



Epidemiologisches Bulletin

16. Mai 2003 / Nr. 20

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Risikogebiete der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland

Bewertung des örtlichen Erkrankungsrisikos ermöglicht gezielte Prävention

In dieser Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* wird – wie auch in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am RKI ausgeführt – eine aktualisierte topographische Darstellung der FSME-Risikogebiete in Deutschland in einer Einteilung nach Kreisgebieten als Grundlage für präventive Maßnahmen publiziert (s. S. 158–159). Sie beruht auf den im RKI vorliegenden Daten zu bestätigten FSME-Erkrankungen, die in den Jahren 1983–2002 aufgetreten sind, und ersetzt die Karte der Risikogebiete vom Juni 2002 (*Epid. Bull.* 26/2002).

Als **FSME-Risikogebiete** werden Endemiegebiete der FSME deklariert, in denen für Personen mit Zeckenexposition ein Erkrankungsrisiko in einer Höhe belegt ist, die nach einer Übereinkunft der Experten präventive Maßnahmen für gegenüber Zecken exponierte Einwohner, Berufstätige oder Touristen begründet. Das Infektionsrisiko ist in diesem Falle durch gesicherte Erkrankungsfälle belegt (Definition s. Legende der Karte). Als **Hochrisikogebiete** gelten Risikogebiete mit einem nachweislich besonders hohen Erkrankungsrisiko, so dass dort die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zusätzlich bekräftigt wird (Definitionen s. Legende der Karte).

Die erfassten Erkrankungsfälle sind natürlich nur ein Surrogatmarker zur Bestimmung des Infektionsrisikos. Dieses Vorgehen war aber bisher nicht zu ersetzen, weil flächendeckende Seroprävalenzstudien sowie Untersuchungen zum Nachweis von Viren in Zecken und/oder Antikörpern bei Wildtieren, die als Virusreservoir eine Rolle spielen, zu aufwändig wären. Die verschiedenen örtlich und regional durchgeführten Untersuchungen zur Virusprävalenz in Zecken und zur Antikörperprävalenz in Risikogruppen haben bisher die deklarierten Risikogebiete bestätigt, gestatten aber ggf. auch wertvolle zusätzliche Aussagen, die als Bausteine der Surveillance mit verwendet werden können.

Für die ärztliche Beratung und insbesondere Impfempfehlungen im Falle eines Expositionsrisikos hat sich der Bezug des Infektionsrisikos auf Kreisgebiete (fast ausnahmslos Landkreise) als ausreichend genau und insgesamt günstiger als z. B. eine Angabe von Postleitzahlen erwiesen. Es muss aber beachtet werden, dass die Naturherde der FSME in den genannten Kreisen unter Umständen örtlich sehr begrenzt sind, so dass die Mitarbeiter der zuständigen Gesundheitsämter ggf. sehr differenzierte Empfehlungen für präventive Maßnahmen geben können. Daher wird ggf. eine Beratung durch das örtliche Gesundheitsamt empfohlen.

Es gibt in Deutschland auch einige Gebiete mit sporadischen FSME-Einzel-erkrankungen, die gegenwärtig nicht als FSME-Risikogebiete gelten. Autochthone Erkrankungsfälle, die in Landkreisen auftreten, die bislang nicht als Risikogebiete ausgewiesen sind, bedürfen einer besonders sorgfältigen klinischen, labor- und epidemiologischen Untersuchung und Dokumentation. Die Untersuchung der Serum- und Liquorproben sollte in einem virologischen Labor mit spezieller Erfahrung in der FSME-Diagnostik erfolgen; ggf. sollte der Rat von Ärzten mit besonderer Erfahrung auf diesem Gebiet eingeholt werden. Das Nationale veterinärmedizinische Referenzlabor für durch Zecken übertragene Erkrankungen am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) in Berlin widmet gerade diesen Gebieten eine besondere Aufmerksamkeit und leistet spezielle Beiträge zur Bestimmung der Virusprävalenz in der Zeckenpopulation.

Zur Datenbasis

1. Fallsammlung des RKI zur Begründung von FSME-Risikogebieten

Für die Definition der Risikogebiete werden dem RKI zur Kenntnis gelangte Daten zu FSME-Erkrankungen aus den Jahren 1983–2002 verwendet (insgesamt

Diese Woche

20/2003

FSME:

- ▶ Risikogebiete und Situation in Deutschland 2002
- ▶ Aktualisierte Karte der FSME-Risikogebiete

Publikationshinweis:

„Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002“ erschienen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

17. Woche

(Stand: 14. Mai 2003)

SARS:

Situationsübersicht



1.879 Erkrankungsfälle). Die Datenbasis wurde mit einer Periode von 20 Jahren sehr breit gewählt, um zu erwartende Schwankungen der Morbidität mit zu berücksichtigen und Fehleinschätzungen in Gebieten, in denen viel geimpft wurde, auszuschließen. Neueinstufungen als Risikogebiet erfolgen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden der betroffenen Kreise und Länder.

Meldungen von FSME-Erkrankungen gemäß BSeuchG waren bis zum Jahr 2000 auf Bundesebene nicht verfügbar. Daher stammen die Daten bis zum Jahr 2000 ausschließlich aus **Sammlungen bestätigter autochthoner FSME-Erkrankungsfälle** von Prof. Dr. R. Kaiser (Pforzheim), Prof. Dr. M. Roggendorf (Essen) und Frau Dr. G. Jäger (München), die im RKI seit 1997 zusammengeführt und nach einheitlichen Kriterien aufbereitet wurden.

Seit dem Jahr 2001 besteht eine **Meldepflicht für FSME gemäß § 7 Abs. 1 IfSG** (Meldung des Nachweises einer akuten Infektion mit dem FSME-Virus durch den Leiter des diagnostizierenden Laboratoriums). Für das Jahr 2001 wurden sowohl neue Fälle aus der o. g. Fallsammlung genutzt als auch erstmals ausgewählte Meldedaten auf der Grundlage des IfSG in die bestehende Fallsammlung mit einbezogen, soweit es sich um klinisch und labordiagnostisch gesicherte Fälle mit Angaben zum Infektionsort handelte.

Für das Jahr 2002 wurden jetzt ausschließlich die Meldedaten nach dem IfSG verwendet. Allerdings haben zwei Probleme gegenwärtig noch einen Einfluss auf den Wert dieser Meldedaten:

- ▶ **Bisherige Falldefinition teilweise zu unspezifisch:** Die aktuelle Falldefinition des RKI erlaubt die Einstufung als FSME-Fall auch dann, wenn keine ZNS-Symptomatik, sondern z. B. lediglich ein grippaler Verlauf oder andere nicht weiter spezifizierte neurologische Symptome vorliegen. Problematisch ist dies dann, wenn labordiagnostisch nur ein IgM-Nachweis vorliegt. Diese Konstellation wird von Experten als nicht ausreichend spezifisch eingeschätzt. Zur sicheren Diagnose wird entweder ein zusätzlicher IgG-Titer oder ein 4facher Titeranstieg gefordert. Die Falldefinition wird diesbezüglich überarbeitet werden. (Für die Risikogebiete wurde daher eine andere Definition benutzt, s. u.)
- ▶ **Infektionsort unverzichtbar:** Der Infektionsort ist im IfSG nicht explizit als übermittlungspflichtige Information definiert worden. Dieses Problem betrifft zwar im Prinzip alle anderen Krankheiten ebenso, wirkt sich aber bei der FSME besonders nachteilig aus, weil z. B. das örtliche Infektionsrisiko nicht genau bestimmt werden kann und ein übermittelter Fall ohne Hinweis zum vermutlichen Infektionsort z. B. auch nicht zur Präzisierung der FSME-Risikogebiete genutzt werden kann. Daher besteht Konsens mit den Gesundheitsbehörden der Bundesländer, dass diese Angabe ermittelt und übermittelt werden soll. Der Infektionsort soll nach § 11 Abs. 1 Nr. 6 IfSG („wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko...“) übermittelt werden.

Die datentechnischen Voraussetzungen dafür wurden jedoch erst im Laufe des Jahres 2001 geschaffen und fehlen weiterhin in der Software, die von einigen Gesundheitsämtern verwendet wird. Die im Jahr 2002 vielfach fehlenden Angaben zum Infektionsort und auch zur Spezifizierung der labordiagnostischen Befunde erforderten in diesem Jahr noch ein längeres, umfangreiches Nachrecherchieren bei den Gesundheitsämtern durch die zuständigen Landesbehörden und die Mitarbeiter der Abteilung Infektions-epidemiologie des RKI. Im Ergebnis zeigt sich, dass die nach IfSG gemeldeten FSME-Erkrankungen jetzt zu einer geeigneten Datenquelle für die Definition der Risikogebiete geworden sind.

Zur Definition von Risikogebieten wurden nur die übermittelten Fälle verwendet, die durch eine Kombinationen von klinischen, labordiagnostischen und epidemiologischen Kriterien hinreichend gesichert sind:

1. Fälle mit ZNS-Symptomatik (Meningitis, Enzephalitis, Myelitis) und mit labordiagnostischem Nachweis nach der gültigen Falldefinition und sicherer bzw. wahrscheinlicher Infektion in dem betreffenden Kreisgebiet.
2. Fälle ohne ZNS-Symptomatik, aber mit „grippeähnlicher Erkrankung“ oder „neurologischen Symptomen, andere“, wenn
 - ein Antikörper-Nachweis im Serum mit 4fachem Titeranstieg
 - oder gleichzeitig ein IgM- und ein IgG-Nachweis im Serum
 - oder ein IgM-bzw. IgG-Nachweis im Liquor
 vorlag bei sicherer bzw. wahrscheinlicher Infektion in dem betreffenden Kreisgebiet.

Die Übermittlung des gemeldeten Falles an die Landesstelle (und von dort ans RKI) wird vorerst weiterhin nach der bisher geltenden Falldefinition (RKI, 2000) vorgenommen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter werden gebeten, für die klinische, labordiagnostische und epidemiologische Sicherung übermittelter FSME-Erkrankungen durch präzise Angabe der Untersuchungsbeefunde und genaue Ermittlungsergebnisse Sorge zu tragen (und ggf. auch spätere Befunde, die zur Klärung beitragen, nachzureichen).

2. Zusätzliche Daten

Weitere zugängliche Daten, z. B. Publikationen zu gesicherten FSME-Erkrankungsfällen oder Studienergebnisse mit Aussagen zum FSME-Risiko, wurden im Interesse einer möglichst genauen Bewertung der Situation in Deutschland in der Vergangenheit mit berücksichtigt. Wichtig sind die Ergebnisse einer Untersuchung zur Prävalenz von Antikörpern gegen das FSME-Virus bei Waldarbeitern in Baden-Württemberg.

Diese Untersuchung wurde durch das LGA Baden-Württemberg in Stuttgart bei 1.896 ungeimpften Waldarbeitern durchgeführt (R. Oehme, K. Hartelt, H. Backe, S. Brockmann, P. Kimmig: Foci of tick-borne diseases in Southwest Germany; im Druck). Die Ergebnisse zeigten eine gute Übereinstimmung mit den bisher durch eine bestimmte Zahl von autochthonen Erkrankungsfällen definierten Risikogebieten. In allen ausgewiesenen Risikogebieten fand sich auch eine erhöhte FSME-Antikörperprävalenz bei der Gruppe der beruflich exponierten Waldarbeiter, zusätzlich fand sich eine erhöhte Antikörperprävalenz in 5 angrenzenden Kreisen (s. u.), die jedoch in den letzten Jahren **nicht** durch mehrere Erkrankungen auffällig geworden waren. In diesen Endemiegebieten, die keine FSME-Risikogebiete im Sinne der RKI-Definition sind, ist mit einem gewissen, zur Zeit nicht näher bestimmbaren FSME-Risiko zu rechnen, sie sind in der Karte schraffiert dargestellt. (In Baden-Württemberg wird durch die oberste Landesbehörde exponierten Personen ohnehin landesweit eine FSME-Impfung empfohlen.)

Zur FSME-Situation in Deutschland im Jahr 2002 und zu den präventiven Maßnahmen

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 240 FSME-Erkrankungsfälle gemeldet, die der aktuellen Referenzdefinition des RKI entsprachen (im Jahr 2001 waren 256 FSME-Fälle, die der Referenzdefinition entsprachen, gemeldet worden, Stand: 4. März 2003). Aus Baden-Württemberg wurden 47,5%, aus Bayern 32,9% der Fälle übermittelt, nur 19,6% aus zehn anderen Bundesländern, von denen nur in Hessen, Thüringen und Rheinland-Pfalz einzelne Kreise als Risiko-

gebiete eingestuft wurden. Bei vielen der übermittelten Fälle konnten Zweifel an der Korrektheit der Diagnose nicht ausgeräumt werden (s. o.). Von 220 Erkrankungen mit Angaben zum Infektionsort wurden nur 9 (4%) vermutlich im Ausland erworben (5-mal in Österreich, je einmal in Italien, Slowenien, Ungarn und der Tschechischen Republik).

Von den 240 der Referenzdefinition entsprechenden Fällen erfüllten nur 109 die oben aufgeführten strengeren Kriterien (s. Kasten S. 156) und konnten demzufolge in die Fallsammlung zur Definition der Risikogebiete aufgenommen werden. Die Infektionsorte dieser 109 klinisch, labor-diagnostisch und epidemiologisch abgeklärten Fälle verteilen sich wie folgt auf die Bundesländer: Baden-Württemberg 53, Bayern 37, Hessen 7, Thüringen 6, Sachsen 3, Niedersachsen 2, Rheinland-Pfalz 1.

Aktuelle Änderungen im Jahr 2002: Alle bisher als FSME-Risikogebiet ausgewiesenen Kreise bleiben in dieser Kategorie. **Neue FSME-Risikogebiete** sind in **Bayern** der Kreis **Amberg-Sulzbach**, in **Hessen** der Kreis **Darmstadt-Dieburg** und in **Thüringen** der **Saale-Orla-Kreis**. Die drei neu ausgewiesenen FSME-Risikogebiete grenzen an bekannte FSME-Risikogebiete.

Insgesamt wurden damit 77 Kreise als FSME-Risikogebiete ausgewiesen: 29 Kreise in Baden-Württemberg (unverändert), 41 Kreise in Bayern (ein weiterer Kreis), 4 Kreise in Hessen (ein weiterer Kreis), 2 Kreise in Thüringen (ein weiterer Kreis) und ein Kreis in Rheinland-Pfalz (unverändert).

Die für das Jahr 2002 erhobenen Daten bestätigen die Existenz größerer zusammenhängender FSME-Naturherde im Süden Deutschlands, in Baden-Württemberg und Bayern. Das dort bestehende erhöhte Infektionsrisiko erfordert entsprechende präventive Maßnahmen. Trotz einiger bestätigter Erkrankungsfälle in den angrenzenden Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen, die auch zur Deklaration einzelner Risikogebiete führten, gibt es für eine in Fachkreisen teilweise vermutete stärkere Ausweitung der bekannten Endemiegebiete gegenwärtig noch keine ausreichende Bestätigung. Die aktuellen Veränderungen könnten auch mit einer verbesserten Erfassung durch eine insgesamt erhöhte Aufmerksamkeit erklärt werden. Allerdings besteht Veranlassung, die Surveillance der FSME weiter aktiv zu betreiben und neben der Erfassung und Klärung von Erkrankungsfällen auch systematische Untersuchungen zur Bestimmung der Virusprävalenz bei Zecken und der Antikörperprävalenz in bestimmten Gruppen der Bevölkerung sowie bei Kleinsäugetieren oder landwirtschaftlichen Nutztieren durchzuführen, deren Ergebnisse unter Umständen zusätzliche Hinweise zur Charakterisierung eines Infektionsrisikos geben können.

Maßnahmen zur Verhütung der FSME bestehen in der allgemeinen und individuellen Information und Aufklärung sowie individuellen Empfehlungen zur Expositionsprophylaxe (Verhalten, Kleidung, Repellents) bzw. Immunprophylaxe (FSME-Schutzimpfung, FSME-Immunglobulin in besonderen Fällen).

In der Beratungspraxis sollten immer Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung sowie auch die Mobilität der Bewohner und Besucher der Risikogebiete berücksichtigt werden. Die STIKO empfiehlt die FSME-Schutzimpfung nicht nur für Personen, die in Risikogebieten wohnen oder arbeiten, sondern auch für Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und dabei gegenüber Zeckenstichen exponiert sind. Bürger, die sich in ihrer Freizeit in Risikogebieten aufhalten und dort verhaltensbedingt das Risiko eines Zeckenstiches tragen, müssen als gefährdet gelten und sollten sich deshalb gegen FSME impfen lassen. Auch Urlauber aus anderen Bundesländern, die sich vorübergehend in den Risikogebieten, z. B. in Baden-Württemberg oder Bayern aufhalten, können ein entsprechendes Infektionsrisiko tragen und benötigen deshalb ggf. eine Schutzimpfung. Nach Auffassung der STIKO sollte nur der Aufenthalt in einem Risikogebiet außerhalb Deutschlands als Indikation einer selbst zu bezahlenden Reiseimpfung gelten (s. *Epid. Bull.* 28/2001: 206–207). Innerhalb Deutschlands wird für indizierte FSME-Impfungen eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen empfohlen.

Hinweise oder Anfragen zu dieser Karte erbitten wir an Frau Dr. W. Hellenbrand (Fax: 01888.754-3533; E-Mail: HellenbrandW@rki.de), Frau D. Altmann (Fax: 01888.754-3533; E-Mail: AltmannD@rki.de) oder Herrn Dr. W. Kiehl (Fax: 01888.754-2459; E-Mail: KiehlW@rki.de) am RKI zu richten.

Nähere Informationen zur FSME enthält der Ratgeber „Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)“ des RKI (s. *Epid. Bull.* 16/99), der in einer im April 2001 aktualisierten Fassung im Internet angeboten wird (<http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM>).

Zur Immunprophylaxe wird auf die **Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)** am RKI (bisher geltende Fassung vom Juli 2002; *Epid. Bull.* 28/2002) und die Angaben der Impfstoffhersteller verwiesen.

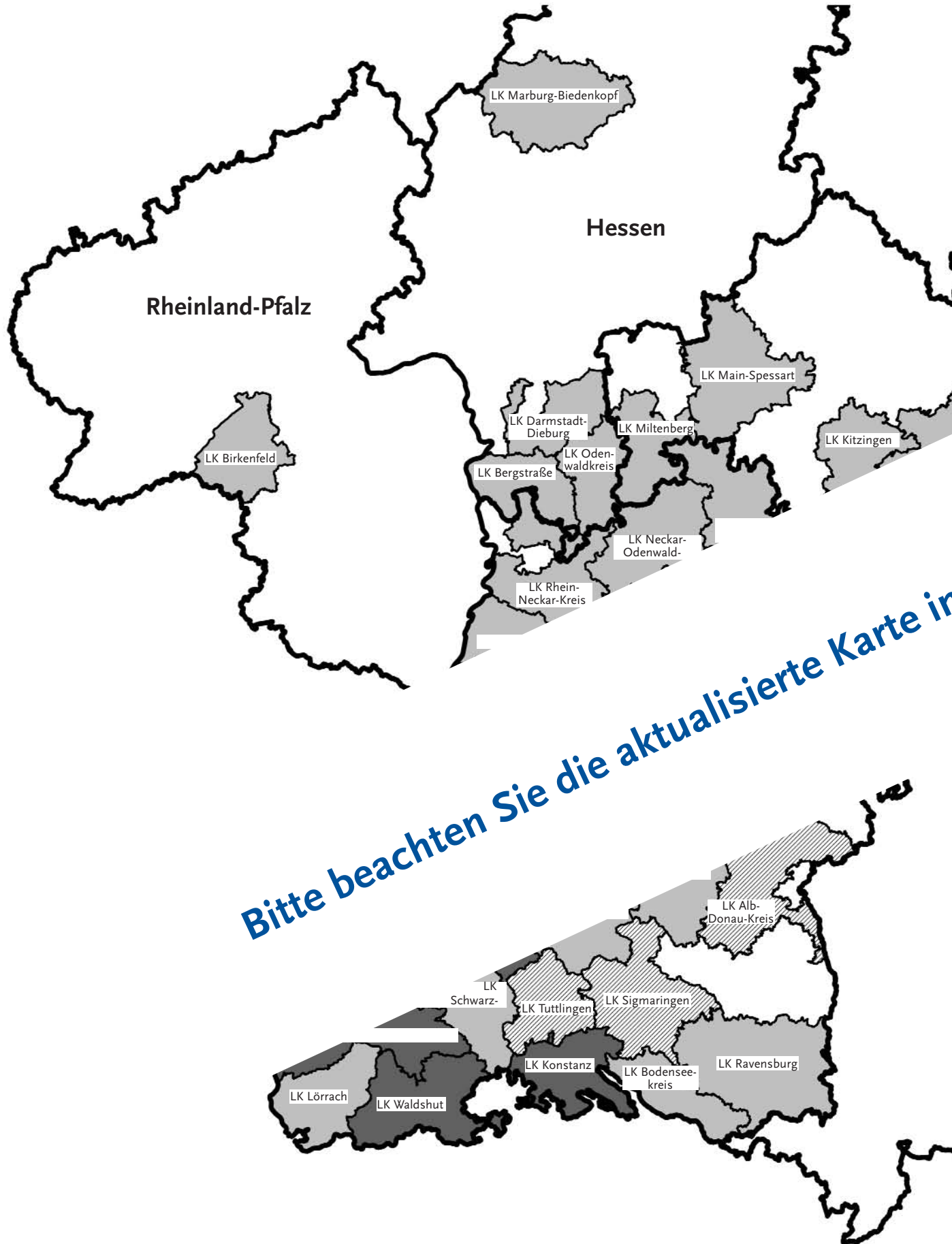
Fachliche Beratung zur FSME bietet auch das **Nationale veterinärmedizinische Referenzlabor für durch Zecken übertragene Erkrankungen** am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) an (Diedersdorfer Weg 1, 12277 Berlin; Tel.: 01888.412-2261, Ansprechpartner: Herr PD Dr. J. Süß).

Publikationshinweis: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002 erschienen

Am 16. Mai 2003 erscheint das neue *Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002*. Neben einem allgemeinen Teil mit Erläuterungen zur Datenerhebung und -auswertung sowie zur Datenqualität werden in einem speziellen Teil die für das Jahr 2002 erhobenen Daten für jede nach dem IfSG übermittlungspflichtige Krankheit gesondert dargestellt. Diese werden den aktualisierten Daten für 2001 gegenübergestellt.

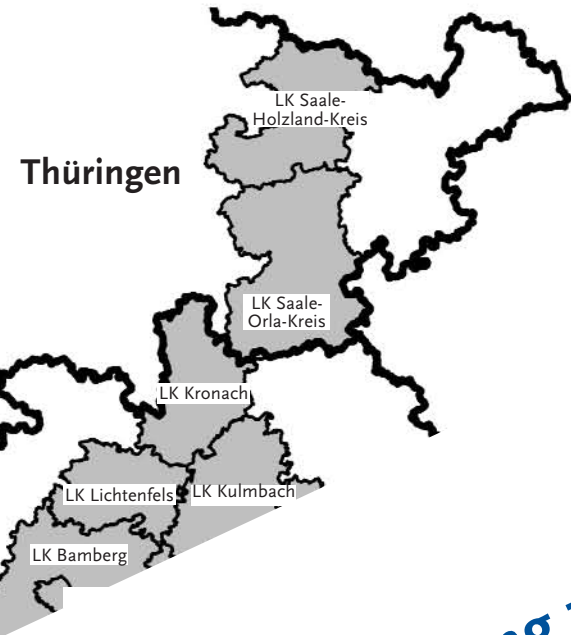
Im Einband des Jahrbuchs befindet sich eine CD-ROM mit dem Softwareprogramm „SurvStat@RKI“[©]. Die CD enthält eine Datenbank mit einer Auswahl der für die Jahre 2001 und 2002 an das RKI übermittelten Daten. Hiermit sind individuelle Datenabfragen einfach und schnell möglich. Außerdem wird das *Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002* auch als PDF-File über die Homepage des Robert Koch-Instituts verfügbar und abrufbar sein (www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG.HTM). Über diesen Zugang kann ebenfalls auf die Datenbank „SurvStat@RKI“[©] zugegriffen werden.

Hinweise für die Bestellung: Einzel Exemplare des Jahrbuchs können bei Einsendung eines rückadressierten und mit 2,20 € frankierten Umschlages (Format DIN A4) beim **Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Kennwort „Jahrbuch“, Postfach 65 02 61, 13302 Berlin** bestellt werden (es entstehen keine zusätzlichen Kosten). Die Lieferung erfolgt, soweit die Auflage reicht. Bestellungen per Telefon, Fax oder E-Mail sind nicht möglich. Gesundheitsämter, Landesgesundheitsbehörden und die Statistischen Landesämter erhalten das Jahrbuch im Laufe des Mai ohne besondere Anforderung.



Bitte beachten Sie die aktualisierte Karte in...

Abb. 1: FSME-Risikogebiete in Deutschland auf der Basis von Daten zu FSME-Erkrankungen (aufgetreten in den Jahren 1983 bis 2002), die im RKI ausgewertet wurden (n = 1.879; Stand: Mai 2003)

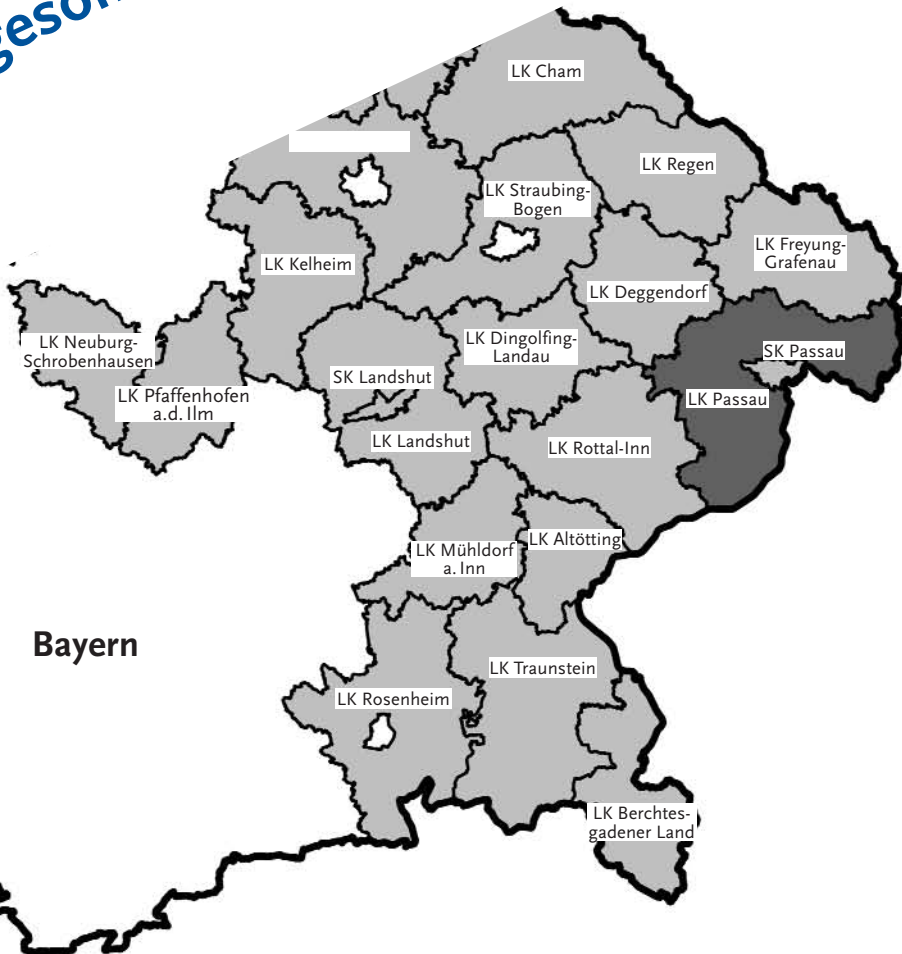


Als **FSME-Risikogebiete** gelten die Kreise, in denen mindestens 5 autochthon entstandene FSME-Erkrankungen in einer 5-Jahresperiode

Als **FSME-Hochrisikogebiete** gelten diejenigen der als Risikogebiete ausgewählten Kreise, in denen in einer 5-

FSME-Endemiegebiete, in denen keine Erkrankungen registriert wurden, aber in einer von 1997 bis 1999 durchge-

in gesonderten Anhang zu dieser Ausgabe!



Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 14.5.2003 (17. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	73	989	1.379	0	31	17	3	81	91	53	949	1.284	1	22	41		
Bayern	47	1.319	1.400	3	68	56	8	132	142	42	1.127	1.271	6	29	59		
Berlin	20	436	506	0	2	3	3	64	89	15	574	898	2	24	61		
Brandenburg	30	489	668	0	12	6	1	76	75	18	344	463	0	14	4		
Bremen	1	65	79	0	8	0	0	15	28	5	105	112	0	3	1		
Hamburg	8	195	362	1	13	7	0	6	7	14	347	461	1	15	17		
Hessen	39	759	974	0	13	3	0	39	57	34	679	680	1	17	19		
Mecklenburg-Vorpommern	29	344	563	0	4	8	4	113	115	13	285	419	0	2	0		
Niedersachsen	58	1.025	1.406	0	37	44	2	60	66	28	781	998	1	8	10		
Nordrhein-Westfalen	101	2.021	2.370	2	97	71	12	265	230	98	2.484	2.960	0	25	22		
Rheinland-Pfalz	42	613	727	1	23	14	4	47	43	23	461	590	0	6	10		
Saarland	2	103	159	0	0	2	0	10	4	3	161	203	0	0	0		
Sachsen	31	879	941	0	23	26	7	264	305	29	949	1.156	0	26	19		
Sachsen-Anhalt	59	694	721	0	3	3	9	142	157	12	312	391	1	8	2		
Schleswig-Holstein	17	332	473	0	5	7	1	27	27	14	332	443	0	1	8		
Thüringen	32	590	670	0	7	9	2	142	123	17	394	505	0	12	7		
Deutschland	589	10.853	13.398	7	346	276	56	1.483	1.559	418	10.284	12.834	13	212	280		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	0	61	51	1	42	93	11	297	358		
Bayern	6	98	35	5	51	75	18	410	607		
Berlin	5	27	37	2	23	23	5	91	43		
Brandenburg	0	4	5	0	4	8	1	26	11		
Bremen	0	2	6	0	7	5	0	8	14		
Hamburg	1	8	21	2	5	9	1	13	16		
Hessen	1	46	56	0	26	45	7	163	236		
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	2	0	5	5	3	33	25		
Niedersachsen	1	27	51	2	46	53	12	216	240		
Nordrhein-Westfalen	5	101	116	3	100	101	19	274	467		
Rheinland-Pfalz	0	24	20	1	29	46	2	101	124		
Saarland	0	2	4	0	1	4	0	10	5		
Sachsen	0	4	6	2	19	16	5	63	77		
Sachsen-Anhalt	0	16	12	0	8	12	1	41	37		
Schleswig-Holstein	0	20	24	0	11	15	2	40	48		
Thüringen	0	19	8	0	1	15	1	28	30		
Deutschland	19	462	454	18	378	525	88	1.814	2.338		

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. 14.5.2003 (17. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	
7	133	175	92	2.946	738	155	2.034	3.367	3	141	148	0	8	19	Baden-Württemberg
1	158	191	33	1.588	488	202	2.957	3.340	6	127	137	0	9	9	Bayern
0	55	68	15	1.032	633	26	1.270	1.518	3	55	75	0	10	7	Berlin
3	87	93	39	2.245	142	72	2.304	2.293	0	22	18	0	3	5	Brandenburg
2	8	27	2	353	4	5	269	120	0	2	6	0	3	3	Bremen
0	44	52	18	895	290	47	534	536	2	33	18	0	1	1	Hamburg
3	76	118	9	993	313	101	1.249	1.477	2	48	52	0	7	10	Hessen
2	61	143	35	1.315	72	147	2.156	2.515	3	28	55	0	9	8	Mecklenburg-Vorpommern
2	195	213	20	3.608	622	184	2.252	1.977	2	42	54	0	16	36	Niedersachsen
8	315	432	66	3.588	465	221	3.854	4.208	4	161	153	1	21	30	Nordrhein-Westfalen
4	98	94	40	2.645	607	117	1.870	1.802	1	28	46	0	1	5	Rheinland-Pfalz
1	30	25	1	323	117	14	355	332	1	7	11	0	0	0	Saarland
6	211	194	30	3.172	2.193	179	5.516	6.134	5	76	69	0	15	23	Sachsen
9	135	133	32	1.476	1.139	109	2.713	2.514	2	27	49	0	7	17	Sachsen-Anhalt
2	58	79	32	1.036	214	33	585	428	0	15	14	0	0	0	Schleswig-Holstein
9	144	167	22	1.092	285	137	2.485	2.613	0	8	16	0	2	6	Thüringen
59	1.808	2.204	486	28.307	8.322	1.749	32.403	35.174	34	820	921	1	112	179	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
1	34	41	0	15	20	21	272	304	Baden-Württemberg	
0	44	35	2	22	1.433	7	341	343	Bayern	
1	18	11	0	2	14	6	113	111	Berlin	
1	12	7	0	3	2	1	59	67	Brandenburg	
0	6	2	0	10	0	0	19	21	Bremen	
0	9	8	0	4	4	11	75	80	Hamburg	
0	18	20	0	10	37	5	209	292	Hessen	
1	17	8	0	1	2	4	39	45	Mecklenburg-Vorpommern	
4	33	25	0	208	603	11	191	203	Niedersachsen	
3	95	88	4	120	888	24	596	672	Nordrhein-Westfalen	
0	18	10	0	27	134	1	94	105	Rheinland-Pfalz	
1	10	1	0	1	6	2	40	29	Saarland	
0	18	14	0	1	11	8	76	87	Sachsen	
2	27	8	0	4	3	6	78	79	Sachsen-Anhalt	
0	8	15	0	15	12	1	51	76	Schleswig-Holstein	
1	16	12	0	2	17	6	52	48	Thüringen	
15	383	305	6	445	3.186	114	2.305	2.562	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 eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 14.5.2003 (17. Woche)

Krankheit	17. Woche 2003	1.–17. Woche 2003	1.–17. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	2	20	23	81
Influenza	34	8.028	2.442	2.578
Legionellose	6	80	98	413
FSME	0	1	8	238
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	2	29	20	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*	0	11	23	54
Listeriose	3	69	64	237
Brucellose	0	8	11	35
Dengue-Fieber #	1	31	80	218
Hantavirus-Erkrankung	1	33	43	228
Leptospirose	0	12	14	58
Ornithose	1	12	11	40
Q-Fieber	3	23	37	191
Tularämie	0	0	2	5
Paratyphus	1	15	23	67
Typhus abdominalis	2	21	12	58
Trichinellose	0	3	0	10

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Meldetechnisch erfasst unter „Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)“.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:**Hämolytisch-uräem. Syndrom (HUS):** Bayern, <1 Jahr, weibl. (15. Woche; 15. HUS-Fall 2003)**SARS – aktuelle Situation**

Situation weltweit: Mit dem Stand vom 14. Mai 2003 wurden der WHO 7.628 Erkrankungsfälle aus 29 Ländern, darunter 587 Sterbefälle gemeldet. Die **Einteilung der Länder und Regionen mit aktueller lokaler Krankheitsübertragung** wurde von der WHO überarbeitet und in folgende Kategorien aufgegliedert: **A** – importierte SARS-Fälle führten lokal zu einer Infektkette mit nur einem Glied, wobei ein direkter Kontakt mit einem SARS-Kranken bestand; **B** – lokale Infektkette mit mehr als einem Glied aufgetreten, aber alle direkte Kontakte von SARS-Kranken; **C** – lokales Auftreten von Fällen ohne gesicherten Kontakt zu SARS-Kranken; **Unklar** – unzureichende Information über das Ausmaß der lokalen Übertragung von SARS. – **China** ist noch immer am schwersten von SARS betroffen. Obwohl die Neuerkrankungszahlen in Peking leicht rückläufig waren, kann nach Ansicht der WHO nicht davon ausgegangen werden, dass die Epidemie hier ihren Höhepunkt überschritten hat. Eine Besonderheit in Peking besteht darin, dass etwa die Hälfte der Neuerkrankungen bei Personen auftrat, die zuvor keinen Kontakt mit SARS-Patienten hatten. Es ist unklar, ob diese Tatsache auf das Berichtssystem oder den Übertragungsmodus des Virus zurückzuführen ist. – Die vorübergehende **Reisewarnung** der WHO für **Toronto** wurde bereits am 30.4. zurückgenommen. Am 14.5. wurde die Region auch von der Liste der Länder und Regionen mit aktueller lokaler Krankheitsübertragung gestrichen. In einer Aktualisierung am 8.5. hat die WHO ihre Reisewarnung für **China** ausgeweitet: Derzeit wird von nicht unbedingt erforderlichen Reisen nach Peking, Hongkong und in die Provinzen Guangdong, Innere Mongolei, Shanxi, Tianjin und Taipei in Taiwan abgeraten.

Situation in Europa: Aus 7 EU-Mitgliedsstaaten wurden bis zum 14. Mai 35 wahrscheinliche Fälle von SARS gemeldet. Drei weitere europäische Länder berichteten über je einen wahrscheinlichen SARS-Fall. – In **Deutschland** wurden bis zum 15. Mai 9 wahrscheinliche und 38 Verdachtsfälle gemeldet. Schwere Erkrankungsverläufe wurden weiterhin nicht bekannt.

Zum Erreger: Tests in Labors des WHO-Netzwerks ergaben, dass der Erreger resistenter ist als anfänglich angenommen. Er kann bis zu 48 h auf Plastikoberflächen überleben, in Urin hält er sich wenigstens 24 h und in Stuhl 48 h (im Falle von Diarrhoen sogar bis 4 Tage). Diese Ergebnisse lassen jedoch vorläufig keine Rückschlüsse auf eine fäkal-orale Übertragung zu, weil die zu einer Infektion führende Virusmenge noch immer nicht bekannt ist. – **Quelle:** WHO

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: 01888.754-2628
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: KiehlW@rki.de

Dr. med. Ines Steffens, MPH

Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann

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

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenserviceZeitungs- und Zeitschriften Vertrieb 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>.

DruckPrimus Solvero, digital publishing GmbH,
Berlin**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