0	1	Brandenburg	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	Bremen	
0	0	0	0	0	0	5	5	4	Hamburg	
1	1	0	0	0	0	7	7	8	Hessen	
1	1	0	0	0	0	1	1	3	Mecklenburg-Vorpommern	
2	2	1	0	0	0	4	4	9	Niedersachsen	
2	2	3	0	0	2	12	12	19	Nordrhein-Westfalen	
0	0	1	0	0	0	1	1	1	Rheinland-Pfalz	
1	1	0	0	0	0	0	0	3	Saarland	
0	0	0	0	0	0	2	2	2	Sachsen	
0	0	0	0	0	0	1	1	3	Sachsen-Anhalt	
0	0	0	0	0	1	1	1	4	Schleswig-Holstein	
1	1	0	0	0	0	1	1	2	Thüringen	
10	10	7	4	4	3	53	53	72	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

1. Woche 2008 (Datenstand v. 23.1.2008)

Krankheit	1. Woche 2008	1.–1. Woche 2008	1.–1. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	3	3	11	372
Brucellose	1	1	0	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	4	71
Dengue-Fieber	3	3	2	260
FSME	0	0	1	236
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	1	43
Hantavirus-Erkrankung	8	8	4	1.674
Hepatitis D	0	0	0	9
Hepatitis E	1	1	0	72
Influenza	28	28	14	18.884
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	2	0	93
Legionellose	3	3	7	503
Leptospirose	0	0	2	164
Listeriose	5	5	7	336
Ornithose	0	0	0	10
Paratyphus	0	0	0	70
Q-Fieber	0	0	1	81
Trichinellose	0	0	0	10
Tularämie	2	2	0	19
Typhus abdominalis	1	1	0	59

* 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 etwas zurückgegangen und liegt bundesweit im Bereich der Hintergrundaktivität, im Süden ist sie geringfügig erhöht.

Europa: In den 27 Ländern, die in der 2. KW 2008 an EISS gemeldet haben, wurde keine Influenza-Aktivität (2 Länder), sporadische Aktivität (10 Länder), lokale Aktivität (5 Länder), regionale Aktivität (2 Länder) und in 8 Ländern ausgedehnte Influenza-Aktivität (**England, Frankreich, Ungarn, Italien, Luxemburg, die Niederlande, Spanien und die Schweiz**) festgestellt. Weitere Informationen auf den Internetseiten des *European Influenza Surveillance Scheme*: <http://www.eiss.org>.

Aviäre Influenza

Bei Vögeln/Geflügel, Deutschland: Keine Fälle bei Wildvögeln bzw. Ausbrüche bei Geflügel in Deutschland. Weitere Informationen finden Sie unter: www.fli.bund.de.

Bei Vögeln/Geflügel, international: Im **Vereinigten Königreich** wurde bei 2 weiteren Schwänen in Dorset A/H5N1 bestätigt. Die OIE bestätigte neue Ausbrüche von A/H5N1 in der **Ukraine**, im **Iran**, in **Indien** und der **Türkei** (Provinz Zonguldak, Schwarzmeerküste). Bei den Ausbrüchen in Indien in 7 von 19 Distrikten in West-Bengal scheint sich die Durchsetzung von Kontrollmaßnahmen schwierig zu gestalten, nach Presseberichten ist die Keulung von bis zu 2 Millionen Hühnern und Enten vorgesehen. Informationen zur Verbreitung von H5N1-Infektionen bei Geflügel und Wildvögeln s. Homepage der *World Organisation for Animal Health*: www.oie.int/eng/info.

Aviäre Influenza bei Menschen, international: Der Gesundheitsminister von **Indonesien** hat einen neuen Fall einer humanen H5N1-Infektion bekannt gegeben. Es handelt es sich um einen 8-jährigen Jungen aus dem Tangerang-Distrikt (Provinz Banten), der am 07.01. erkrankte und am 16.01. ins Krankenhaus eingeliefert wurde, wo er am 18.01.2008 starb. Die Infektionsursache wird noch untersucht. Weitere aktuelle Informationen zu humanen Fällen aviärer Influenza unter www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html (WHO).

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 3. Woche 2008 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI (<http://influenza.rki.de/agi>), dem NRZ für Influenza am RKI und dem 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 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadatj@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
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-2459

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 infektionsepidemiologischen 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 vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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** unter 030 18.754-2265 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 A-14273