



Epidemiologisches Bulletin

13. Juni 2003 / Nr. 24

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Rückblick auf die Influenza-Saison 2002/2003

Ergebnisse der Surveillance

In der Saison 2002/03 erfolgte die epidemiologische Überwachung der Influenza wieder durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut (RKI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) und dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI, Berlin, und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover. Als Datengrundlage dienten die von etwa 600 Sentinelpraxen wöchentlich gemeldeten Angaben zu den beobachteten akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE), die Ergebnisse der virologischen Untersuchung von Patientenproben und die nach dem Infektionsschutzgesetz an das RKI übermittelten Influenzananachweise. Das etablierte Surveillance-System erwies sich als sensitiv, schnell und effizient. Die Fachöffentlichkeit, interessierte Kreise der Bevölkerung und die Medien wurden fortlaufend über die Einschätzung der Situation auf der Basis der erhobenen Daten informiert. Erstmals stand auch eine neu gestaltete Webseite der AGI (www.influenza.rki.de/agi) zur Verfügung, die den Zugang zu täglich bzw. wöchentlich aktualisierten Daten aus den oben genannten Quellen ermöglichte.

Wie schon in vielen Vorjahren, wurden vor der Jahreswende nur sporadisch Influenzaviren isoliert. Eine zunehmende Viruszirkulation machte sich zu Beginn des neuen Jahres bemerkbar; die Zahl der Influenzananachweise stieg langsam an, der Anteil der Influenza-positiven Rachenabstriche im Material des NRZ lag ab der 4. Kalenderwoche (KW) anhaltend über 20% und erreichte in der 10. KW mit 69% ein Maximum. In den ersten Wochen des Jahres konnten zunächst noch keine erhöhten Erkrankungszahlen festgestellt werden. Erst etwa ab der 6. Kalenderwoche überstiegen sie die jahreszeitlichen Erwartungswerte für ARE (Abb. 1). Die ansteigende Influenza-Aktivität begann im Süden und verlagerte sich später über die Mitte Deutschlands nach Osten.

Insgesamt war die Morbidität in der abgelaufenen Saison deutlich erhöht. Im Vergleich zu Erkrankungswellen der vergangenen 10 Jahre entspricht sie am ehesten dem Geschehen 1998/99 und blieb unter der kräftigen Erkrankungswelle von 1995/96. Die „Stärke“ eines Influenzageschehens kann besonders gut an dem sogenannten **EISS-Index** abgelesen werden. Er zeigte mit den in der Saison 2002/03 erreichten Spitzenwerten eine Stärke an, wie sie nur in Wintern mit heftiger bis außergewöhnlich heftiger Aktivität beobachtet wird (Hinweise zur Methodik gibt die AGI auf ihrer Homepage). Auch die Summe der **Exzesskonsultationen** (d.h. der Konsultationen, die den in Influenza-freien Perioden jahreszeitlichen Erwartungswert übersteigen) ging mit etwa 4,5 bis 5 Millionen zusätzlichen ARE-Konsultationen deutlich über das Niveau der vergangenen zwei Influenza-Erkrankungswellen hinaus, bei denen nur etwa 2 Millionen (2001/02) bzw. 2,5 Millionen (2000/01) Influenza-bedingte Exzess-Konsultationen errechnet wurden.

Wie in anderen Jahren begann die Erkrankungswelle bei den Klein- und Schulkindern. Die Erkrankungszahlen stiegen bei den Klein- und Schulkindern bereits in der 4. und 5. KW an, bei den Erwachsenen war der Anstieg erst in der 7. und 8. KW deutlich. Die **altersspezifischen Konsultationsinzidenzen** belegen, dass alle Altersgruppen an der Erkrankungswelle beteiligt waren, jedoch Kinder

Diese Woche 24/2003

Influenza:

Ergebnisse der Surveillance in der Saison 2002/2003

Affenpocken:

Zu einem Ausbruch in den USA

Veranstaltungshinweise:

- ▶ Lehrgang für Hygienefachkräfte in Hamburg
- ▶ Intensivkurs Hygienemanagement in Würzburg

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

21. Woche

(Stand: 11. Juni 2003)

Q-Fieber:

Ausbruch in Soest (NRW)

– Update

SARS

Hinweise zur aktuellen Situation

Anlage:

Aktualisierung der FSME-Risikogebiete



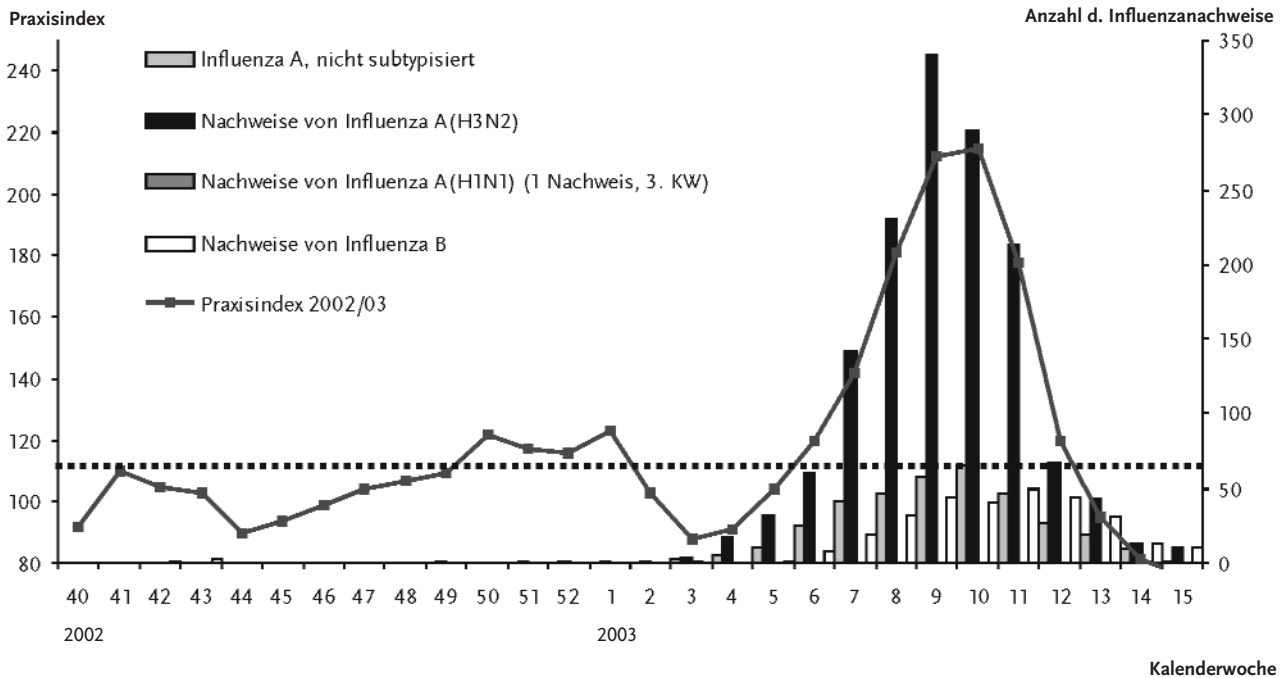


Abb. 1: Praxisindex und Anzahl der Influenzanachweise aus dem Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza in der Saison 2002/03. Ein Praxisindex bis etwa 115 (gestrichelte Linie) entspricht der Hintergrundaktivität.

der Altersgruppen 0 bis 4 Jahre und 5 bis 15 Jahre mit Abstand am stärksten.

Zu Beginn und bis zum Höhepunkt der Influenza-Welle (5. bis 15. KW) dominierten **Influenza-A-Viren des Subtyps H₃N₂**. Infektionen durch **Influenza-B-Viren** kamen vor, blieben aber auf niedrigem Niveau und erreichten erst unter dem Abflauen der A/H₃N₂-Aktivität einen Anteil bis zu 50% der Influenzanachweise (Abb. 1). Influenza-A/H₁N₁-Viren wurden im NRZ nur einmal (bei einem Kind) in der 3. KW nachgewiesen. Insgesamt entfielen 84% aller Nachweise auf Influenza-A-Viren des Subtyps H₃N₂ und 16% auf Influenza B-Viren. Die zirkulierenden Stämme der Influenza-A/H₃N₂- und -B-Viren entsprachen den erwarteten und im Impfstoff enthaltenen Varianten **A/Panama/2007/99 (H₃N₂)** und **B/Hongkong/330/01**. Vereinzelt wurden auch H₃N₂-Viren isoliert, die sowohl serologisch als auch molekularbiologisch enger mit dem Stamm **A/Fujian/411/02** verwandt waren. Die Stämme A/Panama/2007/99 und A/Fujian/411/02 weisen serologisch eine große Ähnlichkeit auf. Diese Fujian-like Viren spielten aber auch in den europäischen Nachbarländern nur eine untergeordnete Rolle. Alle bisher feintypisierten Influenza-B-Viren waren eng verwandt mit dem aktuellen Impfstamm B/Hongkong/330/01. Diese Hongkong/330/01-like Viren sind Vertreter der **B/Victoria/2/87-Linie**, die in der letzten Saison die seit etwa 10 Jahren zirkulierende **B/Yamagata/16/88-Linie** zumindest vorerst verdrängt hat. Somit stehen die Ergebnisse der Influenza-Überwachung in Einklang mit der Impfstoffempfehlung für die kommende Saison, da sowohl A/Panama/2007/99 als auch B/Hongkong/330/01 als Impfstoffkomponenten enthalten sind. Mit **A/New Caledonia/20/99** bleibt auch die H₁N₁-Komponente der Impfstoffe unverändert.

Dass die Influenza-Aktivität im vergangenen Winter so vergleichsweise heftig ausfiel, überrascht angesichts der Tatsache, dass die Varianten des dominierenden Typs A(H₃N₂) bereits seit 2000 zirkulierten. Im Zeitraum verstärkter Influenza-Aktivität von der 6. bis 15. KW können für die gesamte Bundesrepublik etwa 1,5 bis 2 Mio. Fälle von **Arbeitsunfähigkeit** über das normale Maß hinaus bei den 16- bis 60-Jährigen abgeschätzt werden.

Während der Influenza-Welle waren die im Sentinel der AGI registrierten **Krankenhauseinweisungen** aufgrund von Atemwegsinfekten bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) etwas erhöht und bei den älteren Menschen (> 60 Jahre) deutlich gesteigert. Für die Bundesrepublik lassen sich daraus in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen 4.500 bis 6.000 mit Influenza in Zusammenhang stehende Krankenhauseinweisungen abschätzen, bei den über 60-Jährigen etwa 11.000 bis 15.000, und über alle Altersgruppen etwa 25.000 bis 30.000. Dabei ist zu berücksichtigen, dass seltene Ereignisse einer höheren statistischen Streuung unterliegen. Insbesondere bei den Kleinkindern, die einen erheblichen Teil der Krankenhauseinweisungen beitragen, ist eine Abgrenzung zu anderen Erregern, wie z. B. RSV, schwierig. Gehäufte Komplikationen oder ungewöhnlich viele Influenza-bedingte Sterbefälle waren nach den vorliegenden Informationen für die abgelaufene Erkrankungswelle nicht charakteristisch. Eine Aussage zur Exzessmortalität ist erst nach Vorliegen der Daten der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes möglich.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI (FG 33, Ansprechpartner ist Herr Dr. U. Buchholz, E-Mail: BuchholzU@rki.de) und dem NRZ für Influenza am RKI (Ansprechpartner: Frau Dr. B. Schweiger, E-Mail: SchweigerB@rki.de. Für seine Beiträge zur Analyse und Bewertung der Situation gilt Herrn Dr. Helmut Uphoff, AGI, besonderer Dank.

Zu einem Ausbruch von Affenpocken in den USA

Erstes Auftreten in der westlichen Hemisphäre

Am Samstag, dem 7. Juni 2003, informierten die CDC in Atlanta erstmals über einen Ausbruch von Affenpocken in den USA. Affenpocken sind eine seltene Zoonose, die durch das **Affenpockenvirus**, einen Erreger aus der Familie der **Poxviridae** (Gruppe der Orthopox-Viren), zu denen auch die Pocken des Menschen, Kuhpocken und das Vaccinia-Virus gehören, hervorgerufen wird. Die Erreger sind üblicherweise auf ein tierisches Reservoir im tropischen Zentral- und Westafrika konzentriert. Von infizierten Tieren können sie bei engem Kontakt (z. B. durch Körpersekrete, aerogen oder durch Bisse) auch auf den Menschen und auf Primaten übertragen werden. Dies war bisher nur in Afrika der Fall. Die meisten Fälle wurden in den letzten Jahren überwiegend im Rahmen kleinerer Ausbrüche in den Waldgebieten der Demokratischen Republik Kongo erfasst. Anders als der Name impliziert, handelt es sich bei den Reserviertieren vornehmlich um Nagetiere. Eine Übertragung der Erkrankung von Mensch zu Mensch ist zwar prinzipiell möglich, bisher wurden aber bei den in Afrika beobachteten Ausbrüchen allenfalls Infektketten mit wenigen Gliedern beschrieben.

Nach einer Inkubationszeit von etwa 12 Tagen manifestiert sich das klinische Krankheitsbild. Es ähnelt dem der Pocken: Anfänglich treten unspezifische Symptome wie allgemeine Erschöpfung, Fieber, Kopf-, Muskel- und Gliederschmerzen, Husten und auch Lymphknotenschwellungen auf, 1 bis 3 Tage nach Beginn des Fiebers kommt es darüber hinaus zu einem zunächst papulären, dann pustulösen Exanthem, das unter Krustenbildung ausheilt. Die Krankheitsdauer beträgt zwischen 2 bis 4 Wochen. Es gibt keine spezifische Therapie, eine vorausgegangene Pockenimpfung scheint jedoch nach bisherigen Erkenntnissen einen gewissen Schutz vor einer Infektion zu bieten. Literaturangaben zufolge betrug die Letalität bei Ausbrüchen im ländlichen Afrika bis 1 bis 10%.¹

Der aktuelle Affenpocken-Ausbruch in den USA ist der erste Ausbruch dieser Art in der westlichen Hemisphäre. Seit Anfang Mai wurden durch die CDC bis zum 9. Juni insgesamt 33 Erkrankungsfälle in drei US-Bundesstaaten (Wisconsin 18, Illinois 10, Indiana 5) erfasst (andere Quellen geben auch höhere Erkrankungszahlen an). Eine labor diagnostische Sicherung durch Virusisolierung, Elektronenmikroskopie, PCR, serologische Tests, Immunhistologie und Gensequenzierung gelang zunächst bei vier der Erkrankten und einigen der als Quelle angeschuldigten Tiere. Da das klinische Krankheitsbild sehr typisch ist, wird davon ausgegangen, dass sich auch die weiteren Krankheitsfälle in dieser Art bestätigen werden. Sieben der erkrankten Personen wurden bisher stationär behandelt, keiner der Betroffenen starb.

Erste epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass die Mehrzahl der Betroffenen unmittelbaren oder engen Kontakt zu erkrankten **Präriehunden (Gattung Cynomys, Familie der Hörnchen)**, die als Haustiere gehalten worden waren, gehabt hatte. In einem Fall ging die Erkrank-

ung von einem Hasen aus. Die Herkunft aller dieser Tiere konnte bis zu einem **Tierhändler im Bundesstaat Illinois** zurückverfolgt werden. Dort hatten sich die Präriehunde vermutlich bei einer importierten kranken Gambia-Riesenhammsterratte angesteckt, der Hase hingegen war durch einen Präriehund infiziert worden. Das genaue Herkunftsland der Ratte ist zur Zeit noch unbekannt. Obwohl es bei dem aktuellen Ausbruch derzeit keinen Anhalt für eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung gibt, kann diese Möglichkeit nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die CDC empfehlen daher auf ihren Web-Seiten präventive Maßnahmen für Tierhalter und Veterinäre und darüber hinaus auch für alle diejenigen Personen, die mit Erkrankten Kontakt gehabt hatten (www.cdc.gov/ncidod/monkeypox/index.htm). Für die bei der Untersuchung des Ausbruchs und durch Kontakt mit erkrankten Menschen oder Tieren exponierten Personen empfehlen die CDC seit dem 11. Juni eine Pockenschutzimpfung. Diese kann bis 14 Tage nach Exposition durchgeführt werden.

Um zu verhindern, dass der Erreger weitere Nagetiere befällt, sich in den USA ausbreitet und infolgedessen endemisch werden könnte, wurde der Verkauf und Handel sowie der Transport von Präriehunden verboten. Der Betrieb des Tierhändlers, über den erkrankte Tiere in den Handel gelangt waren, wurde unter Quarantäne gestellt; die Besitzer erkrankter Tiere wurden aufgefordert, sich umgehend mit den entsprechenden Behörden in Verbindung zu setzen und betroffene Tiere keinesfalls auszusetzen.

Nach den bisher vorliegenden Hinweisen sind keine Tiere aus dieser Quelle nach Deutschland importiert worden.

Quellen:

- van JF et al.: Outbreak of Human Monkeypox, Democratic Republic of Congo, 1996 to 1997. *Emerging Inf Dis* 2001; Mai-Juni; 7 (3): 434-438
- www.cdc.gov/ncidod/monkeypox/index.htm

Lehrgang: Aus- und Weiterbildung zur Hygienefachkraft

Beginn: 29. Oktober 2003, **Ort:** Hygiene Institut Hamburg, Abteilung für klinische Mikrobiologie und Hygiene

Auskunft/Anmeldung: Kurssekretariat, Frau Bolzendahl
Hygiene Institut Hamburg, Marckmannstraße 129 a, 20539 Hamburg
Tel.: 040.42837-252, Fax: 040.42837-278

7. Intensivkurs für kosten- und umweltbewusstes Hygienemanagement im Krankenhaus

Termin: 25/26. September 2003, **Ort:** Würzburg

Veranstalter: Beratungszentrum für Hygiene (BZH) GmbH Freiburg
(Leitung: Prof. Dr. F. Daschner, Freiburg)

Auskunft/Anmeldung: Frau Irene Seyberth, Stühlingerstr. 21,
79106 Freiburg; Tel.: 0761.202678-24, Fax: 0761.202678-11

Aktualisierte Darstellung der FSME-Risikogebiete in Deutschland

Dieser Ausgabe liegt eine aktualisierte Darstellung der FSME-Risikogebiete auf der Basis der Daten zum Jahr 2002 mit dem Stand vom 31.5.2003 bei. Es wird gebeten, dieses Doppelblatt der Ausgabe 20/03 hinzuzufügen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 11.6.2003 (21. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	21.	1.-21.	1.-21.	21.	1.-21.	1.-21.	21.	1.-21.	1.-21.	21.	1.-21.	1.-21.	21.	1.-21.	1.-21.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	102	1.397	1.729	2	37	21	2	95	115	74	1.242	1.570	5	30	47		
Bayern	113	1.728	1.745	3	90	71	16	182	184	85	1.411	1.623	0	33	64		
Berlin	31	604	677	1	4	3	8	84	100	30	726	1.070	1	26	68		
Brandenburg	33	643	827	0	13	8	4	93	85	26	437	545	0	17	5		
Bremen	5	82	102	0	8	0	0	19	33	7	132	144	2	5	1		
Hamburg	20	265	426	3	17	7	1	9	11	14	431	604	0	17	23		
Hessen	85	1.040	1.245	0	14	3	4	53	68	44	859	874	0	19	23		
Mecklenburg-Vorpommern	26	460	742	0	4	11	2	132	126	22	362	512	0	3	1		
Niedersachsen	116	1.420	1.788	1	45	55	5	81	84	55	979	1.233	0	10	12		
Nordrhein-Westfalen	204	2.775	2.852	3	113	99	14	317	289	176	3.119	3.742	2	30	24		
Rheinland-Pfalz	89	883	942	0	24	16	3	59	55	37	603	758	0	7	11		
Saarland	7	130	198	0	0	2	0	10	4	10	207	256	0	0	1		
Sachsen	86	1.171	1.278	1	29	30	12	319	382	41	1.171	1.431	1	30	28		
Sachsen-Anhalt	47	876	886	0	4	3	6	156	186	16	380	469	0	9	3		
Schleswig-Holstein	39	435	588	2	11	8	0	33	30	27	439	568	1	2	10		
Thüringen	48	755	885	0	9	18	8	178	161	20	492	617	2	18	10		
Deutschland	1.051	14.664	16.910	16	422	355	85	1.820	1.913	684	12.990	16.016	14	256	331		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	21.	1.-21.	1.-21.	21.	1.-21.	1.-21.	21.	1.-21.	1.-21.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	1	67	59	1	51	104	12	379	440		
Bayern	4	123	40	1	67	90	33	542	709		
Berlin	2	34	43	1	28	29	8	141	61		
Brandenburg	0	5	6	1	5	10	0	31	17		
Bremen	0	3	7	0	7	6	1	13	21		
Hamburg	0	8	23	0	8	10	0	15	16		
Hessen	1	49	60	0	31	57	14	212	278		
Mecklenburg-Vorpommern	1	6	2	0	5	6	4	37	32		
Niedersachsen	1	32	63	3	58	65	16	265	292		
Nordrhein-Westfalen	7	122	130	6	126	127	14	332	550		
Rheinland-Pfalz	0	28	25	1	35	50	8	124	143		
Saarland	0	2	5	0	3	6	0	14	9		
Sachsen	1	7	9	0	19	18	0	82	89		
Sachsen-Anhalt	1	21	13	1	12	16	2	49	45		
Schleswig-Holstein	0	21	27	0	11	16	2	55	55		
Thüringen	1	21	9	0	2	15	0	35	32		
Deutschland	20	549	521	15	468	625	114	2.326	2.789		

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. 11.6.2003 (21. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.		1.–21.
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003			2002
6	168	200	40	3.029	937	57	2.567	3.922	8	178	187	0	10	24	Baden-Württemberg
12	187	224	7	1.762	532	124	3.746	3.926	9	157	164	0	15	9	Bayern
8	80	90	9	1.079	635	13	1.381	1.647	2	68	95	0	11	8	Berlin
6	108	112	26	2.416	395	40	2.569	2.542	0	26	28	0	4	5	Brandenburg
1	10	31	3	366	56	0	286	153	1	4	6	0	3	4	Bremen
2	49	64	0	939	295	6	602	610	2	42	27	0	1	1	Hamburg
6	103	138	8	1.026	498	47	1.538	1.707	3	62	65	1	9	12	Hessen
3	73	165	29	1.473	75	72	2.487	2.909	5	42	60	0	10	11	Mecklenburg-Vorpommern
15	230	260	40	3.953	682	80	2.788	2.432	3	55	65	1	18	43	Niedersachsen
20	380	512	71	3.826	518	136	4.649	4.925	11	195	188	2	29	33	Nordrhein-Westfalen
9	116	111	32	2.796	714	43	2.237	2.115	2	40	55	0	5	5	Rheinland-Pfalz
1	34	34	0	353	179	4	431	418	0	7	13	0	0	0	Saarland
17	273	244	66	3.594	2.850	127	6.406	7.047	3	89	82	0	18	25	Sachsen
10	170	180	18	1.585	1.155	39	2.935	2.954	0	33	54	1	9	20	Sachsen-Anhalt
4	71	94	29	1.146	222	10	694	563	0	17	17	0	0	0	Schleswig-Holstein
18	200	202	34	1.333	304	41	2.776	3.275	0	10	20	0	4	6	Thüringen
138	2.252	2.661	412	30.676	10.047	839	38.092	41.145	49	1.025	1.126	5	146	206	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.	21.	1.–21.	1.–21.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
0	40	49	1	19	26	17	370	387	Baden-Württemberg	
4	54	42	1	28	1.514	16	425	418	Bayern	
1	19	17	0	2	17	10	141	145	Berlin	
2	15	9	0	3	3	2	75	80	Brandenburg	
0	7	3	0	13	0	3	27	32	Bremen	
1	10	10	0	4	7	5	95	96	Hamburg	
1	22	23	0	10	49	10	267	343	Hessen	
0	17	9	0	1	3	2	51	52	Mecklenburg-Vorpommern	
1	35	32	1	223	721	20	249	241	Niedersachsen	
8	115	103	18	171	1.134	27	737	803	Nordrhein-Westfalen	
0	19	11	0	29	163	3	114	123	Rheinland-Pfalz	
0	10	2	0	1	6	0	50	43	Saarland	
0	18	17	0	1	11	4	95	96	Sachsen	
0	33	11	1	6	3	1	96	99	Sachsen-Anhalt	
0	10	15	0	15	16	1	72	90	Schleswig-Holstein	
0	18	15	0	2	19	1	57	64	Thüringen	
18	442	368	22	528	3.692	122	2.921	3.112	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. 11.6.2003 (21. Woche)

Krankheit	21. Woche 2003	1.–21. Woche 2003	1.–21. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	2	26	33	81
Influenza	9	8.094	2.518	2.578
Legionellose	4	106	120	413
FSME	3	10	18	238
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	37	26	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*	0	16	28	55
Listeriose	0	79	77	237
Brucellose	0	8	13	35
Dengue-Fieber#	1	40	106	218
Hantavirus-Erkrankung	9	50	73	228
Leptospirose	0	15	15	58
Ornithose	0	13	12	40
Q-Fieber	4	34	80	191
Tularämie	0	0	2	5
Paratyphus	1	23	28	67
Typhus abdominalis	3	29	20	58
Trichinellose	0	3	0	10

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**Q-Fieber Ausbruch im LK Soest (NRW) bestätigt**

Bei dem im *Epidemiologischen Bulletin* 23/2003 mitgeteilten Ausbruch haben die labor diagnostischen Untersuchungen den Nachweis von *Coxiella burnetii* erbracht. Die Verdachtsdiagnose **Q-Fieber** konnte so bestätigt werden. Aktuell befinden sich etwa 70 betroffene Personen in stationärer Behandlung. Der Ausbruch wird zur Zeit von einem Untersuchungsteam aus Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Soest, des *lög*d NRW, Münster, und der Abteilung für Infektions epidemiologie des RKI untersucht. Über die Ergebnisse der Ausbruchsuntersuchungen wird zu einem späteren Zeitpunkt berichtet.

SARS – Aktuelle Situation (Stand 11. Juni)

Situation weltweit: Bis zum 11. Juni 2003 wurden insgesamt 8.435 Erkrankungsfälle aus 29 Ländern, darunter 789 Verstorbene, gemeldet. Unter Berücksichtigung der neu gemeldeten Erkrankungszahlen scheint die SARS-Epidemie weltweit abzuflauen, so wurden zum Beispiel in **China** am 9. Juni keine neuen Erkrankungsfälle gemeldet und am 4. Juni wurde erstmals seit dem 28. März 2003 **weltweit** kein Todesfall erfasst. **Singapur** konnte am 30. Mai von der Liste der Länder mit lokaler Krankheitsübertragung gestrichen werden. Eine lokale Übertragung von SARS ist derzeit nur für einige chinesische Provinzen und weiterhin auch **Toronto, Kanada**, bekannt. In Toronto scheint der Ausbruch noch immer nicht vollständig unter Kontrolle zu sein. In einem Update am 2. Juni wies die **WHO** auf die noch bestehenden **Probleme bei der Labor diagnostik** von SARS hin: Aufgrund der im frühen Krankheitsstadium niedrigen Virusausscheidung besteht wegen zum Teil nicht ausreichender Sensitivität der Testverfahren noch immer die Gefahr falsch negativer Ergebnisse. Die Falldefinition orientiert sich daher in erster Linie weiterhin am klinischen Krankheitsbild, dem epidemiologischen Zusammenhang und der Röntgendiagnostik.

Situation in Europa: Aus **10 europäischen Ländern** wurden bisher 38 wahrscheinliche Fälle von SARS gemeldet.

Situation in Deutschland: In Deutschland wurden 10 wahrscheinliche und 38 Verdachtsfälle gemeldet. Alle Fälle waren importiert, schwere Erkrankungsverläufe traten weiterhin nicht auf.

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 mit EHEC-Nachweis oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Erkrankungen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-26 28
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-24 57
E-Mail: KiehlW@rki.de

Dr. med. Ines Steffens, MPH

Tel.: 01888.754-23 24
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-24 55
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-24 59

Vertrieb und AbonentenserviceZeitungs- und Zeitschriften Vertrieb GmbH
Düsterhauptstr. 17, 13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-39 85**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>.

DruckDIE PARTNER, KRONAUER & FRIENDS,
Berlin (vormals Primus Solvero 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