



Epidemiologisches Bulletin

15. März 2010 / Nr. 10

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Clostridium-difficile-Infektionen: Übermittlungen gemäß IfSG von 01/2008 bis 12/2009

Seit Ende des Jahres 2007 sind schwer verlaufende *Clostridium-difficile*-Infektionen (CDI) und das Auftreten von Ribotyp-027-Isolaten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch den behandelnden Arzt zu melden. **Labor-diagnostisch bzw. endoskopisch/histologisch gesicherte CDI** müssen dazu mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- ▶ Notwendigkeit einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion,
- ▶ Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen,
- ▶ chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis,
- ▶ Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung und CDI als Ursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

und/oder

- ▶ Nachweis des Ribotyps 027.

Seit dem 1.1.2008 bis zum 31.12.2009 wurden insgesamt 7.471 Fälle (6.350 aus Sachsen, 1.121 aus den anderen Bundesländern) übermittelt, wovon 817 den Meldetatbestand erfüllten, d. h. Angaben zu den Kriterien für eine schwer verlaufende CDI bzw. zum Nachweis von Ribotyp 027 zur Verfügung standen. Aus dem Bundesland Sachsen liegen aufgrund der dort gültigen Landesverordnung Daten zu allen CDI-Fällen unabhängig von der Schwere des klinischen Verlaufes vor, so dass hier eine Beurteilung der Krankheitslast möglich ist. Ein Herausfiltern der schwer verlaufenden Erkrankungen ist aber aufgrund des abweichenden Meldemodus schwierig. Von den übermittelten 817 Fällen wiesen 733 (89,7%) einen schweren Krankheitsverlauf auf, bei 114 (14,0%) Patienten wurde ein *C. difficile*-Isolat mit dem Ribotyp 027 (schwere und nicht schwere Verläufe) nachgewiesen (s. Tab. 1, S. 80). Die gemittelte bundesweite Inzidenz (2008/2009) der schweren Verläufe betrug 0,45 pro 100.000 Einwohner, variiert aber in den einzelnen Bundesländern zwischen 0 (Bremen) und 2,03 pro 100.000 Einwohner (Saarland). Die möglichen Gründe hierfür sind vielfältig und können durch die erhobenen Surveillance-Daten allein nicht analysiert werden.

Das Durchschnittsalter lag bei 76,4 Jahren, nahezu 90% der Patienten waren über 65 Jahre alt. Es waren überwiegend Frauen (56,0%) betroffen, was auf den höheren Frauenanteil in der älteren Bevölkerung zurückgeführt werden kann. Insgesamt traten 441 (54,0%) Todesfälle auf, bei denen eine CDI direkt ursächlich beteiligt war oder nach Auffassung des behandelnden Arztes zum Tode beigetragen hat. Darunter waren 45,6% Männer und 54,4% Frauen im Alter von 25 bis 99 Jahren. Der Meldetatbestand einer schwer verlaufenden CDI wegen einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion war bei 201 (24,6%) Patienten gegeben. Bei 136 (16,7%) Patienten wurde die Verlegung auf eine Intensivstation und bei 30 (3,7%) Patienten ein chirurgischer Eingriff aufgrund einer Darmperforation, eines Megakolon bzw. einer Therapie-refraktären Kolitis als Begründung für die Klassifizierung als schwerer Verlauf angegeben. Der hohe Anteil der Todesfälle könnte darauf hinweisen, dass von einer Unter-

Diese Woche

10/2010

Clostridium-difficile-Infektionen
Übermittlungen von Infektionen
nach IfSG zwischen 2008–2009

Veranstaltungshinweis
Europäische Impfwoche 2010

Erratum
Monatsstatistik
nichtnamentlicher Meldungen
des Nachweises ausgewählter
Infektionen Dezember 2009
(Datenstand: 1. März 2010)

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten**
Aktuelle Statistik
7. Woche 2010
(Datenstand: 10. März 2010)

ARE/Influenza, Neue Influenza
Zur Situation in der
9. Woche 2010



	2008	2009	Jan. 2008 bis Dez. 2009
übermittelte Fälle nach IfSG	416	401	817
	n (%)	n (%)	n (%)
Fälle mit schwerem Verlauf	365 (87,7)	368 (91,8)	733 (89,7)
Kriterien für einen schweren Verlauf [#] :			
▶ Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion	105 (25,2)	96 (23,9)	201 (24,6)
▶ Verlegung auf Intensivstation	69 (16,6)	67 (16,7)	136 (16,7)
▶ chirurgischer Eingriff	11 (2,6)	19 (4,7)	30 (3,7)
▶ Tod	222 (53,4)	219 (54,6)	441 (54,0)
Ribotyp o27	65 (15,6)	49 (12,2)	114 (14,0)
Ribotyp o27 mit schwerem Verlauf	14	16	30
Kriterien für einen schweren Verlauf [#] :			
▶ Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion	6	4	10
▶ Verlegung auf Intensivstation	0	5	5
▶ chirurgischer Eingriff	2	1	3
▶ Tod	8	6	14

Tab. 1: Übermittlungen von schweren Verläufen einer *Clostridium-difficile*-Infektion bzw. des Nachweises von Ribotyp-o27-Isolaten nach IfSG; Januar 2008 bis Dezember 2009 ([#] Mehrfachangaben möglich)

erfassung schwer verlaufender Fälle ohne Todesfolge ausgegangen werden muss.

Es liegen insgesamt 138 Ribotypisierungsergebnisse vor. Davon entfallen 114 auf Ribotyp o27, 21 auf Ribotyp o01 und jeweils nur 1–2 auf die Ribotypen o09, o42, o53, o63 und o79. Bei 3 Isolaten wurde Ribotyp o27 labordiagnostisch ausgeschlossen, eine weitere Differenzierung erfolgte jedoch nicht. Dreißig (26,3 %) Patienten, bei denen ein Ribotyp-o27-Isolat gefunden wurde, zeigten einen schweren Krankheitsverlauf, darunter waren 14 Todesfälle. Stratifiziert man nach

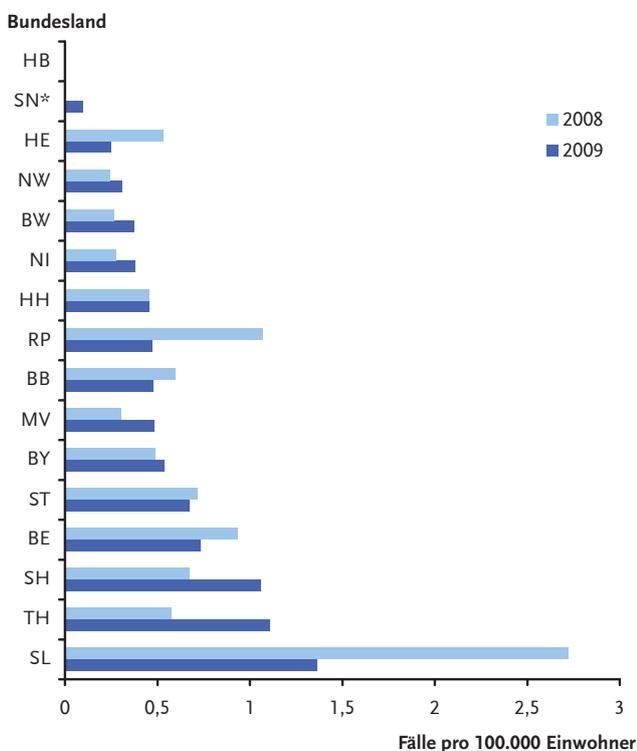


Abb. 1: Übermittelte Fälle von schweren Verläufen einer *C.-difficile*-Infektion nach IfSG pro 100.000 Einwohner nach Bundesland, 2008 und 2009

* Aufgrund der in Sachsen gültigen LVO ist eine Einordnung der gemeldeten Fälle entsprechend den Meldekriterien nicht immer möglich.

(BB: Brandenburg, BE: Berlin, BW: Baden-Württemberg, BY: Bayern, HB: Bremen, HE: Hessen, HH: Hamburg, MV: Mecklenburg-Vorpommern, NI: Niedersachsen, NW: Nordrhein-Westfalen, RP: Rheinland-Pfalz, SH: Schleswig-Holstein, SL: Saarland, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, TH: Thüringen)

Bundesländern, so finden sich deutliche Unterschiede in der Anzahl der Ribotyp-o27-Meldungen. So wurden aus dem Saarland 38, aus Hessen 29, aus Rheinland-Pfalz 17, aus mehreren anderen Bundesländern aber nur vereinzelte oder keine Ribotyp-o27-Nachweise übermittelt. Dies kann auf eine erhöhte Prävalenz von Ribotyp o27 im Südwesten Deutschlands hinweisen, wobei verschiedene andere Einflussfaktoren auch eine wichtige Rolle spielen können. So hängt die Anzahl der Ribotyp-o27-Nachweise unter anderem auch davon ab, wie häufig bei Vorliegen einer CDI eine molekularbiologische Untersuchung veranlasst wird. Hier spielt das Konzept der Basisdiagnostik in den durchführenden Laboren eine wichtige Rolle. Häufig beschränkt man sich auf den Toxinnachweis und eine kulturelle Anzucht der Erreger wird nicht routinemäßig durchgeführt, so dass vielfach keine Isolate für eine Genotypisierung zur Verfügung stehen. Um aussagekräftige Daten zu erhalten, wäre es wünschenswert, die entsprechenden Verfahren in größerem Umfang einzusetzen. Da keine Daten zur Anzahl der insgesamt durchgeführten Genotypisierungen als Bezugsgröße vorliegen, ist eine Interpretation der übermittelten Ribotyp-o27-Nachweise problematisch.

Vergleicht man die Daten der Jahre 2008 und 2009, finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Gesamtzahl der gemeldeten Fälle und in der Häufigkeit des Auftretens der verschiedenen Meldekriterien. Während die bundesweite Inzidenz der schwer verlaufenden CDI konstant geblieben ist, sind bei einigen Bundesländern deutliche Unterschiede zu verzeichnen (s. Abb. 1). So ist es im Saarland, in Rheinland-Pfalz und Hessen zu einem Absinken der Inzidenz auf die Hälfte des Vorwertes gekommen, während Thüringen und Schleswig-Holstein einen deutlichen Zuwachs zeigen. Inwieweit diese Schwankungen einen tatsächlichen Abfall bzw. Anstieg widerspiegeln oder ob hier auch andere Faktoren, wie z. B. Änderungen des Meldeverhaltens, eine Rolle spielen, lässt sich nur schwer einschätzen. Es können keine Angaben zu dem Anteil von schwer verlaufenden Erkrankungen an dem Gesamtaufkommen der CDI gemacht werden, da Daten zu der Bezugsgröße

nicht verfügbar sind. Ebenso hat sich in einigen Bundesländern die Anzahl der übermittelten Ribotyp-027-Nachweise von 2008 auf 2009 verändert. So wurden aus Hessen und dem Saarland deutlich weniger, aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen aber mehr Ribotyp-027-Nachweise übermittelt.

Bei einem Teil der gemeldeten Fälle wurden keine Angaben zu den Kriterien, die zur Meldung als schwerer Fall geführt haben gemacht, weshalb diese nicht in die Auswertung mit einbezogen werden konnten. In einigen Bundesländern überschreitet dieser Anteil mehr als 30 % der gemeldeten Fälle. Dies möchten wir zum Anlass nehmen, die Gesundheitsämter dazu anzuregen, Informationen, die eine Einordnung der Fälle entsprechend der Meldekriterien ermöglichen, zu erfassen und in strukturierter Form zu übermitteln, um eine solide Datenbasis für die erforderlichen Analysen zu schaffen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass höchstwahrscheinlich die Zahl der CDI mit schwerem Verlauf deutlich unterschätzt wird, was u. a. dadurch bedingt ist, dass sich die CDI-Surveillance im Gegensatz zu den meisten anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten nach § 6 IfSG, für die zusätzlich eine Labormeldepflicht besteht, allein auf die Arztmeldepflicht stützt. Hinzu kommt, dass die klinische Bewertung des Krankheitsbildes bei den vielfach multimorbiden älteren Patienten schwierig sein kann. Trotz der Einschränkungen sind die erhobenen Surveillance-Daten ein geeignetes Instrument, um Trends in der Entwicklung von schweren CDI aufzuzeigen, und liefern wichtige Anhaltspunkte zur Einschätzung der Situation in Deutschland.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, FG 32 „Surveillance“, erarbeitet von Dr. Tim Eckmanns und Dr. Birgitta Schweickert (E-Mail: EckmannsT@rki.de, SchweickertB@rki.de), die auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung stehen.

Veranstaltungshinweis: Europäische Impfwoche 2010

Das Regionalbüro Europa der WHO veranstaltet vom 24. April bis zum 1. Mai 2010 die 5. Europäische Impfwoche und hat alle Mitgliedstaaten erneut zur Teilnahme aufgerufen. An der Initiative beteiligten sich 2009 insgesamt 36 Länder in der Region und Partnerorganisationen, wie die UNICEF und das ECDC. Das BMG und das RKI unterstützen, wie in den Vorjahren, auch 2010 die Europäische Impfwoche.

Ziel dieser WHO-Initiative ist es, auf das Thema Schutzimpfungen aufmerksam zu machen und den Impfschutz zu verbessern. Die Maßnahmen für die konkrete Ausgestaltung der Impfwoche sind den einzelnen Mitgliedstaaten überlassen. Sie können Impfaktionen für bestimmte Zielgruppen, Fortbildungsveranstaltungen, Plakataktionen, Pressekonferenzen u. ä. umfassen. 2010 liegt ein besonderer Schwerpunkt der Europäischen Impfwoche auf dem für die WHO-Region vereinbarten Ziel der Masernelimination, das bis Ende 2010 erreicht sein sollte.

Die Europäische Impfwoche bietet eine gute Gelegenheit, Initiativen zu bündeln, die Öffentlichkeit zu informieren und den Impfgedanken zu fördern. Das RKI begrüßt es daher, wenn sich wieder möglichst viele Partner mit dem Thema Impfprävention an der Europäischen Impfwoche beteiligen. Um den Impfgedanken zu unterstreichen, findet die Europäische Impfwoche erstmals zeitgleich mit den Impfwochen in der panamerikanischen Region sowie der WHO-Region im östlichen Mittelmeerraum statt.

Weitere Informationen und Arbeitsdokumente zur Europäischen Impfwoche finden sich auf der Internetseite der WHO unter <http://www.euro.who.int/eiw>.

Ansprechpartner am RKI sind Dr. Sabine Reiter (E-Mail: ReiterS@rki.de), Dietmar Walter (E-Mail: WalterD@rki.de) und Merle Böhmer (E-Mail: BöhmerM@rki.de).

Erratum: Im *Epidemiologischen Bulletin* 9/2010 S. 83 sind versehentlich inkorrekte Zahlen in der Monatsstatistik (Berichtsmonat: Dezember 2009) publiziert worden, nachfolgend werden die korrekten Zahlen wiedergegeben:

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten															
Berichtsmonat: Dezember 2009 (Datenstand: 1.3.2010)															
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008			
	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	
Baden-Württemberg	15	207	255	16	272	280	4	64	76	2	16	24	0	0	2
Bayern	14	355	387	25	382	348	6	91	94	0	28	22	0	2	3
Berlin	19	400	655	42	438	462	0	40	43	0	2	4	0	0	4
Brandenburg	2	26	61	4	50	42	0	4	5	0	1	0	0	0	2
Bremen	0	36	31	4	36	41	1	16	15	0	1	2	0	0	0
Hamburg	8	163	196	12	205	182	4	62	63	0	3	0	0	0	0
Hessen	16	169	223	23	234	252	3	55	38	0	10	13	0	0	2
Mecklenburg-Vorpommern	1	31	31	1	30	39	1	3	3	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	19	163	190	13	170	169	1	34	40	0	8	7	0	2	2
Nordrhein-Westfalen	36	689	766	52	689	694	8	111	114	1	24	25	0	2	4
Rheinland-Pfalz	4	69	95	7	108	95	0	21	21	0	5	6	0	2	1
Saarland	1	22	24	2	25	33	0	2	5	0	3	2	0	0	0
Sachsen	6	124	155	4	85	79	0	6	11	0	1	3	0	0	3
Sachsen-Anhalt	1	25	50	1	48	43	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	7	49	45	1	61	62	1	8	15	0	2	4	0	0	0
Thüringen	1	26	25	1	23	21	0	5	6	0	2	3	0	0	0
Deutschland	150	2.556	3.189	208	2.856	2.843	29	523	553	3	106	115	0	8	23

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

7. Woche 2010 (Datenstand: 10.3.2010)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Baden-Württemberg	53	591	697	1	10	11	0	21	29	22	226	230	0	9	16
Bayern	58	586	803	1	9	14	7	73	98	44	355	358	2	11	17
Berlin	42	285	202	0	2	10	0	11	44	8	78	48	0	7	4
Brandenburg	34	169	213	0	1	1	5	33	37	11	92	86	1	2	2
Bremen	3	35	21	0	0	0	0	5	3	2	17	14	0	0	0
Hamburg	13	155	163	1	1	3	0	5	4	2	46	113	3	8	3
Hessen	42	375	350	2	3	1	2	11	12	19	130	159	0	2	7
Mecklenburg-Vorpommern	17	141	138	0	0	1	4	31	26	13	80	79	0	0	0
Niedersachsen	41	499	468	2	15	7	9	64	36	20	253	295	0	2	1
Nordrhein-Westfalen	149	1.708	1.483	4	24	20	24	143	125	78	563	750	1	7	7
Rheinland-Pfalz	35	347	299	0	12	10	3	32	29	18	137	185	0	3	2
Saarland	6	154	106	0	1	1	2	3	4	4	37	53	0	1	1
Sachsen	52	457	494	0	11	5	4	76	68	21	194	197	0	1	3
Sachsen-Anhalt	11	97	147	0	3	1	9	50	44	15	137	114	0	0	2
Schleswig-Holstein	23	242	208	0	3	4	1	6	6	9	80	75	0	1	1
Thüringen	29	157	178	0	1	0	11	97	75	10	171	106	0	0	2
Deutschland	608	5.998	5.970	11	96	89	81	661	640	296	2.596	2.862	7	54	68

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Baden-Württemberg	3	19	22	689	4.942	6.710	77	522	525	10	61	71	0	3	2
Bayern	3	64	54	1.259	10.514	8.749	166	947	1.345	9	86	105	0	3	6
Berlin	1	12	12	221	1.654	2.260	86	404	731	6	41	37	2	6	6
Brandenburg	0	17	11	388	2.975	3.122	144	540	1.050	0	15	16	0	1	3
Bremen	2	5	2	41	260	817	2	49	76	0	4	9	0	0	0
Hamburg	0	8	18	164	1.130	1.553	23	161	308	3	10	8	0	1	2
Hessen	5	28	30	525	4.438	4.019	93	356	435	8	36	29	0	2	5
Mecklenburg-Vorpommern	1	9	12	429	3.765	1.484	58	339	581	1	14	16	0	1	4
Niedersachsen	2	40	32	870	5.344	5.685	107	583	887	5	33	18	3	8	7
Nordrhein-Westfalen	8	78	85	1.530	10.376	16.552	146	844	1.831	7	93	74	3	13	18
Rheinland-Pfalz	0	29	21	445	3.321	3.346	74	296	539	5	20	31	1	5	3
Saarland	0	7	7	129	657	878	11	56	164	0	2	7	0	0	1
Sachsen	3	66	65	656	5.286	5.944	132	641	1.103	2	50	38	1	7	9
Sachsen-Anhalt	0	20	14	836	5.738	3.033	134	332	717	2	7	13	0	2	0
Schleswig-Holstein	1	10	21	289	1.693	1.871	26	173	158	0	17	7	0	1	1
Thüringen	5	35	33	875	5.609	2.912	46	295	439	3	11	23	1	3	5
Deutschland	34	447	439	9.346	67.702	68.935	1.325	6.538	10.889	61	500	502	11	56	72

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

7. Woche 2010 (Datenstand: 10.3.2010)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.
Baden-Württemberg	2	6	14	2	7	10	19	97	94
Bayern	2	16	22	1	14	16	23	124	149
Berlin	0	5	10	2	3	8	14	65	89
Brandenburg	1	2	2	0	2	0	1	8	11
Bremen	0	4	3	0	0	1	0	2	3
Hamburg	0	0	4	1	6	3	0	13	16
Hessen	2	7	13	1	7	3	4	35	39
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	8	0	2	0	0	4	7
Niedersachsen	1	7	10	1	5	5	2	31	40
Nordrhein-Westfalen	4	24	29	3	32	29	13	119	115
Rheinland-Pfalz	0	8	4	1	10	8	2	26	44
Saarland	0	5	0	0	0	1	1	12	6
Sachsen	0	1	3	0	4	4	10	46	14
Sachsen-Anhalt	1	2	2	0	1	1	1	14	22
Schleswig-Holstein	1	3	7	1	2	6	4	20	27
Thüringen	0	1	4	1	2	1	6	21	21
Deutschland	14	93	135	14	97	96	100	637	697

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.	7.	1.–7.	1.–7.
Baden-Württemberg	1	7	10	1	3	3	9	63	71
Bayern	1	9	24	0	6	2	11	64	64
Berlin	1	6	11	6	34	5	16	39	31
Brandenburg	0	1	3	0	6	2	1	8	12
Bremen	0	0	1	0	0	0	1	3	13
Hamburg	0	1	1	1	8	54	4	25	28
Hessen	0	2	4	0	1	5	5	38	58
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	0	0	0	0	0	12
Niedersachsen	1	5	11	1	3	9	2	38	40
Nordrhein-Westfalen	3	19	24	2	8	32	27	143	159
Rheinland-Pfalz	0	1	2	0	0	2	1	21	26
Saarland	0	1	0	0	0	0	0	7	8
Sachsen	1	2	6	0	0	0	0	18	23
Sachsen-Anhalt	0	1	2	0	0	0	3	20	12
Schleswig-Holstein	0	0	10	0	1	0	3	12	13
Thüringen	0	3	3	0	0	0	3	13	10
Deutschland	8	59	114	11	70	114	86	512	580

gegeben. 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). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

7. Woche 2010 (Datenstand: 10.3.2010)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	7. Woche	1.–7. Woche	1.–7. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	31	16	169
Brucellose	0	3	3	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	11	12	86
Dengue-Fieber	8	37	25	298
FSME	0	1	1	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	1	7	66
Hantavirus-Erkrankung	14	126	10	181
Hepatitis D	1	1	0	7
Hepatitis E	3	18	8	108
Influenza	64	2.547	19.970	175.572
zusätzliche aggregierte Übermittlungen +	0	199	0	53.070
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	20	31	185
Legionellose	4	120	57	503
Leptospirose	0	4	9	92
Listeriose	5	43	48	394
Ornithose	1	1	2	26
Paratyphus	0	1	6	76
Q-Fieber	2	15	10	191
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	0	4	4	10
Typhus abdominalis	1	7	6	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Ab dem 18.11.2009 können Fälle der Neuen Influenza A/H1N1 auch aggregiert übermittelt werden, auch nachträglich für die Vorwochen. Darunter sind Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprechen.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

- ▶ **Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**
Niedersachsen, 52 Jahre, männlich (Infektionsland Indien) (9. Chikungunya-Fall 2010)
- ▶ **Lepra:** Hessen, 24 Jahre, weiblich (Infektionsland Somalia) (2. Lepra-Fall 2009)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 9. Kalenderwoche 2010

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 9. KW 2010 gesunken, sie liegt im geringfügig erhöhten Bereich. Die geringfügig erhöhte ARE-Aktivität wird zurzeit nicht durch eine erhöhte Influenza-Aktivität, sondern wahrscheinlich durch andere Erreger akuter respiratorischer Erkrankungen verursacht.

International, Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance durch EISN: Die pandemische Erkrankungswelle hat ihren Höhepunkt in ganz Europa überschritten. Für die 8. KW 2010 wird nur noch von einem Land über eine mittlere klinische Aktivität berichtet (Griechenland), alle anderen Länder meldeten niedrige Influenza-Aktivität bzw. Aktivität im Hintergrundbereich. Informationen unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Im ECDC Executive update vom 8.3.2010 wird neben Ergebnissen der europäischen Surveillance auf eine aktuelle Veröffentlichung aus Norwegen zu einer Mutation im Hämagglutinin (D222G) hingewiesen, die nach dieser Studie mit schweren Verlaufsformen der Neuen Influenza assoziiert ist. Grafisch aufbereitet werden auch die Inzidenzen bei gemeldeten laborbestätigten Todesfällen in den europäischen Mitgliedsländern verglichen. Abrufbar unter: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/100308_Influenza_A%28H1N1%29_Weekly_Executive_Update.pdf.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 9. Kalenderwoche 2010 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) 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, Lepra, 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: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

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

▶ Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann;
Claudia Paape, Franziska Bading (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

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 allgemeiner 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 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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