



Epidemiologisches Bulletin

14. Januar 2005 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Publikation des Influenzapandemieplans auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts

Im Unterschied zu den üblichen, jedes Jahr in unterschiedlicher Stärke und Ausprägung wiederkehrenden Influenza-Erkrankungswellen wird eine Influenzapandemie durch ein neuartiges Influenzavirus verursacht, das in der Lage ist, schwere Erkrankungen hervorzurufen und sich effektiv von Mensch zu Mensch zu verbreiten. Da dieser neue Erreger zuvor nicht in der menschlichen Bevölkerung zirkuliert ist, kann sich das Immunsystem nicht vorbereiten und daher auch nicht schützen. Eine Pandemie führt zu Erkrankungs- und Sterberaten, die übliche, auch schwere Influenzawellen, übertreffen.

Eine Influenzapandemie, d.h. eine sich weltweit ausbreitende Influenzaepidemie, hat ein größeres Potenzial, einen raschen Anstieg der Zahl von Erkrankungen und Todesfällen zu verursachen als wahrscheinlich jede andere natürliche Gesundheitsgefahr.

Das Risiko einer weltweiten Influenzapandemie ist nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation derzeit so hoch wie nie zuvor. Ursache ist das Vogelgrippevirus H5N1, das sich in Südostasien stark ausgebreitet hat und zunehmend mehr Tierarten, auch den Menschen, direkt infizieren kann. Die Vogelgrippeviren könnten durch ständige Änderungen ihres Erbguts oder durch den Austausch ganzer Gene, das so genannte Reassortment, die Fähigkeit erlangen, effektiver als bisher Menschen zu infizieren und effizient von Mensch zu Mensch übertragen zu werden.

Experten weltweit stimmen darin überein, dass das erneute Auftreten eines Influenzavirus mit pandemischem Potenzial nur eine Frage der Zeit ist, da allein im letzten Jahrhundert drei große Pandemien aufgetreten sind. Die Zahl der Todesopfer weltweit reichte von etwa 1 Million in den Pandemien von 1968 und 1957 bis hin zu einer geschätzten Zahl von 20–40 Millionen Toten durch die „Spanische Grippe“ 1918. Gesicherte Vorhersagen über das Ausmaß einer neuen Influenzapandemie sind nicht möglich, da sich die Infektiosität des Pandemieerregers und die Letalität der durch ihn ausgelösten Erkrankungen nicht vorhersagen lassen. Außerdem steht einer deutlich verbesserten medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Industrienationen in den letzten Jahrzehnten auf der einen Seite die stark gestiegene internationale Mobilität gegenüber, die zu einer rasanten weltweiten Ausbreitung eines neuen Pandemievirus führen kann, mit einem Massenanfall von Erkrankungen innerhalb kürzester Zeit (wenige Wochen).

Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet verschiedene Bereitschafts- und Pandemiephasen. Der Pandemiefall würde ausgerufen, wenn das neue Virus mehrere Ausbrüche mit anhaltender Verbreitung des Virus in der Bevölkerung in mindestens einem Staat ausgelöst und auf andere Länder übergreifen hat. Nach den Erfahrungen der Vergangenheit sind meist zwei Ausbruchswellen zu erwarten.

Zielsetzung der Planung vorbereitender Maßnahmen auf eine Influenzapandemie ist die Reduktion der Erkrankungs- und Sterberate sowie die Aufrechterhaltung einer adäquaten Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Ordnung. Dabei stellt eine Pandemie eine Bedrohung für die gesamte Bevölkerung dar, deren Bewältigung weit über den Gesundheitsbereich hinausgeht.

Diese Woche

2/2005

Influenza:

Pandemieplan publiziert

Europäisches Centre for Disease Prevention and Control:

Direktorin nominiert

Veranstaltungshinweise

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

52. Woche 2004

(Stand: 12. Januar 2005)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



Umso wichtiger ist es, durch die Publikation des Plans eine transparente und breite Diskussion in der Bevölkerung und mit den Fachkreisen und Entscheidungsträgern auch aus anderen Bereichen (z. B. Katastrophenschutz) über die notwendigen Vorbereitungen zu ermöglichen.

Die WHO hat 1999 ihre Mitgliedsstaaten aufgerufen, vorbereitende Planungen auf nationaler Ebene für eine Influenzapandemie zu treffen. In Deutschland wurde durch den Beschluss der 74. Gesundheitsministerkonferenz vom 21./22.6.2001 das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, in Abstimmung mit den Ländern einen nationalen Pandemieplan für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland auf der Grundlage der WHO-Empfehlung zu erarbeiten (s. a. *Epid. Bull.* 36/2001). Im Oktober 2001 wurde unter Federführung des Robert Koch-Instituts eine Expertengruppe „Influenzapandemieplanung“ eingerichtet. Die Arbeitsgruppe sollte unter Berücksichtigung der föderalen Organisation der Bundesrepublik Deutschland sowie der grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder und Gemeinden für die Durchführung der Maßnahmen zum Infektions- und Katastrophenschutz einen nationalen Pandemieplan für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland erarbeiten. Der nun publizierte Nationale Influenzapandemieplan beinhaltet gemeinsame Empfehlungen von Bund und Ländern und fasst im Kerndokument (Teil II) auf gut 70 Seiten die Ausgangssituation, grundlegende Überlegungen und Konzepte für eine Vorbereitung zusammen. Diese beruhen auf der Arbeit der nationalen Expertenkommission am RKI.

Bei der Planung wird ein „wahrscheinliches“ Szenario als Ausgangspunkt zu Grunde gelegt. Grundsätzlich soll auf bereits bestehenden Strukturen aufgebaut werden und das Vorgehen bundesweit koordiniert erfolgen. Zur Gewährleistung der raschen, umfassenden Situationsbeurteilung und fachlichen Beratung der Entscheidungsgremien im Pandemiefall soll – wie von der WHO empfohlen – eine Nationale Pandemiekommission am RKI eingerichtet werden. In dem vorliegenden Plan werden Minimalanforderungen zur Bewältigung einer Pandemiesituation formuliert, bei gleichzeitigem Aufzeigen verschiedener Lösungskonzepte. Zu den Schlüsselementen des Plans gehört die Surveillance, die sich in verschiedene Bereiche zur Überwachung des Krankheitsgeschehens und des Monitorings von Ressourcen gliedert. In enger Zusammenarbeit mit Institutionen zur Überwachung der Epidemiologie von Tierseuchen soll sie auch eine Frühwarnfunktion über das Auftreten neuer und potenziell pathogener Influenzaerreger übernehmen.

Da das Hauptmerkmal einer Pandemie die Neuartigkeit des Erregers ist, würden die normalen, jedes Jahr an die erwarteten Erreger angepassten Influenza-Impfstoffe keinen Schutz vor dem Pandemieerreger bieten. Auf Grund der technologischen Anforderungen und der begrenzten Produktionskapazitäten wird ein im Falle einer Pandemie neu zu entwickelnder und zu produzierender Impfstoff mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht so schnell und nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, um die Bevölkerung bereits vor einer ersten Erkrankungswelle schützen zu können. Daher sind weitere Konzepte, wie z. B. die Bevorratung antiviraler Medikamente, seuchen-

hygienische Maßnahmen auf kommunaler, Länder- und Bundesebene zur Verlangsamung der Ausbreitungsdynamik sowie die Vorbereitung des medizinischen Versorgungsnetzes von großer Bedeutung. Eine Entlastung des stationären Sektors durch Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen und die Kanalisierung des Bedarfs und die Vorbereitung alternativer Versorgungsstrukturen (Altenpflegeheime etc.) sollen dazu beitragen, die Versorgung anderer schwerer Erkrankungen auch in einer Pandemie so weit als möglich aufrecht zu erhalten. Im Pandemiefall tragen eine frühzeitige und transparente Diskussion und Aufklärung der Bevölkerung und die Stärkung der Kommunikationsstrukturen wesentlich zur Umsetzbarkeit dieser Maßnahmen bei.

Ein Aktionsplan, der die einzelnen Maßnahmen für die jeweiligen Vorbereitungsstufen und Phasen einer Pandemie detailliert zusammenfasst, wird derzeit zwischen Bund und Ländern abgestimmt und soll als Teil III zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden. Der Nationale Influenzapandemieplan soll in seiner Gesamtheit kontinuierlich weiterentwickelt werden und darüber hinaus in Zusammenarbeit mit den Fachkreisen um einen Anhang mit Materialien zur praktischen Unterstützung der Umsetzung ergänzt werden.

Die Bedeutung einer frühzeitigen Vorbereitung auf eine Pandemie kann angesichts der offensichtlichen Unterschätzung der Bedeutung und Gefährlichkeit der „echten Virusgrippe“ (Influenza) auch bei medizinischem Personal nicht stark genug betont werden.

Solange die üblichen saisonalen Influenza-Epidemien und die durchgeführten präventiven Maßnahmen nicht ernst genommen bzw. vernachlässigt werden, droht auch mangelnde Konsequenz bei der Vorbereitung auf eine Influenzapandemie.

Die jedes Jahr in unterschiedlicher Stärke wiederkehrende Influenza-Epidemie in Deutschland führte in der Saison 2002/2003 zu einer geschätzten Zahl von 20.000 bis 30.000 zusätzlichen Krankenhauseinweisungen. Dennoch zeigte die Befragung von medizinischem Personal durch das RKI im November 2001, dass nur etwa 40% der Befragten das Risiko an Influenza zu erkranken höher einschätzte als von nicht im Krankenhaus Beschäftigten und 20% als Grund einer nicht durchgeführten Impfung angaben, die Schutzimpfung könnte eine Influenza verursachen (*Deutsches Ärzteblatt* 2002, 99: 1968–1969). Es ist daher nicht überraschend, dass in dieser Zielgruppe der beruflich exponierten Personen bei einer Befragung im Herbst 2003 mit 30% (alte Bundesländer 13%, neue Bundesländer 55%) weniger als ein Drittel gegen Influenza geimpft waren. Auch in der Risikogruppe der Personen mit chronischen Grunderkrankungen oder einem Alter von über 60 Jahren waren mit 47% weniger als die Hälfte geimpft.

Weitere Informationen:

► <http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM>

Influenza-Seiten des Robert Koch-Instituts, u. a. mit dem Influenzapandemieplan und Antworten auf häufig gestellte Fragen

► <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/>
Internet-Seiten der Weltgesundheitsorganisation zu „Pandemic preparedness“

Europäisches „Centre for Disease Prevention and Control“ (ECDC) nimmt Gestalt an

Infektionskrankheiten halten sich nicht an Ländergrenzen. In Ergänzung zu den bisherigen Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation gibt es daher auf Ebene der Europäischen Gemeinschaft seit 1998 (Decision 2119/98/EC) Bestrebungen, die jeweiligen nationalen Institutionen und Strukturen im Bereich der Surveillance und der Bekämpfung wichtiger Infektionskrankheiten besser miteinander zu vernetzen und zu koordinieren. Ergebnisse dieser Bestrebungen waren die Etablierung eines EU-Netzwerkes für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle von Infektionskrankheiten, die Einigung auf eine gemeinsame Liste zu überwachender Krankheiten, die Festlegung einheitlicher Falldefinitionen und die Einrichtung eines Frühwarnsystems.

Nach den ersten Erfahrungen, die durch diese intensivere Kooperation der nationalen Surveillance-Einrichtungen gewonnen wurden, wurde bald schon die Idee in die Diskussion gebracht, nach dem Vorbild der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ein eigenes Europäisches Zentrum für die Überwachung und Kontrolle von Krankheiten zu schaffen. Katalysiert durch den SARS-Ausbruch im Jahr 2003 einigten sich Mitgliedsländer, EU-Kommission und EU-Parlament im Frühjahr 2004 auf die Schaffung eines neuen „European Centre for Disease Prevention and Control“ (ECDC) mit Sitz in Stockholm. Die neue EU-Institution soll die Krankheitsüberwachung und -kontrolle auf EU-Ebene strukturieren und koordinieren.

Hauptaufgaben der neuen Behörde sind

- ▶ die EU-weite epidemiologische Erfassung bestimmter Infektionskrankheiten in Zusammenarbeit mit den existierenden erkrankungsspezifischen europäischen Netzwerken,
- ▶ die weitere Standardisierung und Vereinheitlichung von Überwachungsinstrumenten und -methoden,
- ▶ die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Frühwarnsystems (*Early Warning and Response System* –

EWRS) für Krankheitsausbrüche und andere grenzübergreifende Gesundheitsrisiken,

- ▶ die wissenschaftliche Beratung von EU-Kommission und Parlament zu Public-Health-Fragen sowie technische und wissenschaftliche Unterstützung bei länderübergreifenden Ausbruchsuntersuchungen.

Höchstes Entscheidungsgremium der neuen Institution ist ein aus ca. 30 Mitgliedern zusammengesetztes **Management Board**, welches durch ein Expertengremium (**Advisory Forum**) beraten wird. Geleitet wird das Zentrum durch einen Direktor (s. a. *Epid. Bull.* 23/2004).

Als **erste Direktorin** wurde am 14. Dezember 2004 Frau Zsuzsanna Jakab aus Ungarn nominiert. Frau Jakab war zuletzt Staatssekretärin im ungarischen Gesundheitsministerium. Als ranghöchste Beamtin des Ministeriums war sie für die Anpassung von Gesetzen und Regelungen im Gesundheitsbereich an die EU-Standards zuständig und für das nationale ungarische Public-Health-Programm verantwortlich. Vor ihrer Ernennung zur Staatssekretärin im Gesundheitsministerium im Jahr 2002 war Frau Jakab 11 Jahre lang als Direktorin in verschiedenen Bereichen beim Regionalbüro der WHO für Europa tätig. Nach Bestätigung der Nominierung durch das Europäische Parlament wird sie ein Team von zunächst 35 Mitarbeitern leiten, das bis 2007 auf 70 Mitarbeiter aufgestockt werden soll.

Auf Grund begrenzter Mittel und Mitarbeiterzahl wird sich das Zentrum zunächst auf die Integration und Stärkung der bestehenden EU-Netzwerke und den Aufbau einer effizienten Kommunikationsstruktur zu den beteiligten nationalen, EU- und internationalen Institutionen konzentrieren. Nach Abschluss der Aufbauphase wird auf EU-Ebene diskutiert werden müssen, ob und wenn ja, welche jetzt durch die krankheitsspezifischen Netzwerke wahrgenommenen Aufgaben vom ECDC übernommen werden.

Offiziell wird das Zentrum im Mai dieses Jahres seine Arbeit aufnehmen.

Weitere Informationen zum ECDC:

- ▶ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/ecdc/ecdc_en.htm

- ▶ RKI: Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Seuchen soll im Jahr 2005 Arbeit aufnehmen. *Epid Bull* 2004; 23: 183–184

Hinweise auf Veranstaltungen

KISS-Einführungskurs

„Surveillance von nosokomialen Infektionen“

Termin: 28 Februar und 1. März 2005; **Veranstaltungsort:** Berlin

Themenmodule:

Nosokomiale Infektionen auf Intensivstationen (28.2., 9.00–17.30 Uhr)

Postoperative Wundinfektionen (1.3., 8.00–12.30 Uhr)

Nosokomiale Infektionen auf Neonatologischen Intensivstationen (1.3., 13.00–18.00 Uhr)

Veranstalter: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Institut für Hygiene und Umweltmedizin an der Charité, Berlin, in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Franz Daschner (Universitätsklinikum Freiburg) und Prof. Dr. Petra Gastmeier (Med. Hochschule Hannover)

Hinweis: Der Einführungskurs ist kostenfrei. Vorherige Anmeldung (jede Anmeldung wird bestätigt) ist erforderlich.

Organisation: Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Frau Ursula Gebhardt
Tel.: 030.450570022, Fax: 030.450570904
E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de

Weitere Informationen: www.nrz-hygiene.de unter AKTUELL

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung von RKI, UBA und BfR für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Vom **16. bis 18. März 2005** findet in Berlin die jährliche gemeinsame Fortbildungsveranstaltung des Robert Koch-Instituts (RKI), des Umweltbundesamtes (UBA) und des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) statt. Neben den veranstaltenden Instituten beteiligen sich auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und die Universität Düsseldorf mit Referenten.

Die Veranstaltung richtet sich vorrangig an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter sowie an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser. Die Anerkennung als Fortbildung für Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärzte wurde erteilt. Die Teilnahme ist kostenlos. Die Veranstaltung findet wie gewohnt im **Hörsaal des Bundesinstituts für Risikobewertung, Diederdorfer Weg 1, 12277 Berlin** (Marienfelde) statt. Anfahrt mit Bus X 11 oder X 83 (Nahmitzer Damm) oder S-Bahn Buckower Chaussee (S2).

Anmeldung: BfR, Pressestelle, Thielallee 88–92, 14195 Berlin
Fax: 030.8412–4970, E-Mail: oegd@bfr.bund.de

Weitere Informationen zum Programm und zu den Anmeldeunterlagen: <http://www.bfr.bund.de/cms5w/sixcms/detail.php/3861>

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 12.1.2005 (52. Woche 2004)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	
	2004		2003		2004		2003		2004		2003		2004		2003	
Baden-Württemberg	61	6.572	6.657	0	99	97	0	273	341	56	5.040	4.956	1	149	94	
Bayern	61	8.475	8.656	4	201	245	11	844	774	67	6.198	5.344	3	213	119	
Berlin	15	2.032	2.225	0	23	12	0	152	222	33	2.689	2.644	0	127	57	
Brandenburg	26	2.457	2.802	6	28	30	4	234	246	40	2.108	1.781	1	27	25	
Bremen	0	297	329	0	4	13	0	31	39	7	439	410	2	19	5	
Hamburg	14	1.196	1.255	0	29	33	1	31	38	26	1.825	1.636	0	45	40	
Hessen	32	3.737	4.345	0	17	16	1	116	131	31	3.189	3.045	1	71	62	
Mecklenburg-Vorpommern	17	1.452	1.909	0	12	10	5	338	340	27	2.047	1.576	0	10	5	
Niedersachsen	49	4.956	5.597	1	83	127	2	202	262	76	4.548	3.739	1	55	35	
Nordrhein-Westfalen	112	9.337	11.621	4	200	289	13	1.027	927	222	13.266	10.505	0	134	120	
Rheinland-Pfalz	31	4.025	3.815	0	92	91	2	263	197	27	2.659	2.360	0	58	33	
Saarland	2	734	774	0	4	5	0	19	23	12	867	892	0	8	1	
Sachsen	30	4.228	5.087	0	40	79	8	744	901	32	4.371	4.182	1	105	97	
Sachsen-Anhalt	24	2.556	2.829	0	21	15	7	580	458	22	1.791	1.527	1	26	21	
Schleswig-Holstein	31	1.740	2.052	0	38	45	3	133	96	23	2.051	1.566	0	13	9	
Thüringen	38	2.479	3.110	0	23	29	5	507	480	23	1.751	1.738	1	57	70	
Deutschland	543	56.273	63.063	15	914	1.136	62	5.494	5.475	724	54.839	47.901	12	1.117	793	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.			
	2004		2003		2004		2003		2004		2003	
Baden-Württemberg	0	214	174	0	115	151	20	1.190	1.063			
Bayern	2	277	249	1	156	175	24	1.865	1.578			
Berlin	2	135	93	0	71	83	13	959	541			
Brandenburg	1	33	18	0	18	13	5	102	80			
Bremen	1	26	12	0	13	16	1	34	52			
Hamburg	1	47	29	0	22	32	0	76	70			
Hessen	5	174	124	2	103	103	6	537	542			
Mecklenburg-Vorpommern	1	23	26	1	21	17	0	95	104			
Niedersachsen	0	147	121	2	131	154	9	772	749			
Nordrhein-Westfalen	8	552	290	3	307	321	13	1.715	1.042			
Rheinland-Pfalz	1	101	80	3	109	85	4	534	347			
Saarland	0	10	5	0	23	12	3	29	37			
Sachsen	1	45	21	0	41	58	3	284	247			
Sachsen-Anhalt	3	51	46	2	44	40	2	184	174			
Schleswig-Holstein	1	37	48	1	31	31	7	236	196			
Thüringen	0	28	32	0	27	17	3	150	95			
Deutschland	27	1.900	1.368	15	1.232	1.308	113	8.762	6.917			

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. 12.1.2005 (52. Woche 2004)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
6	373	426	420	3.576	3.499	26	2.639	3.363	5	689	578	2	95	124	Baden-Württemberg
8	571	570	286	3.184	2.317	28	4.067	4.540	12	779	524	0	51	68	Bayern
3	218	270	94	2.857	1.378	9	1.484	1.664	12	343	203	0	61	37	Berlin
3	234	307	126	3.688	3.133	41	2.378	2.851	1	87	53	1	21	17	Brandenburg
1	55	43	67	719	473	0	137	307	0	29	20	0	16	10	Bremen
3	134	161	82	1.350	1.159	15	666	737	1	119	112	0	15	12	Hamburg
5	315	312	232	1.562	1.388	21	1.721	2.015	5	231	184	0	30	30	Hessen
4	193	220	57	4.048	2.402	58	2.568	2.887	3	261	164	0	80	53	Mecklenburg-Vorpommern
10	655	673	596	5.794	5.200	19	2.452	3.282	3	240	172	2	101	96	Niedersachsen
10	1.096	1.041	581	6.937	4.598	86	4.770	5.816	16	874	610	6	235	197	Nordrhein-Westfalen
7	377	360	229	3.701	3.201	21	1.969	2.732	3	194	142	1	60	44	Rheinland-Pfalz
1	98	101	111	536	412	8	283	512	0	43	22	0	4	1	Saarland
2	658	808	123	10.421	6.082	50	5.307	7.773	0	349	239	0	88	122	Sachsen
6	397	500	243	3.047	2.537	57	3.009	3.537	2	152	104	0	32	45	Sachsen-Anhalt
4	222	251	179	1.325	1.688	4	656	815	0	55	40	1	10	3	Schleswig-Holstein
5	479	529	359	6.732	2.247	21	2.879	3.261	4	76	48	0	16	25	Thüringen
78	6.075	6.572	3.785	59.477	41.714	464	36.985	46.092	67	4.521	3.215	13	915	884	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
0	63	75	0	16	32	11	765	902	Baden-Württemberg	
0	81	100	0	16	45	11	911	1.012	Bayern	
1	18	26	0	11	2	9	369	368	Berlin	
0	13	32	0	2	6	0	137	198	Brandenburg	
0	4	8	0	0	34	0	70	74	Bremen	
1	10	18	0	2	5	4	208	216	Hamburg	
0	38	39	0	18	17	6	555	626	Hessen	
1	21	30	0	1	7	1	116	155	Mecklenburg-Vorpommern	
2	46	60	0	11	241	10	479	565	Niedersachsen	
0	163	202	0	33	306	22	1.700	1.796	Nordrhein-Westfalen	
1	26	40	0	5	40	2	283	366	Rheinland-Pfalz	
0	6	16	0	1	1	2	104	110	Saarland	
0	25	35	1	2	2	2	226	267	Sachsen	
2	28	41	0	2	8	5	198	231	Sachsen-Anhalt	
0	15	17	0	5	25	1	158	153	Schleswig-Holstein	
0	26	33	0	1	6	5	134	142	Thüringen	
8	583	772	1	126	777	91	6.413	7.181	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. 12.1.2005 (52. Woche 2004)

Krankheit	52. Woche 2004	1.–52. Woche 2004	1.–52. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	2	620	397	397
Brucellose	0	31	27	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	66	76	76
Dengue-Fieber	0	117	128	128
FSME	1	257	276	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	51	82	82
Hantavirus-Erkrankung	2	225	144	144
Influenza	19	3.462	8.481	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	65	77	77
Legionellose	6	459	395	395
Leptospirose	0	52	37	37
Listeriose	4	283	255	255
Ornithose	0	13	41	41
Paratyphus	2	100	73	73
Q-Fieber	0	110	386	386
Trichinellose	0	5	3	3
Tularämie	0	3	3	3
Typhus abdominalis	1	82	66	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Hinweise zur aktuellen ARE/Influenza-Situation

Laut Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza für die 1. Januarwoche 2005 war die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) in den meisten Regionen geringfügig bis moderat erhöht. Die Zahl der Arztkonsultationen wegen respiratorischer Erkrankungen befindet sich weiterhin auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Es ergeben sich daher bislang noch keine Anhaltspunkte für eine beginnende Influenzawelle in Deutschland.

Quelle: Wochenbericht für die 1. Woche 2005 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint 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 A14273