



Epidemiologisches Bulletin

10. April 2002/Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK): Zur Epidemiologie, Erkennung, Diagnostik und Prävention und zur Minimierung des Risikos einer iatrogenen Übertragung

Die seit vielen Jahrzehnten bekannte, aber sehr seltene Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) wird zu einer Gruppe von Krankheiten gezählt, bei denen eine irreversible Schädigung des zentralen Nervensystems mit pathologischen (Prion)-Proteinablagerungen einhergeht. Eine spontane Heilung oder eine Therapie gibt es bisher nicht. Die Erkrankungen enden immer tödlich. Die CJK hat durch das Auftreten einer erstmals 1996 in England beschriebenen Variante eine aktuelle gesundheitspolitische Bedeutung erlangt. Diese Variante der CJK (vCJK) wird auf die Übertragung eines infektiösen Erregers auf den Menschen zurückgeführt, der über Nahrungsmittel aufgenommen wird, die aus BSE-infizierten bzw. an der bovinen spongiformen Enzephalopathie (BSE) erkrankten Rindern hergestellt wurden. Bislang ist in Deutschland vCJK noch nicht nachgewiesen worden (Stand: März 2002), mit dem Auftreten von Erkrankungsfällen muss jedoch gerechnet werden.

Die Surveillance der CJK beruht auf der gesetzlichen Meldung und einer prospektiven Studie an der Universität Göttingen, in der eine Erfassung und Nachuntersuchung aller Fälle angestrebt wird: Gemäß § 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind der Verdacht, die Erkrankung und der Tod sowohl der sporadischen CJK als auch der vCJK namentlich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Darüber hinaus soll über alle Verdachtsfälle auch an die Studie ›Epidemiologie und Frühdiagnose humaner spongiformer Enzephalopathien‹ an der Neurologischen Klinik der Universität Göttingen berichtet werden (Adresse s. u.).

Zur Situation in Deutschland und zum Stand des Wissens wurde im Jahr 2001 insbesondere in folgenden Publikationen berichtet:

- ▶ Übersicht unter epidemiologischem Aspekt: Die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) – eine Tierseuche mit erheblicher Bedeutung für den Menschen (*Epid. Bull.* 2001; 4: 23–27),
- ▶ Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen in Deutschland 1994–2000: Ergebnisse der Surveillance mit zwei Erfassungssystemen (*Epid. Bull.* 2001; 8: 55–57),
- ▶ Zerr I, Poser S: Spongiforme Enzephalopathie des Menschen. Epidemiologie und klinische Charakteristika. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2001; 4: 341–349,
- ▶ Die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) des Rindes und deren Übertragbarkeit auf den Menschen. Gemeinsame Information des RKI, des BgVV, des PEI und des BfArM (Stand: 5. März 2001). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2001; 5: 421–431.

Erste Daten zu den im Jahr 2001 gemäß IfSG gemeldeten CJK-Fällen werden in dem in Kürze erscheinenden *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* des RKI publiziert.

In der aktuellen Ausgabe 4/2002 der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* wird jetzt in einer Gemeinschaftsarbeit des Robert Koch-Institutes mit einer Vielzahl von Experten ausführlich zur Epidemiologie, Erkennung, Diagnostik und Prävention der Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) berichtet (S. 376 ff).

Krankenhaushygienische Aspekte der Prävention: Berichte über die iatrogene Übertragung des extrem resistenten Erregers der sporadischen Form der CJK haben dazu geführt, dass das Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit externen Experten bereits in den Jahren 1996 und 1998 Empfehlungen zur ›Desinfektion und Sterilisation von chirurgischen Instrumenten bei Verdacht auf Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen‹¹ und zur ›Krankenversorgung und Instrumentensterilisation bei CJK-Patienten und CJK-Verdachtsfällen‹² erarbeitet hat. Diese sind nach wie vor gültig.

Diese Woche 14/2002

CJK/vCJK:

Hinweise auf Publikationen zum Stand des Wissens und zu krankenhaushygienischen Aspekten der Prävention

Tollwut:

Fallbericht – Erkrankung eines importierten Hundes

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen (Januar 2002)
- ▶ Aktuelle Statistik Stand vom 3. April 2002 (11. Woche)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



Das Vorkommen autochthoner Fälle von mit dem BSE-Erreger befallenen Rindern in Deutschland und die Zunahme von Fällen der vCJK in Großbritannien sowie vCJK-Fälle in Frankreich, Irland und zuletzt in Italien gaben jedoch Anlass, die Praxis der Aufbereitung von Medizinprodukten unter diesem Aspekt erneut zu überdenken. Während der Nachweis von Erregern (Protease-resistentes Prionprotein) bei der sporadischen CJK nur in Nervengewebe gelingt, wurde bei der vCJK dieses Protein in Einzelfällen bereits vor Auftreten von Krankheitssymptomen auch in lymphatischen Geweben (z. B. Tonsillen und Appendix) nachgewiesen. Eine mathematisch fundierte Risikoanalyse und daraus abzuleitende Prognosen sind gegenwärtig aufgrund der noch unzureichenden Datenlage und der kleinen Fallzahlen mit großen Unsicherheiten behaftet.^{3,4} Angesichts dieser neuartigen krankenhaushygienischen Risiken war es erforderlich, eine besonders sorgfältige Abstimmung innerhalb der betroffenen Kreise vorzunehmen. Auf Einladung des Robert Koch-Instituts wurde in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer eine *Task Force vCJK* einberufen, die jetzt Überlegungen und Empfehlungen zur Minimierung des Risikos einer iatrogenen Übertragung der vCJK durch Medizinprodukte, insbesondere durch chirurgische Instrumente, vorgelegt hat. Die oben zitierte Publikation im Heft 4/2002 der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* enthält den Abschlussbericht der *Task Force vCJK* und die in diesem Zusammenhang empfohlenen Hygienemaßnahmen. – Parallel wurden seit Februar 2001 alle betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und die Hersteller von Medizinprodukten informiert.

Nach derzeitigem Kenntnisstand (Stand Januar 2002) erscheint ein gestuftes Vorgehen zur Risikominimierung einer Übertragung der vCJK bei der Anwendung von Medizinprodukten, insbesondere chirurgischen Instrumenten, begründet. Hierbei wird zunächst berücksichtigt, ob die Medizinprodukte

- bei Patienten angewendet werden, bei denen eine vCJK möglich oder klinisch wahrscheinlich ist, also ein erkennbares Risiko besteht (Prozedere I). – Davon abzugrenzen ist
- die Berücksichtigung eines nicht unmittelbar erkennbaren Risikos, das sich aufgrund der obigen Überlegungen zur möglichen alimentären Exposition der Bevölkerung und der Inkubationszeit aus einem symptomlosen Trägerstatus oder einer unerkannten vCJK ergeben kann (Prozedere II).

In Anbetracht der absehbaren Schwierigkeiten bei der Umsetzung strikter Dekontaminationsverfahren für eine Vielzahl von Medizinprodukten wird es notwendig sein, die kürzlich erarbeiteten Empfehlungen schrittweise unter je-

weiliger Berücksichtigung neuer Erkenntnisse aus Forschung und Praxis einzuführen und anzuwenden. Basis aller Maßnahmen ist die fachgerechte standardisierte Aufbereitung gemäß der gemeinsamen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.⁵

Eine weitere spezielle Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Instrumentariums wird im aktuellen *Bundesgesundheitsblatt*⁶ veröffentlicht. Damit liegen jetzt umfangreiche aktuelle Empfehlungen zur sicheren Aufbereitung von Medizinprodukten vor.

- Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 1996; 8: 282–283
- Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 1998; 7: 279–285 (<http://www.rki.de/INFEKT/BSE/CJK-ST.HTM>)
- <http://www.doh.gov.uk/cjd/riskassessmentsi.htm>
- Bericht der AG ›Gesamtstrategie Blutversorgung angesichts vCJK‹ des Arbeitskreises (AK) Blut (2001) (http://www.rki.de/GESUND/AK-BLUT/BERICHT_AK-BLUT_GESAMTSTRATEGIE.PDF)
- Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2001; 11: 1115–1126 (<http://www.rki.de/GESUND/HYGIENE/ANFORDHYGMED.PDF>)
- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002; 4: 395 ff ([GESUND/HYGIENE/ANFORDHYGMED.pdf](http://www.rki.de/GESUND/HYGIENE/ANFORDHYGMED.pdf))

Wichtige Ansprechpartner:

► Konsiliarlaboratorium für spongiforme Enzephalopathien (Klinische Diagnostik und Epidemiologie)

Neurologische Klinik und Poliklinik der Georg-August-Universität Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Ansprechpartner:

Frau Dr. I. Zerr (klinische Fragestellungen, Anfragen aus Gesundheitsämtern); Frau M. Bodemer (Probenversand bei klinischem Verdacht auf CJK; Einsendungen nur nach vorheriger Absprache)
Tel.: 0551.39-6636, -8401, -8454; E-Mail: IngaZerr@aol.com

► Konsiliarlaboratorium für spongiforme Enzephalopathien (Pathologie und Genetik)

Institut für Neuropathologie, LMU München
Marchioninistr. 17, 81377 München
Ansprechpartner: Herr Prof. Dr. H. A. Kretzschmar
Tel. 089.7095-4904, Fax: 089.7095-4903
E-Mail: Hans.Kretzschmar@inp.med.uni-muenchen.de

(Beratung in Fragen der Differenzierung der Subtypen der CJK, der Durchführung von Autopsien, zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und den Versandbedingungen. Einsendung von Material nur nach vorheriger Absprache)

► Robert Koch-Institut,

FG Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene

Ansprechpartner: Herr Prof. Dr. M. Mielke
Nordufer 20, 13353 Berlin, Tel.: 01888.754-2293

Tollwut bei einem geimpften, aus Aserbaidshan importierten Hund

Ein 56-jähriger Mann arbeitete für eine deutsche Firma als Monteur in Aserbaidshan nahe der Hauptstadt Baku. Im November 2001 fand er auf der Baustelle einen etwa einen Monat alten Hundewelpen (männlicher Mischlingshund), den er in seine Unterkunft aufnahm. Das Tier wurde laut Impfpass in Aserbaidshan am 10.11.2001 gegen Tollwut unter Verwendung einer 6fach-Kombinationsvakzine (Impfantigene: Staupevirus, CAV-2, canines Parvovirus, *L. canicola*, *L. icterohaemorrhagiae* und Tollwutvirus) geimpft. Am

18.12.2001 erfolgte durch den dortigen amtlichen Tierarzt eine Untersuchung, bei der keine Anzeichen einer übertragbaren Krankheit festgestellt wurden. Dies wurde auch im Impfpass vermerkt. Drei Tage später flog der Monteur in den Weihnachtsurlaub in seinen in Nordbayern gelegenen Heimatort und nahm den Hund im Handgepäck mit.

Am 23.12.2001 zeigte der Hund plötzlich gestörtes Allgemeinbefinden und Fressunlust. Eine Behandlung im tierärztlichen Notdienst führte zur Besserung der klinischen

Symptomatik. 10 Tage später verschlechterte sich das Allgemeinbefinden des Hundes zunehmend, verbunden mit Fressunlust und Durchfall. Er kratzte sich vermehrt im Ohrbereich und jaulte dabei heftig. Beim Streicheln in der Kopf-Hals-Rückenregion reagierte das Tier aggressiv, dabei wurde der Besitzer in die rechte Hand gebissen. Daher wurde der Hund am 05.01.2002 erneut einem Tierarzt vorgestellt. Trotz sofort eingeleiteter Therapie verschlechterte sich das Krankheitsbild weiter. Am 07.01.2002 zeigte der Hund eine ausgeprägte Exsikkose sowie Sehstörungen und Störungen des ZNS. Er versuchte jeden zu beißen, der sich ihm näherte. Auch in den Gitterstäben der Käfigbox, in die der Hund für eine stationäre Behandlung verbracht wurde, verbiss er sich derart, dass Zähne ausfielen bzw. abbrachen. Daraufhin wurde er am 09.01.2002 durch den behandelnden Tierarzt eingeschläfert und der Sektion zugeführt. Diese ergab, dass alle Schneide- und Eckzähne abgebrochen bzw. ausgefallen waren, es lag ein nicht normaler Mageninhalt in Form von Haarbüscheln und Holzpartikeln vor. Die fluoreszenzmikroskopische Untersuchung des Gehirnes auf Tollwut fiel positiv aus. Das Gehirnmaterial wurde zur Virustypisierung dem Nationalen Referenzlaboratorium, Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere, Wusterhausen, übergeben. Aufgrund der Tollwutdiagnose wurden insgesamt 10 Personen, die mit dem betreffenden Hund mehr oder weniger engen Kontakt gehabt hatten, jeweils über ihren Hausarzt unter Beteiligung des Gesundheitsamtes entsprechend informiert und aufgeklärt. Bei dem Besitzer wurde eine entsprechende Tollwutschutzbehandlung (therapeutische Immunisierung) eingeleitet, zwei Tierärzte und drei Helferinnen, die grundimmunisiert waren, erhielten eine Auffrischimpfung.

Kommentar: Die Abschätzung eines eventuellen Tollwut-Expositionsrisikos gehört zu einer reisemedizinischen Beratung und Prävention, denn kein Kontinent ist tollwutfrei

(s. a. *Epid. Bull.* 1999; 6: 35–36). Der vorliegende Fall zeigt, dass bei Reisen und Aufhalten nicht nur in den für ihre Tollwutrisiken bekannten afrikanischen und asiatischen Gebieten, sondern auch in den vorderasiatischen Ländern der GUS (WHO-Region Europa) mit dem Auftreten von Tollwut gerechnet werden muss. Dort hat sich die Tollwut in den letzten Jahren stark ausgebreitet und ist zu einem großen Teil von der primären Wildtollwut auf Hunde übergegangen, wie dies z. B. für die Türkei schon seit längerem zutrifft (s. a. *Epid. Bull.* 1996; 37: 254–255). Obwohl derzeit keine offiziellen Angaben zum Vorkommen der Tollwut in Aserbaidschan vorliegen und obwohl dort laut Angaben im Impfpass in den letzten 12 Monaten kein Fall von Tollwut im Umkreis von 25 km aufgetreten sein soll, sollte von einem Risiko durch Hundetollwut auch in dieser Region ausgegangen werden. Die Tollwutgefahr in Deutschland durch importierte Hunde aus dem Ausland, z. B. Nepal (s. *Epid. Bull.* 2001; 9: 66) oder der Türkei, ist mehrfach belegt.

Zur Impfung des Hundes ist anzumerken, dass die mit der 6fach-Kombinationsvakzine durchgeführte Impfung weder fach- noch zeitgerecht durchgeführt worden ist. In der Regel erfolgt beim Hund die Grundimmunisierung gegen Tollwut, jeweils nach Angaben des Herstellers, in der 8. bis 12. Lebenswoche. 10 bis 14 Tage nach der Erstimpfung ist eine Wiederholungsimpfung erforderlich. Im vorliegenden Fall wurde die Grundimmunisierung früher, d. h. bereits in der 4. bis 6. Lebenswoche, vorgenommen, eine Wiederholungsimpfung unterblieb. So war die Impfmunität nicht ausreichend.

Für diesen Fallbericht danken wir Herrn Prof. Dr. Dr. A. Weber, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Außenstelle Nürnberg, Herrn Dr. H. Berg, Landratsamt Forchheim, Herrn PD Dr. J. Süss, Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Berlin, Herrn Dr. B. Keller, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Dienststelle Oberschleißheim, und Herrn Prof. Dr. W. Schmah, Lehrstuhl für Allgemeine Pathologie und Neuropathologie, Universität München.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten												Berichtsmonat: Januar 2002 (Stand v. 3.4.2002)			
Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.			
	Jan.	kumulativ		Jan.	kumulativ		Jan.	kumulativ		Jan.	kumulativ	Jan.	kumulativ		
	2002	2001		2002	2001		2002	2001		2002	2001	2002	2001		
Baden-Württemberg	19	19	10	20	20	15	22	22	29	0	0	2	1	1	0
Bayern	32	32	23	20	20	17	10	10	16	0	0	1	0	0	1
Berlin	47	47	20	17	17	17	5	5	5	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	2	2	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Bremen	2	2	0	0	0	7	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	12	5	7	7	9	10	10	6	0	0	0	0	0	0
Hessen	17	17	20	12	12	14	9	9	10	0	0	1	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	4	4	4	2	2	17	4	4	7	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	44	44	29	33	33	32	24	24	21	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	6	6	6	4	4	5	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Saarland	1	1	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	13	13	2	1	1	7	4	4	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	3	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	3	3	3	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Thüringen	4	4	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	209	209	126	123	123	145	95	95	102	0	0	4	2	2	2

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 3.4.2002 (11. Woche 2002)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	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.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	81	962	1059	0	4	0	0	1	1	2	15	41	11	70	144
Bayern	56	807	1022	0	0	2	0	2	3	0	33	44	6	87	87
Berlin	19	321	236	0	0	1	0	1	2	0	2	0	3	55	56
Brandenburg	33	416	290	0	0	0	0	0	0	1	4	1	4	53	50
Bremen	5	52	69	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	22	6
Hamburg	23	237	173	0	0	0	0	1	1	0	5	2	0	6	3
Hessen	37	559	592	0	0	0	0	3	3	0	5	7	3	41	39
Mecklenburg-Vorpommern	42	333	257	0	1	0	0	0	0	0	2	3	2	68	39
Niedersachsen	110	905	729	0	1	1	0	0	0	1	16	11	8	45	34
Nordrhein-Westfalen	137	1571	1620	1	4	0	0	1	1	2	40	32	9	131	125
Rheinland-Pfalz	31	448	502	0	0	0	0	0	2	1	9	3	1	21	13
Saarland	16	94	92	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	10
Sachsen	95	579	604	0	0	2	0	1	0	3	16	10	7	176	151
Sachsen-Anhalt	51	519	770	0	0	0	0	0	0	0	0	14	13	109	77
Schleswig-Holstein	28	299	378	0	0	2	0	0	1	0	3	1	0	19	7
Thüringen	58	415	414	0	1	0	0	0	0	0	7	7	12	80	100
Gesamt	822	8517	8807	1	11	9	0	10	14	10	159	176	80	985	941

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	2	46	77	8	81	150	13	199	228
Bayern	1	21	49	1	47	82	10	139	205
Berlin	1	33	28	1	20	28	0	9	14
Brandenburg	1	5	7	0	5	8	1	7	22
Bremen	0	3	21	0	3	4	1	3	3
Hamburg	0	14	17	1	7	10	1	4	13
Hessen	4	44	43	2	41	44	6	36	69
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	1	5	5	0	8	18
Niedersachsen	5	31	58	2	31	52	7	103	104
Nordrhein-Westfalen	7	94	167	5	83	171	14	101	229
Rheinland-Pfalz	1	17	14	0	28	19	2	26	41
Saarland	0	2	4	0	2	9	0	1	12
Sachsen	1	3	18	1	7	13	2	7	19
Sachsen-Anhalt	3	5	6	1	11	10	2	17	30
Schleswig-Holstein	3	20	18	2	9	8	0	5	11
Thüringen	1	6	3	5	14	5	0	4	11
Gesamt	30	345	531	30	394	618	59	669	1029

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-laboridiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, EHEC, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**.

Stand v. 3.4.2002 (11. Woche 2002)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
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.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	
74	885	926	1	24	38	8	132	111	28	398	278	245	2180	1718	Baden-Württemberg
74	776	698	2	36	25	8	128	130	30	199	19	214	1941	1265	Bayern
42	620	611	2	37	8	5	56	32	3	423	319	67	1089	697	Berlin
30	337	234	0	1	6	5	50	73	0	62	151	194	1464	780	Brandenburg
6	79	99	0	1	1	3	21	7	0	4	0	6	63	76	Bremen
13	299	364	1	11	5	3	41	59	6	128	1	22	318	250	Hamburg
24	422	525	1	14	20	7	72	76	6	71	3	81	950	696	Hessen
31	292	155	0	0	9	11	99	32	0	60	49	187	1473	1055	Mecklenburg-Vorpommern
43	700	462	0	4	5	19	154	80	8	369	139	150	1142	1420	Niedersachsen
136	1952	1772	1	11	21	31	288	208	5	91	170	245	2552	2242	Nordrhein-Westfalen
39	370	465	0	4	6	3	71	73	32	205	111	115	1159	592	Rheinland-Pfalz
7	119	135	0	0	1	1	14	7	1	6	3	18	177	151	Saarland
50	732	593	1	11	29	12	137	149	190	1347	1433	363	3260	2328	Sachsen
13	273	184	0	1	4	9	90	89	149	778	590	190	1504	1809	Sachsen-Anhalt
27	301	427	0	5	4	3	61	35	1	30	1	28	246	444	Schleswig-Holstein
22	338	280	0	5	19	10	115	111	15	211	26	194	1415	1187	Thüringen
631	8495	7930	9	165	201	138	1529	1272	474	4382	3293	2319	20933	16710	Gesamt

Meningokokken-Erkr.										Masern			Tuberkulose			Land
11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.								
2002		2001	2002		2001	2002		2001								
2002		2001	2002		2001	2002		2001								
1	28	26	0	13	227	18	215	208	Baden-Württemberg							
3	30	26	128	1059	438	15	219	194	Bayern							
0	6	15	0	10	7	4	55	47	Berlin							
0	2	8	0	1	5	3	30	51	Brandenburg							
0	1	4	0	0	0	0	10	11	Bremen							
0	4	12	0	4	0	7	52	76	Hamburg							
1	19	5	2	9	30	15	190	146	Hessen							
0	4	11	0	1	0	3	30	26	Mecklenburg-Vorpommern							
1	20	21	43	417	111	10	112	118	Niedersachsen							
4	59	60	60	710	167	31	341	340	Nordrhein-Westfalen							
1	6	5	6	104	11	5	52	59	Rheinland-Pfalz							
0	0	2	2	5	3	6	32	26	Saarland							
1	9	11	0	8	4	5	43	62	Sachsen							
0	4	5	0	1	2	6	52	41	Sachsen-Anhalt							
0	4	16	2	5	78	2	42	29	Schleswig-Holstein							
2	5	4	0	8	4	2	30	22	Thüringen							
14	201	231	243	2355	1087	132	1505	1456	Gesamt							

Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Quartal** und das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.02.2002).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 3.4.2002 (11. Woche 2002)

Krankheit	11. Woche 2002	1.–11. Woche 2002	1.–11. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	0	15	13	131
Influenza	326	1274	2189	2485
Legionellose	0	51	43	327
FSME	0	3	7	254
Haemophilus-infl.-Infektion	1	12	24	79
Humane spongif. Enz. *	0	7	24	72
Listeriose	1	40	35	211
Brucellose	0	4	3	25
Hantavirus-Infektion	5	21	28	186
Leptospirose	1	10	5	47
Ornithose	0	4	8	53
Q-Fieber	2	19	87	294
Tularämie	0	2	0	3
Giardiasis	45	585	599	3903
Kryptosporidiose	6	105	71	1482
Trichinellose	0	0	1	5

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:

- ▶ **Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS):** Nordrhein-Westfalen, unter einem Jahr, männlich (3. Woche 2002) (6. Fall 2002)
- ▶ **Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF):**
 1. Mecklenburg-Vorpommern, 26 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien
 2. Schleswig-Holstein, 36 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien
 3. Schleswig-Holstein, 59 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Venezuela
 4. Baden-Württemberg, 40 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien
 5. Nordrhein-Westfalen, 31 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien
 6. Nordrhein-Westfalen, 27 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Ecuador und auf den Niederländischen Antillen
 7. Hamburg, 19 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien (28. bis 34. Dengue-Fall 2002)

Hinweise zur aktuellen Influenza-Situation

Die influenzabedingte Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) hat jetzt in Deutschland insgesamt einen Höhepunkt, der sich von der 9. bis zur 12. Woche markierte, überschritten. Auch in der Phase der Rückentwicklung bestehen regionale Unterschiede, so ist die Erkrankungshäufigkeit vor allem im Osten Deutschlands weiterhin noch höher, in Mecklenburg-Vorpommern war bis zur 13. Woche noch keine rückläufige Tendenz erkennbar. Die Anzahl der Einsendungen an das NRZ für Influenza ging zurück, der Anteil der Influenza-positiven Rachenabstriche blieb aber mit 41 % noch hoch (Nachweis von Influenza A/H3N2 und Influenza B weiter zu etwa gleichen Teilen). In allen Nachbarländern geht die Influenza-Aktivität zurück.

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, HUS, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von HUS oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Infektionen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Humanen spongiformen Enzephalopathie enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20
13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2328
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v.i.S.d.P.)
Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenserviceVertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-3985**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Druck

Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273