



Epidemiologisches Bulletin

25. Juni 2004 / Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ermittlungen zu einem Q-Fieber-Ausbruch in einer Großfamilie

Ende Oktober des Jahres 2003 meldete eine Lungenfachklinik dem zuständigen Gesundheitsamt die Erkrankung von zwei Mitgliedern einer Familie an einer zunächst nicht näher bezeichneten schweren atypischen Lungenentzündung.

Die Meldung erfolgte gemäß § 6 Abs. 1 (5 b) IfSG, der die namentliche Meldung von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen vorsieht, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen, die nicht in § 7 genannt sind.

Ein 72-jähriger Mann (Indexpatient) erkrankte am 20.10.2003 mit akut einsetzenden Symptomen eines fieberhaften unspezifischen Infektes. Wegen der Schwere des Krankheitsbildes wies die Hausärztin den Patienten am Folgetag in das örtliche Kreiskrankenhaus ein. **Klinisch** bestanden zum Zeitpunkt der Aufnahme ein stark reduzierter Allgemeinzustand, Gliederschmerzen und Fieber bis 40,2 °C, der Auskultationsbefund der Lunge war unauffällig. Husten und Auswurf wurden auf Befragen verneint. Laborchemisch fiel eine Leukozytose von 18.000/ml auf. Röntgenologisch zeigten sich in beiden Lungenflügeln großflächige, weiche Infiltrate. Zwei Tage nach Aufnahme wurde der Patient über mehrere Wochen beatmungspflichtig.

Wenige Tage später, am 26.10., erkrankte ein Sohn des Patienten ebenfalls mit den Symptomen eines hochfieberhaften Infektes. Röntgenologisch fand sich ein kleines, flaves Infiltrat im rechten Oberlappen. Nach Aufnahme in der gleichen Klinik wie der Vater wurde dort der Verdacht auf eine Gruppenerkrankung geäußert. Bis zum 30.10. erkrankten sechs weitere Angehörige der gleichen Familie (s. Abbildung 1) mit ähnlicher Symptomatik unterschiedlichen Schweregrades. Alle Erkrankten sind inzwischen wieder gesund.

Ermittlungen der beteiligten Behörden zum Infektionsgeschehen

Die Indexperson bewirtschaftete einen landwirtschaftlichen Nebenerwerbsbetrieb mit Rinderhaltung. Im Frühjahr des Jahres 2003 wurden die Weideflächen und die Wasserstelle des Hofes von einer durchziehenden Schafherde genutzt. Danach weideten darauf wieder die Rinder aus dem Betrieb der Familie. Ein direkter Kontakt zwischen Rindern und Schafen bestand nicht. Der verantwortliche Schäfer hat in der Herde keine vermehrten Erkrankungen beobachtet. Auch die Rinder waren augenscheinlich gesund.

Am 7.10. wurde unter Mithilfe der Indexperson und eines Tierarztes ein Kalb geboren. An einer Familienfeier auf dem Hof 12 Tage später (19.10.) nahmen 20 Personen, darunter sechs Kinder im Alter zwischen 20 Monaten und 11 Jahren, teil. Das neugeborene Kalb war bei dieser Feier eine Attraktion, es wurde im Stall besichtigt und insbesondere von den Kindern gestreichelt. Nur wenige Tage später, am 25.10., verendete es. Ein Familienmitglied informierte daraufhin das Veterinäramt, welches die Obduktion des Kalbes veranlasste. Bei der Obduktion fand sich eine interstitielle Pneumonie, im post mortem durchgeführten ELISA-Test war ein hoher Antikörpertiter gegen *Coxiella burnetii* nachweisbar. Eine Untersuchung des Organmaterials auf Coxiellen mittels PCR verlief negativ, der Erreger wurde aber mit Hilfe einer Zellkultur aus der Lunge des

Diese Woche 26/2004

Q-Fieber:

Zu einer familiären Häufung in Baden-Württemberg

STIKO neu berufen

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
23. Woche 2004
(Stand: 23. Juni 2004)



Kalbes angezuchtet und das Isolat in der PCR als *Coxiella burnetii* identifiziert. (Die Untersuchungen wurden von der Bundesforschungsanstalt für Viruserkrankungen der Tiere, Standort Wusterhausen, durchgeführt).

In Kenntnis der Coxiellen-Infektion des Kalbes kann davon ausgegangen werden, dass der Stall beim Abkalben mit Geburtsprodukten kontaminiert wurde und bei der Stallarbeit eine Aerosolbildung stattfand. Diese hatte vermutlich eine Inhalation der hochinfektiösen Materialien durch die später Erkrankten zur Folge, denn nach dem krankheitsbedingten Ausfall des Indexpatienten am 20.10. kümmerte sich zunächst ein im gleichen Haushalt lebender Sohn um die Versorgung der Rinder und nach dessen Erkrankung am 26.10. ein weiterer Sohn und schließlich zwei weitere Familienmitglieder, die in der Folgezeit ebenfalls erkrankten. Zusätzlich zu dem Indexpatienten wurden ohne Ausnahme alle mit der Versorgung der Rinder und der Stallarbeit befassten erwachsenen Familienmitglieder krank. Auch drei der sechs bei der Familienfeier anwesenden Kinder erkrankten klinisch, aber der radiologische Befund der Lunge war unauffällig. Bei einem der gesunden Kinder konnten Antikörper gegen Coxiellen nachgewiesen werden. Die diagnostizierte Antikörperkonstellation wies jedoch auf eine zurückliegende Infektion hin, die mit dem aktuellen Ausbruchsgeschehen offenbar nicht in Verbindung stand.

Die Erkrankten hatten keinen gemeinsamen Wohnsitz und waren nicht dauerhaft in der Landwirtschaft beschäftigt. Der bei der Geburt des Kalbes anwesende Tierarzt erkrankte nicht.

Ergebnisse der Laboruntersuchungen

Alle **Familienmitglieder** wurden serologisch auf Antikörper gegen Coxiellen getestet. Bei den fünf erkrankten Erwachsenen und bei einem Kind (s. o.) ließen sich fünf bis sechs Wochen nach klinischem Erkrankungsbeginn im ELISA IgM-Ak gegen Q-Fieber Phase-II feststellen. Trotz gleicher Symptomatik wie bei den Erwachsenen waren auch sieben Wochen nach Krankheitsbeginn bei den erkrankten Kindern keine Antikörper nachweisbar (s. Abbildung 1). Da in

der Regel bereits im Akutstadium IgM-Antikörper und bereits 2–4 Wochen nach Auftreten klinischer Symptome Phase-II-IgM-Antikörper nachgewiesen werden können, ist nicht auszuschließen, dass es sich bei der Infektion der Kinder um eine respiratorische Infektion anderer Ätiologie handelte. Da die Eltern der Kinder eine Kontrolluntersuchung ablehnten, war eine weitere Abklärung nicht möglich.

Nachdem alle Familienmitglieder wieder genesen waren, veranlasste das Gesundheitsamt zur Beurteilung des immunologischen Verlaufs weitere Antikörperkontrollen bei den 6 Antikörper-positiven Familienmitgliedern. Sie wurden im LGA durchgeführt. In allen Fällen konnten ca. 3–4 Monate nach Infektion Phase-I-IgG-Antikörper diagnostiziert werden, in 5 Fällen waren zusätzlich IgA-Antikörper nachweisbar. Ob es sich hierbei um beginnende Chronifizierungen der Infektionen handelt, lässt sich aufgrund des häufigen Auftretens von Phase-I-IgG in der Rekonvalenzphase derzeit noch nicht abschließend bewerten. Aufgrund der Präsenz von IgA-Antikörpern bei 5 der seropositiven Familienmitglieder sind weitere Verlaufskontrollen zum Abschluss einer Chronifizierung unbedingt erforderlich.

Im März des Jahres 2004 wurden durch den Schafherdengesundheitsdienst und das zuständige Veterinäramt stichprobenartig bei 50 von etwa 650 **Mutterschafen** aus der betreffenden Herde Blutproben auf Coxiella-Antikörper (Q-Fieber-KBR) untersucht. Sie alle fielen negativ aus. Auch die Untersuchung mehrerer vom Fell der Tiere gesammelter Zecken auf Coxiellen war negativ.

Schlussfolgerungen

Aus Sicht der beteiligten Behörden sind bei diesem kleinräumigen Ausbruch mehrere Beobachtungen bemerkenswert:

- Der Ausbruch beschränkte sich auf Mitglieder einer Familie. Insgesamt 20 Personen hatten unterschiedlich engen Kontakt zu dem erkrankten Kalb bzw. zum Stall als wahrscheinlichem Ort der Exposition. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit stieg augenscheinlich mit der Intensität des Kontaktes. Erwachsene Besucher der Fa-

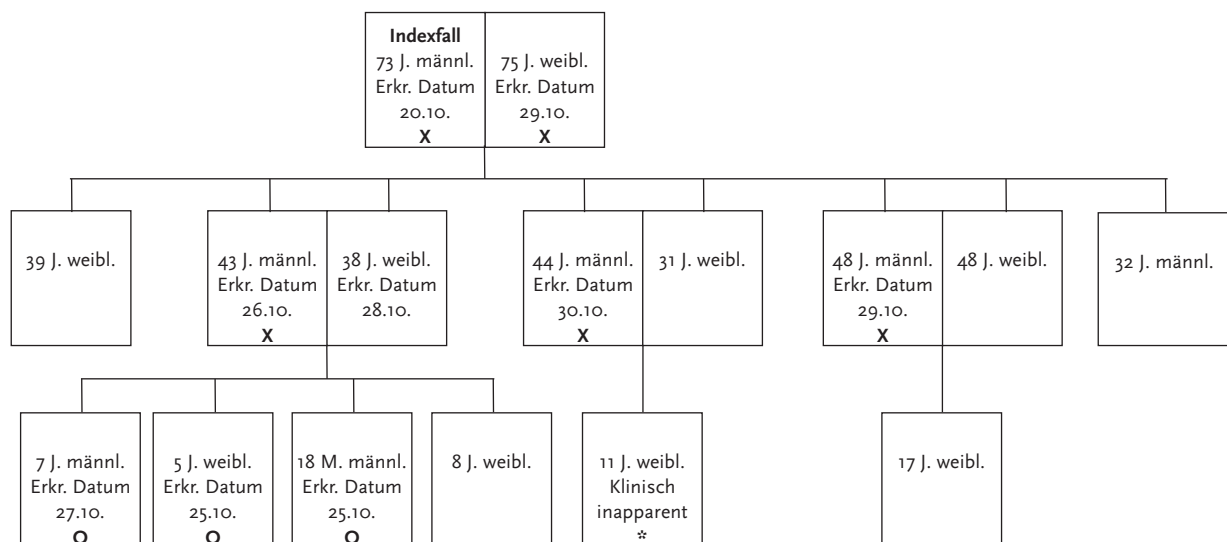


Abb. 1: Q-Fieber-Ausbruch in einer Familie, Baden-Württemberg 2003, Stammbaum mit Angabe des Erkrankungszeitpunktes (X = Erkrankt mit Antikörpernachweis; O = Erkrankt ohne Antikörpernachweis; * = Nicht erkrankt, nur Antikörpernachweis)

milienfeier, die keine Arbeiten im Stall durchgeführt hatten, erkrankten nicht. Es erkrankten aber alle mit Stallarbeit befassten Erwachsenen. Ob die Erkrankungen von drei Kindern, die alle das Kalb berührt hatten, ebenfalls mit dem beschriebenen Infektionsgeschehen in Zusammenhang stehen, bleibt offen.

- ▶ In der Literatur werden meist milde oder inapparente, selbstlimitierende Krankheitsverläufe beschrieben. Etwa 50% der Infektionen verlaufen asymptomatisch. In etwa einem Prozent aller Q-Fieber-Erkrankungen kommt es zu einem chronischen Verlauf (s. a. RKI-Ratgeber unter www.rki.de/INFEKT/INF_A-Z/RAT_MBL/Q-FIEBER.PDF). Im Rahmen dieses Ausbruchs mussten drei Erkrankte stationär behandelt werden. In einem Fall war wegen schwerem Krankheitsverlauf eine assistierte Beatmung über Wochen erforderlich und die Rekonvalenzzeit verlief verzögert.
- ▶ Die Inkubationszeit des Q-Fiebers wird in der Regel mit 2 bis 3 Wochen, angegeben. Hier lag der Erkrankungs-

beginn trotz kurzem Kontakt bei 10 Tagen, so dass von einer massiven Exposition bzw. hohen Infektionsdosis ausgegangen werden kann.

- ▶ Die Infektionsquelle des Rindes bleibt letztlich ungeklärt, da ein Zusammenhang mit der Schafherde nicht nachgewiesen werden konnte. In Frage kommt u. a. eine Übertragung durch Zecken. Um weitere Erkrankungen zu vermeiden, hatte die betroffene Familie rasch die vorsorgliche Tötung ihrer Rinder veranlasst. Der Stall wird derzeit nicht mehr genutzt, eine Desinfektion erfolgte wegen verschiedener Probleme nicht.

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. Antje Haack-Erdmann, Gesundheitsamt Hohenlohekreis (E-Mail: Antje.Haack-Erdmann@hohenlohekreis.de). Weiterer Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Dr. Peter Kimmig und Frau Dr. Claudia Wagner-Wiening, Nationales Konsiliarlabor Q-Fieber, LGA Baden-Württemberg sowie Frau Dorothea Maslo und Dr. Elke Göhring-Zwacka, Abt. Epidemiologie & Gesundheitsberichterstattung LGA Baden-Württemberg und Herrn Dr. Günter Steng, Schafherdengesundheitsdienst der Tierseuchenkasse Baden-Württemberg.

Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut neu konstituiert

Die STIKO wurde 1972 beim Bundesgesundheitsamt in dem Bestreben eingerichtet, den Ländern sorgfältig vorbereitete und abgestimmte Impfpfehlungen sowie fachliche Expertise zur Verfügung zu stellen. Sie besteht seit 1994 beim Robert Koch-Institut. Mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist die STIKO gesetzlich verankert. Gemäß §20 Abs. 3 IfSG veröffentlichen die Länder auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO öffentliche Impfpfehlungen.

Am 2. Juni 2004 fand in Berlin die konstituierende Sitzung der STIKO für die neue Berufungsperiode statt. Bei dieser 50. Sitzung seit Bestehen der STIKO wählten die durch die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, in die Kommission berufenen Mitglieder

Herrn **Prof. Dr. H.-J. Schmitt**, Mainz (Pädiatrische Infektiologie, Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz), zum **Vorsitzenden** und

Herrn **Dr. J. Leidel**, Köln (Gesundheitsamt der Stadt Köln), zum **stellvertretenden Vorsitzenden**.

▶ Weitere berufene Mitglieder der STIKO sind:

Herr **Prof. Dr. med. habil. S. Bigl**, Chemnitz,

Herr **Dr. R. Dobbelaer**, Brüssel (Head Biological Standardisation Scientific Institute of Public Health – SIPH),

Herr **Prof. Dr. U. Heininger**, Basel (Abteilung für Pädiatrische Infektiologie und Vakzinologie des Universitäts-Kinderspital beider Basel – UKBB),

Herr **Prof. Dr. F. Hofmann**, Wuppertal (Abteilung Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz der Universität Wuppertal),

Frau **Prof. Dr. C. Hülße**, Rostock (Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern),

Frau **Prof. Dr. H. Idel**, Düsseldorf (Hygiene-Institut der Universitätsklinik Düsseldorf),

Herr **Prof. Dr. W. Jilg**, Regensburg (Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Regensburg, Klinische Virologie und Infektionsimmunologie),

Herr **Prof. Dr. R. von Kries**, München (Abteilung für Epidemiologie im Kindes- und Jugendalter, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München),

Frau **Dr. Lindlbauer-Eisenach**, München,

Herr **Prof. Dr. Th. Mertens**, Ulm (Institut für Mikrobiologie und Immunologie, Abteilung Virologie der Universität Ulm),

Frau **Dr. A. Nahnauer**, Essen (BKK Bundesverband),

Herr **Prof. Dr. M. Röllinghoff**, Erlangen (Institut für klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Universität Erlangen),

Herr **Prof. Dr. F. von Sonnenburg**, München (Medizinische Fakultät, Institut für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München),

Herr **Prof. Dr. K. Wahle**, Münster (Leiter Arbeitsbereich Allgemeinmedizin der Universität Münster),

Herr **Prof. Dr. F. Zepp**, Mainz (Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz).

▶ Ständige Gäste der STIKO sind:

Frau **Dr. med. R. Jäckel**, Berlin (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gruppe Biologische Arbeitsstoffe, Bio- und Gentechnik),

Frau **Dr. med. B. Keller-Stanislawski**, Langen (Paul-Ehrlich-Institut, Bundesinstitut für Sera und Impfstoffe),

Herr **Oberfeldarzt Dr. H. Habicht-Thomas**, Bonn (Bundesministerium der Verteidigung, Fü San I 2),

Frau **S. Meierkord**, Stuttgart (Sozialministerium Baden-Württemberg),

Herr **Dr. L. Schaade**, Bonn (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung – BMGS, Referat 310),

Frau **Dr. S. Zaumseil**, Magdeburg (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt).

▶ Sekretariat der STIKO:

Herr **Dr. G. Rasch**, Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG 33, Seestr. 10, 13353 Berlin

Dank für langjährige aktive Mitarbeit gilt den aus der STIKO ausscheidenden bisherigen Mitgliedern,

Herrn **Prof. Dr. S. Dittmann**, Berlin (bisher stellvertretender Vorsitzender) sowie

Herrn **Prof. Dr. B. Fleckenstein**, Erlangen,

Herrn **Prof. Dr. F. Sitzmann**, Homburg/Saar

und dem ausgeschiedenen bisherigen ständigen Gast

Herrn **Oberfeldarzt Dr. R. Krause**, Bonn.

Hinweis: Die von der STIKO erarbeitete Aktualisierung der Impfpfehlungen für das Jahr 2004 befindet sich derzeit in Feinabstimmung. Die Veröffentlichung erfolgt voraussichtlich in der 30. Kalenderwoche Ende Juli d.J. im *Epidemiologischen Bulletin* des RKI (siehe auch *Epid. Bull.* 24/2004).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 23.6.2004 (23. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	71	1.368	1.676	2	42	35	4	102	107	68	1.516	1.454	5	56	36		
Bayern	138	1.942	2.028	4	73	93	16	274	210	75	1.730	1.626	1	61	37		
Berlin	34	557	687	0	12	5	1	57	92	48	785	850	2	32	27		
Brandenburg	68	691	741	0	2	16	3	80	102	35	497	492	1	10	17		
Bremen	3	81	91	0	0	8	0	10	21	10	142	141	0	3	5		
Hamburg	11	326	320	0	10	19	0	12	10	21	592	492	0	11	18		
Hessen	41	899	1.235	0	6	7	0	43	57	56	1.048	966	0	17	20		
Mecklenburg-Vorpommern	23	494	526	0	4	6	5	111	140	37	520	436	0	7	3		
Niedersachsen	72	1.521	1.675	0	30	48	1	58	89	77	1.402	1.118	0	11	13		
Nordrhein-Westfalen	147	2.806	3.299	2	84	121	17	366	350	263	4.103	3.456	4	50	34		
Rheinland-Pfalz	65	919	1.064	0	32	29	1	65	70	30	816	731	1	9	8		
Saarland	17	180	162	1	2	0	0	9	11	12	248	252	0	1	0		
Sachsen	46	1.092	1.417	1	13	28	7	236	354	61	1.209	1.359	0	13	31		
Sachsen-Anhalt	36	839	1.001	0	1	5	2	220	166	33	511	419	2	9	9		
Schleswig-Holstein	18	489	547	1	12	12	0	43	36	27	603	510	0	2	3		
Thüringen	26	775	872	0	7	11	11	167	198	41	562	543	0	10	19		
Deutschland	816	14.979	17.341	11	330	443	68	1.853	2.013	894	16.284	14.845	16	302	280		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	1	75	72	2	53	57	17	533	434		
Bayern	6	128	137	3	61	84	21	791	672		
Berlin	5	45	38	0	37	34	13	416	179		
Brandenburg	0	10	6	0	8	5	2	38	35		
Bremen	0	8	3	0	2	7	0	14	22		
Hamburg	0	10	11	0	15	12	1	29	20		
Hessen	2	32	50	1	40	41	8	258	243		
Mecklenburg-Vorpommern	1	7	8	0	10	9	1	42	43		
Niedersachsen	0	36	33	1	60	64	7	365	350		
Nordrhein-Westfalen	6	243	129	5	156	141	25	841	380		
Rheinland-Pfalz	0	33	28	1	39	38	3	207	144		
Saarland	0	3	3	0	9	6	0	11	17		
Sachsen	3	15	10	0	15	21	9	120	85		
Sachsen-Anhalt	0	12	30	0	18	14	1	68	50		
Schleswig-Holstein	1	5	21	0	15	11	2	93	86		
Thüringen	0	12	23	0	16	2	4	57	40		
Deutschland	25	674	602	13	554	546	114	3.883	2.800		

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,

Stand v. 23.6.2004 (23. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
1	138	186	41	1.311	3.081	50	2.036	2.712	9	244	195	0	13	13	Baden-Württemberg
8	203	222	5	1.405	1.809	89	3.314	3.946	7	278	178	0	12	15	Bayern
6	77	101	11	973	1.103	15	1.262	1.411	2	131	76	2	21	13	Berlin
3	78	120	24	1.265	2.544	13	1.854	2.647	2	31	31	0	1	4	Brandenburg
1	18	13	1	301	372	6	91	293	0	13	6	0	4	3	Bremen
1	47	59	1	478	913	5	586	623	0	49	49	0	5	1	Hamburg
4	127	118	4	572	1.066	34	1.271	1.622	4	94	73	0	7	10	Hessen
2	67	77	37	1.279	1.559	56	1.859	2.569	6	94	47	0	17	10	Mecklenburg-Vorpommern
11	272	264	15	1.809	4.034	48	2.002	2.919	2	103	62	0	23	18	Niedersachsen
20	441	420	24	2.253	3.888	61	3.666	4.863	7	292	207	2	50	34	Nordrhein-Westfalen
6	134	146	13	1.642	2.864	25	1.585	2.409	2	75	50	0	15	7	Rheinland-Pfalz
1	37	40	0	87	368	8	181	469	0	17	8	0	2	0	Saarland
2	256	315	60	3.510	3.843	57	4.020	6.710	3	115	100	0	10	21	Sachsen
7	147	196	14	767	1.613	28	2.535	2.969	3	57	35	0	1	9	Sachsen-Anhalt
2	82	88	10	439	1.233	6	541	720	1	22	18	0	1	0	Schleswig-Holstein
10	191	230	37	1.284	1.426	28	2.569	2.824	0	19	12	0	2	6	Thüringen
85	2.315	2.595	297	19.375	31.716	529	29.372	39.706	48	1.634	1.147	4	184	164	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
0	29	44	0	10	19	18	338	416	Baden-Württemberg	
0	40	57	1	10	29	15	348	463	Bayern	
1	14	22	0	3	2	5	138	171	Berlin	
0	6	17	0	1	4	3	66	100	Brandenburg	
0	2	7	0	0	12	3	40	29	Bremen	
0	3	11	0	1	4	2	99	97	Hamburg	
0	23	23	1	10	12	7	240	293	Hessen	
0	12	18	0	0	1	0	59	55	Mecklenburg-Vorpommern	
1	24	39	0	7	222	6	225	273	Niedersachsen	
2	97	120	1	18	215	29	705	795	Nordrhein-Westfalen	
1	14	20	0	3	31	8	126	144	Rheinland-Pfalz	
0	4	11	0	0	1	1	38	61	Saarland	
0	14	19	0	0	1	3	90	125	Sachsen	
0	14	34	0	0	6	0	90	104	Sachsen-Anhalt	
1	8	10	0	4	16	1	76	86	Schleswig-Holstein	
0	15	18	0	1	2	0	61	61	Thüringen	
6	319	470	3	68	577	101	2.739	3.273	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. 23.6.2004 (23. Woche)

Krankheit	23. Woche 2004	1.–23. Woche 2004	1.–23. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	0	516	123	397
Brucellose	0	9	9	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	31	28	76
Dengue-Fieber	1	52	47	131
FSME	2	19	21	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	14	28	82
Hantavirus-Erkrankung	3	38	57	143
Influenza	0	3.363	8.120	8.482
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	30	43	77
Legionellose	1	145	136	395
Leptospirose	0	12	15	37
Listeriose	2	117	102	255
Ornithose	0	5	14	41
Paratyphus	2	32	27	72
Q-Fieber	2	80	124	386
Trichinellose	0	4	3	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	4	30	33	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)

Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.deSylvia Fehrmann
Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenservicePlusprint Versand Service
Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3**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

die partner, karl-heinz kronauer, 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**