



Epidemiologisches Bulletin

15. Juli 2005 / Nr. 28

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Ausgewählte meldepflichtige Zoonosen 2004

Unter Zoonosen werden hier Tierkrankheiten, deren Erreger auch auf den Menschen übertragen werden können, verstanden. Erreger und Übertragungswege sind vielfältig. Im Jahr 2004 hatten sie einen Anteil von insgesamt fast 50% an allen auf dem Meldewege an das RKI übermittelten Erkrankungen.

Der letzte Situationsbericht zu den Zoonosen wurde im Epidemiologischen Bulletin in der Ausgabe 46/2003 publiziert. Im Folgenden wird über die Situation bei wichtigen ausgewählten Zoonosen auf der Basis der Daten des Jahres 2004 (Datenstand: 1. März 2005), bei selteneren Erkrankungen auch der Vorjahre, berichtet. Zusätzlich wird als ein Schwerpunkt dieses Berichtes zusammenfassend die **Leptospirose in Deutschland 1962–2004** behandelt. Über FSME in Deutschland 2004 wurde im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der aktualisierten Karte der Risikogebiete im Epidemiologischen Bulletin bereits in der Ausgabe 16/2005 informiert. Über eine wichtige Gruppe der Zoonosen, die über bakteriell kontaminierte Lebensmittel ausgelösten Gastroenteritiden, wird in Kürze separat berichtet werden.

Brucellose

Brucellose sind weltweit verbreitete Zoonosen, verursacht von *Brucella* (*B.*) *melitensis*, *B. suis* und *B. abortus*. Infizierte Nutztiere (Kühe, Ziegen, Schweine und Schafe) scheiden den Erreger mit der Milch, dem Stuhl und Urin aus; eine besonders hohe Dichte der Erreger findet sich in Plazentagewebe und den Lochien. Bei direktem Kontakt mit infizierten Tieren und bei Verzehr von nichtpasteurisierten Milchprodukten oder Weichkäse kann es zu Infektionen des Menschen kommen. Im Mittelmeerraum und im Nahen Osten ist Brucellose eine relativ häufig vorkommende Krankheit.

Im Jahr 2004 wurden dem RKI 32 labordiagnostisch bestätigte Erkrankungsfälle von Brucellose übermittelt. Nur 12 (38%) der Betroffenen hatten sich in Deutschland infiziert, 15 Fälle wurden aus der Türkei importiert und je ein Fall aus Bosnien-Herzegowina, Katar, Marokko, der Russischen Föderation und Spanien.

Speziesnachweis: Eine Erregerdifferenzierung erfolgte nur für einen Teil der Erkrankungen. Für 20 Fälle wurde *Brucella* spp. angegeben, für 4 Fälle *B. abortus* und für 8 Fälle *B. melitensis*.

Echinokokkose

Die Echinokokkose wird durch spezielle Vertreter der Gattung Cestodes (Bandwürmer) hervorgerufen – die zystische Echinokokkose durch den Hundebandwurm (*Echinococcus granulosus*), die alveoläre Echinokokkose durch den Fuchsbandwurm (*Echinococcus multilocularis*). Der Mensch infiziert sich durch orale Aufnahme der Eier. Die Übertragung erfolgt durch engen Kontakt mit infizierten Tieren, die Wurmeier mit dem Kot ausscheiden. Die Krankheitssymptomatik wird verursacht durch die raumfordernde Wirkung der Zyste (bei *E. granulosus*) bzw. des infiltrativen Larvenwachstums (bei *E. multilocularis*) in verschiedenen Organen, wie z. B. Leber und Lunge. Auf Grund der langen Inkubationszeit und des oft langen asymptomatischen Verlaufs ist es schwierig, Rückschlüsse auf konkrete Infektionsquellen zu ziehen.

Für die Meldung der Echinokokkose nach § 7 Abs. 3 IfSG wurde durch das RKI noch keine Falldefinition veröffentlicht. Um das aktuelle Infektionsgeschehen zu erfassen, wurden nur jene Meldungen in die Statistik aufgenommen, bei denen es sich um eine Erstdiagnose handelte bzw. deren frühere Erstdiagnose nicht länger als 24 Monate vor dem aktuellen Diagnosedatum lag. Außerdem wurden nur Fälle berücksichtigt, bei denen eindeutig war, dass die betroffenen Patienten ihren Wohnsitz in Deutschland hatten.

Diese Woche

28/2005

Zoonosen:

Situationsbericht 2004

- ▶ Brucellose
- ▶ Echinokokkose
- ▶ Giardiasis
- ▶ Hantavirus-Erkrankung
- ▶ Kryptosporidiose
- ▶ Leptospirose
- ▶ Milzbrand
- ▶ Ornithose
- ▶ Pest
- ▶ Q-Fieber
- ▶ Tollwut
- ▶ Konnatale Toxoplasmose
- ▶ Trichinellose
- ▶ Tularämie

Mitteilung aus dem RKI:

Kommission Infektions-
epidemiologie am RKI
in neuer Berufenungsperiode

Hinweis auf aktuelle

Publikationen:

- ▶ Leopoldina und EASAC geben Empfehlungen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten
- ▶ Influenza: Fragen zur Pandemieplanung aktualisiert

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
25. Woche 2005
(Stand: 13. Juli 2005)



Nach den genannten Kriterien wurden von ursprünglich 191 Meldungen insgesamt 97 Fälle von Echinokokkose in die Statistik einbezogen. Von diesen waren 66 Erkrankungsfälle (68 %) der zystischen Echinokokkose zuzurechnen, 16 Fälle (16 %) der alveolären Echinokokkose. 15-mal wurde eine „Echinokokkose, ohne Differenzierung“ gemeldet.

Zystische Echinokokkose: Es waren 66 Personen aus 13 Bundesländern betroffen: Nordrhein-Westfalen 20 Fälle, Baden-Württemberg 17, Bayern 9, Niedersachsen 8, Rheinland-Pfalz 3, Hessen 2 sowie je 1 Fall aus Berlin, Brandenburg, Bremen, dem Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Bei 52 Meldungen wurde ein Infektionsland angegeben (Türkei 19, Deutschland 11, Russische Föderation 5, Griechenland und Albanien je 3, andere 11). Ob diejenigen Fälle, für die Deutschland als Infektionsland angegeben wurde, möglicherweise auch durch Auslandskontakte bedingt waren, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. – Jüngste Erkrankte war ein 5-jähriges Mädchen, ältester Erkrankter ein 78-jähriger Mann. Für die Jahre 2003, 2002 und 2001 wurden 59, 30 bzw. 29 Fälle von zystischer Echinokokkose in die Statistik aufgenommen.

Alveoläre Echinokokkose: Insgesamt 16 Erkrankungsfälle wurden in die Statistik aufgenommen. Die Betroffenen leben in 5 Bundesländern, 8 in Baden-Württemberg, 5 in Bayern und je 1 Patient in Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Angaben zum Infektionsland lagen für 13 Fälle vor. Als Infektionsland wurde 12-mal Deutschland und einmal „Jugoslawien“ angegeben. Für die Jahre 2003, 2002 und 2001 wurden 21, 6 bzw. 11 Fälle von alveolärer Echinokokkose in die Statistik aufgenommen.

Giardiasis

Die Infektion mit dem weltweit verbreiteten Dünndarmparasiten *Giardia lamblia* kann unauffällig verlaufen, aber auch zu lang andauernden und über Jahre wiederkehrenden Durchfällen und Oberbauchbeschwerden mit Fieber und Gewichtsabnahme führen. Manchmal kommt es über Jahre zu milden Verläufen mit unspezifischen Symptomen. Aufgrund dieser Tatsache ist es nicht immer einfach, zwischen akuten und chronischen Verläufen zu unterscheiden.

Im Jahr 2004 wurden 4.621 labordiagnostisch oder klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankungen an Giardiasis übermittelt. Im Vergleich zum Vorjahr ($n=3.216$) bedeutet dies eine Zunahme um 44 %. Im Vergleich zu den Vorjahren kam es zu einem etwas früheren Anstieg der Fallzahlen, ab der 24. Woche, die zum Jahresende wieder abfielen. Die Bundesländer mit der höchsten Inzidenz waren Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Sachsen und Hamburg. Die höchste altersspezifische Inzidenz trat bei Kindern unter 10 Jahren auf. Ein weiterer, kleinerer Inzidenzgipfel fand sich in den Altersgruppe „20 bis 39 Jahre“.

Bei 4.307 übermittelten Fällen lagen Angaben zum Infektionsland vor, dabei wurde in 65 % der Fälle Deutschland genannt. Die am häufigsten genannten anderen Infektionsländer waren Indien mit 7 % und mit jeweils 3 % die Türkei und Ägypten. Diese Daten zu den wahrscheinlichen

Infektionsländern sind aufgrund der relativ langen Inkubationszeit bei Giardiasis und der häufig über längere Zeit asymptomatischen bzw. intermittierenden Verläufe mit Zurückhaltung zu interpretieren.

Die Gründe für den weiteren deutlichen Anstieg der Giardiasis-Meldungen sind im Einzelnen bisher nicht ganz klar. Eine wichtige Rolle spielt dabei möglicherweise der zunehmende Einsatz von Giardia-Antigentests in den letzten Jahren, der in den Meldedaten zu erkennen ist. Es ist andererseits nicht auszuschließen, dass in einzelnen Regionen die Häufigkeit importierter oder auch autochthoner Infektionen zugenommen hat. Dieser Frage soll in weiteren Analysen und ggf. Studien nachgegangen werden.

Hantavirus-Erkrankung

Hantaviren werden von Nagetieren auf den Menschen übertragen und führen in Abhängigkeit vom Serotyp zu verschiedenen schweren Krankheitsbildern bis hin zu lebensbedrohenden fieberhaften Verläufen mit massiver Blutungsneigung. Typisch ist eine Nierenbeteiligung. Erfahrungen aus Skandinavien haben gezeigt, dass nur etwa 5–10 % der Hantavirus-Infektionen klinisch apparent verlaufen und dass die Symptomatik von Hantavirus-Erkrankungen häufig sehr unspezifisch ist. Aufgrund dessen muss davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig ein erheblicher Teil der Hantavirus-Infektionen nicht diagnostiziert und auch nicht gemeldet wird.

2004 wurden insgesamt 242 labordiagnostisch bestätigte Hantavirus-Erkrankungen übermittelt, deutlich mehr als im Vorjahr (2003: 144 Fälle) und etwa gleich viele wie 2002 (228 Fälle). Die Erkrankungen traten während des gesamten Jahres auf. Der saisonale Gipfel, der in den Vorjahren im Sommer beobachtet wurde, war 2004 in den Spätsommer und Herbst verschoben.

Regionale Unterschiede: Die Zunahme der Gesamtinzidenz für Deutschland ist im Vergleich zum Vorjahr vor allem auf den Anstieg der Infektionshäufigkeit in Baden-Württemberg (120 Erkrankungen), Bayern (61 Erkrankungen) und Niedersachsen (11 Erkrankungen) zurückzuführen. Aus diesen Bundesländern wurden drei Viertel aller Hantavirus-Erkrankungen übermittelt.

In **Baden-Württemberg** wurde schon in den Vorjahren fortlaufend die höchste Inzidenz (Median 0,6 Erkr./100.000 Einw.) gemessen. Diese hat 2004 (1,1 Erkr./100.000 Einw.) fast wieder das Niveau von 2002 erreicht. In Baden-Württemberg wurde ein großer Anteil der Infektionen auf der Schwäbischen Alb, einem bekannten Endemiegebiet für Hantavirus-Infektionen, und angrenzenden Landkreisen erworben.

Auch in **Bayern** haben 2004 die Hantavirus-Infektionen auffällig zugenommen und eine Inzidenz von 0,5 Erkrankungsfällen pro 100.000 Einwohner erreicht. In Bayern traten – neben der Region um Würzburg in Unterfranken, in der schon in den Vorjahren Infektionen aufgetreten sind – erstmals seit Einführung des IfSG gehäuft Hantavirus-Infektionen in den östlichen Landkreisen Niederbayerns Freyung-Grafenau, Regen und Passau auf.

Verteilung der Serotypen: Ergebnisse aus serologischen Untersuchungen zur Prävalenz von Hantavirus-Infektionen zeigen, dass in Deutschland die **Serotypen Puumala und**

Dobrava prävalent sind. Für 91% aller übermittelten Erkrankungsfälle wurde der Virustyp angegeben. Bei diesen wurde zu 96% der Serotyp Puumala diagnostiziert und zu 4% der Serotyp Dobrava. Bei den Angaben zum Serotyp muss berücksichtigt werden, dass eine Kreuzreaktivität zwischen den einzelnen Serotypen besteht und eine sichere Typisierung nicht immer gelingt.

Kryptosporidiose

Cryptosporidium parvum ist ein weltweit vorkommender einzelliger Parasit, der sowohl bei Tieren als auch bei Menschen akute Gastroenteritiden hervorrufen kann. Das Reservoir sind Kälber und andere Nutz- und Haustiere. Infizierte Menschen oder Tiere scheiden mit dem Stuhl Oozysten aus, die entweder durch direkten Kontakt übertragen werden oder indirekt über Staub, kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Trinkwasser. Bei immunkompetenten Patienten verläuft die Infektion in der Regel selbstlimitierend, während es bei immundefizienten Patienten zu schweren chronischen Krankheitsverläufen und auch Todesfällen kommen kann.

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 935 Kryptosporidiose-Fälle (gemäß RKI-Referenzdefinition) übermittelt (2003: 885 Fälle, 2002: 814 Fälle, 2001: 1.475 Fälle). Die relativ hohe Inzidenz im Jahr 2001 erklärte sich vor allem durch einen Ausbruch bei Bundeswehrosoldaten mit über 200 Fällen. Im Jahr 2004 war von Ende Juni bis Dezember eine mäßige Erhöhung der Fallzahlen zu verzeichnen. Am häufigsten waren Kinder im Alter von 1–3 Jahren betroffen.

Leptospirose

Die Leptospirose ist eine durch Spirochäten der Gruppe *Leptospira interrogans* verursachte Infektionserkrankung mit weltweiter Verbreitung. Humanpathogene Leptospiren werden auf der Grundlage bestimmter Oberflächenmerkmale in über 200 Serovare unterteilt, die wiederum in 24 Serogruppen gegliedert sind. Eine neuere, auf genetischer Verwandtschaft beruhende Nomenklatur unterscheidet zahlreiche Genospezies des Genus *Leptospira*, die wiederum in verschiedene Serovare aufgeteilt werden. Diese Nomenklatur stimmt jedoch nur teilweise mit der älteren überein und wird aufgrund der in der Diagnostik bevorzugten serologischen Methode, die auf der Einteilung in Serogruppen und Serovaren beruht, nur begrenzt angewandt. Im nachfolgenden Text wird die ältere Nomenklatur verwendet.

Die Übertragung auf den Menschen erfolgt in der Regel durch den direkten oder indirekten Kontakt mit dem Urin erkrankter Tiere, die den Erreger in hoher Anzahl ausscheiden können, auch ohne dabei selbst erkrankt zu sein. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch kommt nur in Ausnahmefällen vor. Zahlreiche Wild- und Nutztierarten wurden bisher als Reservoir für Leptospiren identifiziert. In Deutschland zählen dazu u. a. Hunde,

Mast- und Wildschweine, Ratten, Mäuse, Rinder, Füchse und Igel. Im Rahmen einer deutschlandweiten seroepidemiologischen Untersuchung an 31.000 Tieren¹ wurde u. a. eine Seroprävalenz für unterschiedliche Leptospiren-Serovare von 14,4% bei Schafen und 4,5% bei Pferden festgestellt. Inwieweit dies eine Gefahr für die mit diesen Tieren in Kontakt kommenden Personen darstellt, ist zur Zeit noch nicht sicher zu beurteilen. Der Nachweis eines Serovars gestattet in der Regel Hinweise auf ein bestimmtes Reservoir. In den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts kam es in Deutschland zu zahlreichen Ausbrüchen, die vornehmlich durch *Leptospira interrogans* Serovar Grippotyphosa verursacht wurden. Das sogenannte Ernte- oder Schlammfieber betraf vor allem Feldarbeiter, die nach Überschwemmungen in Erntegebieten arbeiteten, welche durch mit Leptospiren infizierte Mäuse oder Feldhamster besiedelt waren. Diese zum Teil mehrere Tausend Menschen betreffenden Ausbrüche zeigen das mögliche epidemische Potenzial der Leptospirose auf.

Situation im Jahr 2004: Im Jahr 2004 wurden in Deutschland 58 Erkrankungsfälle von Leptospirose an das Robert Koch-Institut übermittelt. Damit lag die Inzidenz bundesweit bei 0,07 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Es zeigt sich ein deutlicher saisonaler Verlauf mit einem Gipfel in der zweiten Jahreshälfte; 72% der Erkrankungen wurden in diesem Zeitraum übermittelt. Unter 18 Erkrankungen, bei denen Angaben zu einem Serovar vorlagen, wurde in 10 Fällen *Leptospira interrogans* Serovar Icterohaemorrhagiae, in 3 Fällen der Serovar Canicola, in zwei Fällen der Serovar Grippotyphosa sowie in jeweils einem Fall die Serovare Hardjo und Bratislava angegeben; damit sind zu den möglicherweise zirkulierenden Serovaren nur sehr eingeschränkte Aussagen möglich. Angaben zum Infektionsland lagen für 55 Fälle vor. Deutschland wurde in 78% (43 Nennungen) als Infektionsland angegeben. Unter den übrigen 12 Nennungen wurden je 2-mal China und Costa Rica und je einmal Kenia, Norwegen, Panama, Rumänien, die Russische Föderation, Vietnam, die Tschechische Republik und Singapur angegeben. Mit einer Ausnahme waren alle Erkrankten älter als 14 Jahre. Die höchste altersspezifische Inzidenz zeigte sich dabei mit rund 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen. Von den Erkrankten waren 44 (76%) Männer und 14 (24%) Frauen. Zwei Erkrankungen verliefen tödlich. Im Jahr 2004 wurden keine Leptospirose-Häufungen übermittelt.

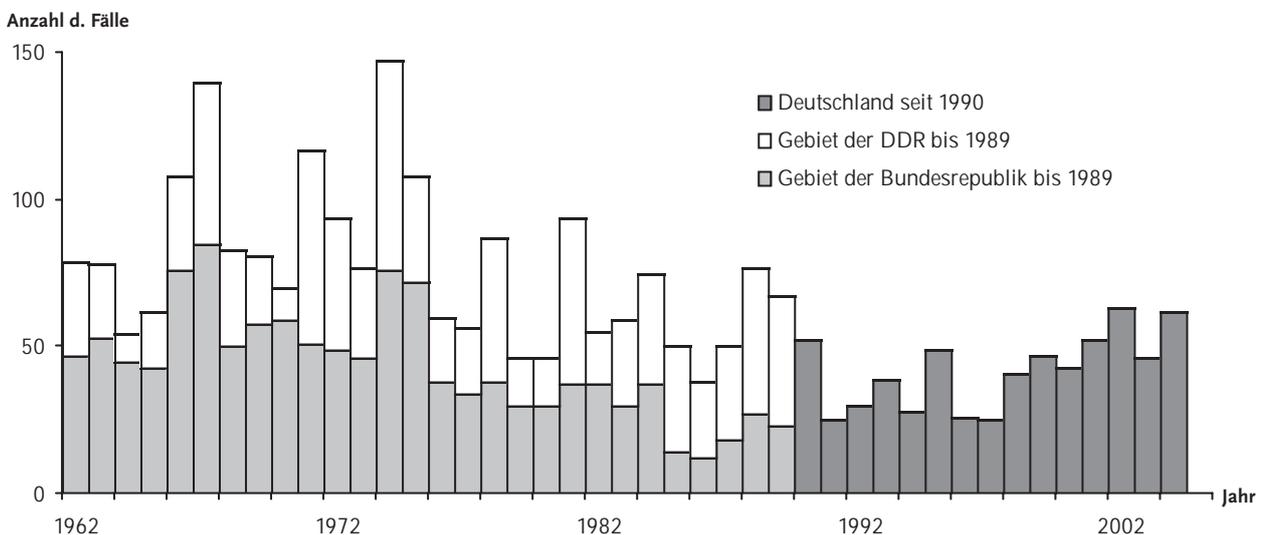


Abb. 1: Gemeldete Leptospirose-Fälle, Deutschland 1962–2004

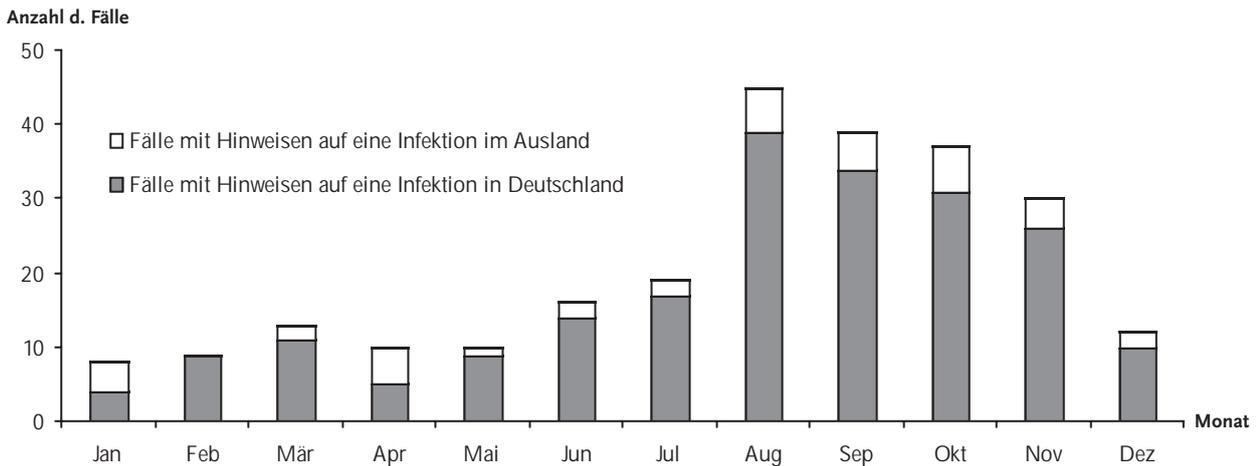


Abb. 2: Gemeldete Leptospirose-Fälle nach Monaten, Deutschland 1997–2003

Trends und Risikofaktoren nach Analyse der Surveillance-Daten der Jahre 1962–2003: Obwohl die Leptospirose besonders in tropischen und subtropischen Ländern vorkommt, zeigt sich eine geringes, jedoch recht konstantes Vorkommen auch in Ländern mit gemäßigttem, westeuropäischem Klima. Im letzten Jahrzehnt wurden in Deutschland pro Jahr 25–58 Fälle von Leptospirose gemeldet. Die Erkrankung beim Menschen war nach dem BSeuchG bereits seit 1962 (in der DDR seit 1958) meldepflichtig, seit 2001 besteht nach § 7 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes eine Meldepflicht für den Erregernachweis in Verbindung mit einer akuten Erkrankung. Eine vor kurzem veröffentlichte Studie zur Epidemiologie der Leptospirose in Deutschland² zeigt eine seit 1962 bis in die 90er Jahre abfallende Fallzahl, in den letzten Jahren lässt sich eine leicht steigende Anzahl von Leptospirose-Fällen erkennen (Abb. 1). Aufgrund der häufig unspezifischen klinischen Symptomatik der Leptospirose kann man insgesamt von einer deutlichen Untererfassung ausgehen.

Die Leptospirose ist in Deutschland eine saisonale Erkrankung mit Häufungen im Sommer und Frühherbst, bedingt durch die Überlebensfähigkeit der Leptospiren in der Außenwelt. Die Erkrankung kann aber besonders bei Urlaubern, die aus tropischen Regionen zurückkehren, zu jeder Jahreszeit auftreten (Abb. 2).

Erfahrungsgemäß sind bestimmte Berufsgruppen wie Kanalarbeiter, Laborpersonal, in der Landwirtschaft und im Veterinärwesen Tätige aufgrund des Kontakts mit von Rattenurin kontaminiertem Wasser oder durch den Umgang mit infizierten Nutztieren besonders gefährdet, an einer Leptospirose zu erkranken. Die oben bereits genannte Studie zur Leptospirose in Deutschland zeigt jedoch die zunehmende Bedeutung bestimmter Freizeitaktivitäten und Urlaubsreisen als Risiko für eine Infektion.² Von 102 Patienten waren 30% aufgrund ihres Berufes exponiert, weitere 30% aufgrund von Freizeitaktivitäten (einschließlich 16% Auslandsreisende) sowie 37% aufgrund des Kontakts zu vermutlich kontaminierten Tieren oder Oberflächengewässern in der Umgebung ihrer Wohnstätte. Bei den während einer Reise infizierten Personen fiel auf, dass nicht nur Reisen in tropische Länder ein Risiko darstellten, sondern

auch solche in europäische Nachbarländer wie z. B. Frankreich. Auch durch den Kontakt mit infizierten Zuchtratten, die als Haustiere gehalten wurden, kam es wiederholt zu Erkrankungsfällen. 12% der Fälle wurden in der städtischen Bevölkerung beobachtet und waren u. a. mit dem sporadischen Kontakt zu Rattenurin assoziiert. Es wird jedoch angenommen, dass weitere, bisher unbekannte Übertragungswege in städtischen Gebieten eine Rolle spielen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang besonders die Zunahme der Leptospirose bei Hunden, die sowohl in Deutschland als auch weiteren Ländern beobachtet wird. Obwohl gegen die bisher typischen Serovare bei Hunden (insbesondere der Erreger der „Stuttgarter Hundeseuche“, *Leptospira interrogans* Serovar *Canicola*) Impfstoffe zur Verfügung stehen, werden zunehmend auch canine Infektionen durch bisher seltene Serovare festgestellt, gegen die kein Impfstoff verfügbar ist.³

In Zusammenhang mit den oben beschriebenen Expositionen zeigt sich auch eine Verschiebung des durchschnittlichen Alters der an einer Leptospirose erkrankten Patienten. Während bei primär beruflicher Exposition hauptsächlich Menschen im arbeitsfähigen Alter betroffen waren, findet sich nun die höchste Krankheitsinzidenz bei Personen mit einem Alter von 60–69 Jahren (Abb. 3). Wie in anderen Ländern ist die Leptospirose eine Erkrankung, die hauptsächlich das männliche Geschlecht betrifft. Ob dies in Deutschland mit einer höheren Expositions-Wahrscheinlichkeit von Männern zusammenhängt, ist unklar.

Die bundesweit höchste Inzidenz der Leptospirose ist in Mecklenburg-Vorpommern zu verzeichnen. Im Jahr 2004 zeigte sich dort eine Inzidenz von 0,17 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (im Vergleich zu 0,07/100.000 im Bundesdurchschnitt). Eine mögliche Erklärung könnte der Reichtum dieses Bundeslandes an Oberflächengewässern sein, die entsprechend touristisch oder beruflich genutzt werden. Zudem sind diese Biotope besonders als Lebensräume für die Wanderratte (*Rattus norvegicus*) geeignet, welche als Träger von Leptospiren eine wichtige Rolle spielt.

Die Leptospirose verläuft beim Menschen in der Mehrzahl der Fälle subklinisch oder als leichte, grippeähnliche

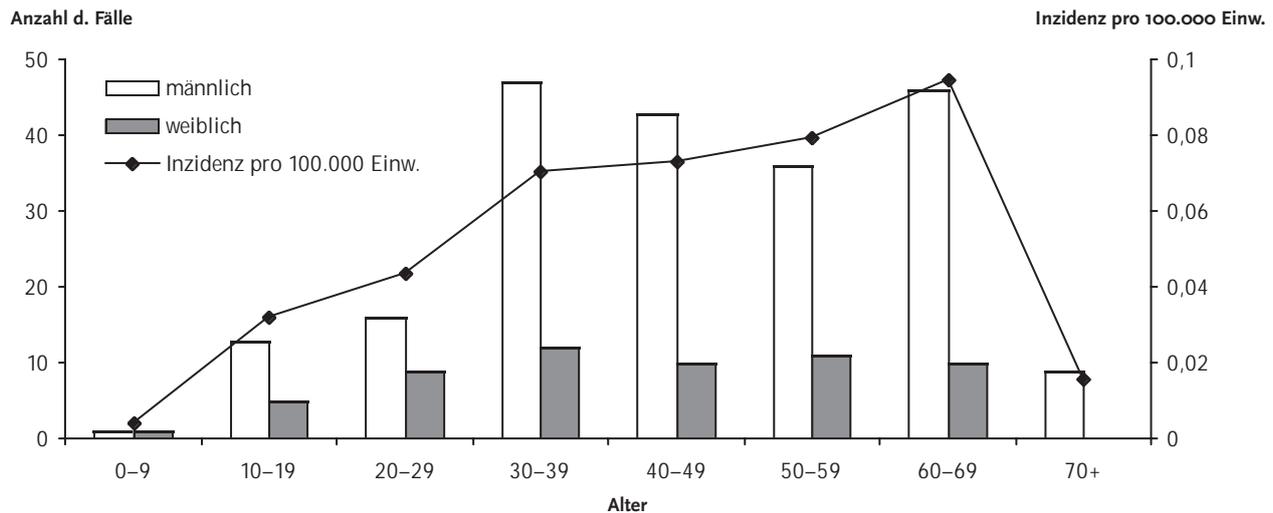


Abb. 3: Gemeldete Leptospirose-Fälle nach Alter und Geschlecht und kumulierte altersspezifische Inzidenz, Deutschland 1997–2003

Erkrankung. Da die Leptospirose im höheren Alter klinisch fulminanter verlaufen kann, ist bei einer Fortsetzung der gegenwärtig zu beobachtenden Verschiebung in höhere Altersklassen künftig auch eine Zunahme des Anteils von Erkrankungsfällen mit einem komplizierten Verlauf möglich. Schwere Verläufe, die auch in Deutschland regelmäßig vorkommen, sind mit einer hohen Letalität belastet. Von den zwischen 1962 und 2002 registrierten 2.694 Erkrankten starben 234; das entspricht einer Letalität von 9%.² In den letzten Jahren wurden in Deutschland auch Fälle von Leptospirose mit fatalen pulmonalen Hämorrhagien beobachtet. Diese bisher nur in den Tropen beschriebene Krankheitsmanifestation ist mit einer hohen Letalität assoziiert und lässt sich klinisch nicht von viralen hämorrhagischen Fiebern unterscheiden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die epidemiologische Situation der Leptospirose in Deutschland in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat. Berufliche Expositionsrisiken treten zunehmend in den Hintergrund, dagegen gewinnen Freizeitaktivitäten wie Reisen und Wassersport sowie die Heimtierhaltung als mögliche Risiken für eine Leptospirose an Bedeutung. Dementsprechend sollten sich präventive Maßnahmen auf die Aufklärung von Reisenden in Endemiegebiete und die Entwicklung neuer Impfstoffe besonders für Hunde fokussieren. In zukünftigen Studien sollte zudem die Rolle von Wildtieren im unmittelbaren Umfeld von Siedlungen (Füchse, Wildschweine) bei der Übertragung der Leptospirose geklärt werden.

Milzbrand

Im Jahr 2004 wurde wie in den Vorjahren kein Fall von Milzbrand übermittelt.

Ornithose

Die Ornithose (Psittakose) wird durch den Erreger *Chlamydophila* (früher *Chlamydia) psittaci* hervorgerufen. *Chlamydophila psittaci* ist in den Exkrementen und Sekreten von verschiedenen Vogelarten (z. B. von Papageien, Tauben, Wellensittichen, aber auch anderen Säugetieren) lange haltbar und wird durch belasteten Staub aerogen übertragen. Das klinische Bild ist charakterisiert durch Fieber, Kopfschmerzen, Hautausschlag, respiratorische

Symptomatik, kann sich aber auch als atypische Pneumonie manifestieren. Risikogruppen sind Geflügelzüchter, Zoohändler, aber auch private Tierhalter und andere Gruppen mit entsprechenden Kontakten zu Vögeln.

Im Jahr 2004 wurden 15 labordiagnostisch oder klinisch-epidemiologisch bestätigte Ornithose-Fälle übermittelt. Der Rückgang gegenüber dem Vorjahr (2003: 41 Fälle) erklärt sich durch eine Änderung der Falldefinition mit Beginn des Jahres 2004. Der alleinige Antikörpernachweis mittels ELISA oder KBR ist danach als labordiagnostischer Nachweis nicht mehr ausreichend, sondern muss durch einen *C.-psittaci*-spezifischen Mikroimmunfluoreszenztest (MIF) bestätigt werden!

Die übermittelten Erkrankungen verteilten sich auf 8 Bundesländer. Aus Berlin, Bremen, Hamburg, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen sind keine Fälle übermittelt worden. Bei 12 der übermittelten Fälle lagen Angaben zum Infektionsland vor, wobei stets Deutschland angegeben wurde.

Pest

Im Jahr 2004 wurde wie in den Vorjahren kein Fall von Pest übermittelt.

Q-Fieber

Q-Fieber (*Query fever*) ist eine mit Ausnahme von Neuseeland und der Antarktis weltweit verbreitete Zoonose, hervorgerufen durch *Coxiella burnetii*. Paarhufer (Rinder, Schafe, Ziegen) und Zecken bilden das wichtigste Reservoir. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt in der Regel auf dem Luftweg über die erregerblasteten getrockneten Ausscheidungen (insbesondere Geburtsprodukte) von infizierten Haus- und Nutztieren sowie die durch infektiösen Zeckenkot belastete Schafschur.

Im Jahr 2004 wurden 114 Erkrankungsfälle (entsprechende der Referenzdefinition klinisch-labordiagnostisch bzw. klinisch-epidemiologisch bestätigt) an das RKI übermittelt. Im Jahr 2003 lag die entsprechende Zahl bedingt durch den großen Q-Fieber-Ausbruch in Soest (NRW) bei 386 Fällen. In 2004 war – wie bereits im Jahr 2001 – die Krankheitsaktivität in Deutschland in den Winter- und Frühjahrsmonaten etwas höher als im restlichen Jahr. Daran

beteiligt war insbesondere ein Q-Fieber-Ausbruch im Januar/Februar 2004 im **Landkreis Esslingen (Baden-Württemberg)** mit insgesamt 43 übermittelten Fällen. Dieser Ausbruch stand in Zusammenhang mit einer infizierten Ziegenherde in Bissingen. Eine Häufung mit 6 Erkrankungen wurde in einem Labor in Schleswig-Holstein beobachtet. Bei 16 weiteren Mitarbeitern dieses Labors wurden Antikörper gegen *C. burnetii* ohne ein entsprechendes klinisches Bild nachgewiesen, so dass es sich vermutlich um inapparente Verläufe handelt. Im **Landkreis Marburg-Biedenkopf (Hessen)** kam es zu einem kleineren Ausbruch mit 5 übermittelten Fällen.

Tollwut

Die Tollwut wird durch ein Virus hervorgerufen, das durch den Speichel infizierter Tiere übertragen wird. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch Biss oder durch Verunreinigung von Wunden oder Hautabschürfungen. Tollwut kann – auch noch nach der Ansteckung – durch Impfung verhindert werden, verläuft aber in der Regel tödlich, sobald typische Krankheitszeichen (Lähmungen oder Krämpfe, Lichtscheu und Abneigung gegen Wasser) aufgetreten sind.

Im Jahr 2004 wurde aus Bayern eine Erkrankung an Tollwut übermittelt. Betroffen war ein 51-jähriger Mann, der während eines vorherigen Indienaufenthaltes Kontakt mit streunenden Hunden hatte und der bei einem weiteren Aufenthalt in Indien vor 3 Jahren von einem Affen gebissen worden war. Eine Laborbestätigung gelang erst nach dem Tod des Patienten durch einen direkten Immunfluoreszenztest und Virusisolierung in der Zellkultur an entnommenen Hirngewebeproben (s. a. Berichte im *Epid. Bull.* 42/2004 und 13/2005).

Ende des Jahres 2004 verstarb eine 26-jährige Frau aus Rheinland-Pfalz an akutem Herz-Kreislauf-Versagen. Insgesamt 6 Personen erhielten Organtransplantate dieser Patientin. Im Februar 2005 erkrankten drei der Transplantatempfänger an Tollwut und verstarben. Die beiden Empfänger der Cornea-Transplantate, die explantiert wurden, und der Empfänger des Leber-Transplantates, der früher einmal prophylaktisch eine postexpositionelle Tollwut-Immunisierung erhalten hatte, erkrankten nicht. Bei der Spenderin wurde retrospektiv ebenfalls die Tollwut-Diagnose gesichert. Sie hatte sich im Oktober 2004 während eines Indienaufenthaltes durch einen Hundebiss infiziert (s. a. Bericht im *Epid. Bull.* 7/2005).

Der letzte vor 2004 in Deutschland gemeldete Fall betraf 1996 einen Mann aus Nordrhein-Westfalen, der in Sri Lanka von einem Hund gebissen worden war.

Konnatale Toxoplasmose

Die Toxoplasmose wird durch den Parasiten *Toxoplasma gondii* hervorgerufen. Die Übertragung erfolgt im Wesentlichen durch ungenügend gegartes Fleisch oder Umgang mit Katzen. Beim gesunden Erwachsenen verläuft die Infektion in der Regel ohne Symptome. Eine erstmalige Infektion in der Schwangerschaft kann jedoch zu schweren Schädigungen (z. B. der Augen oder des Gehirns) beim Ungeborenen führen, die zum Teil erst Jahre später in Erscheinung treten. Der Nachweis von *Toxoplasma gondii* ist nach § 7 Absatz 3 IfSG nur in Fällen von konnataler Toxoplasmose vom diagnostizierenden Labor direkt an das RKI zu melden.

Für das Jahr 2004 wurden insgesamt 16 konnatale Toxoplasmose-Fälle gemeldet (2003: 19 Fälle).

Trichinellose

Die Trichinellose wird durch den Nematoden (Fadenwurm) *Trichinella spiralis* hervorgerufen. Der Mensch infiziert sich durch den Verzehr nicht ausreichend gegartem Fleisches, insbesondere vom Wildschwein oder Schwein. Infolge regelmäßig durchgeführter Fleischschau tritt die Erkrankung in Deutschland selten auf.

Im Jahr 2004 wurden dem RKI 5 Trichinellose-Erkrankungen und ein laborbestätigter Fall ohne krankheitsspezifische Symptomatik übermittelt. Vier der 5 Erkrankungen wurden aus Nordrhein-Westfalen und eine aus Berlin übermittelt. Vier Erkrankungen traten im Rahmen von 2 Häufungen auf. Sie betrafen jeweils eine männliche und eine weibliche Person, die in der Türkei als Lammfleisch deklariertes Schweinefleisch bzw. in Polen Wildschweinefleisch verzehrt hatten. Für den fünften Fall wurde Deutschland als mögliches Infektionsland genannt.

Im Jahr 2003 wurden 3 Trichinellose-Erkrankungen übermittelt, alle aus Baden-Württemberg. Zwei Erkrankte hatten aus Kroatien privat mitgebrachtes Fleisch gegessen; der dritte Erkrankte hatte sich in Rumänien infiziert.

Tularämie

Die Tularämie, auch Hasenpest genannt, wird durch das Bakterium *Francisella tularensis* hervorgerufen. Ausgangspunkt von Ansteckungen sind wild lebende Tiere wie Kaninchen oder Hasen. Die Übertragung erfolgt vorwiegend durch den direkten Kontakt mit erkrankten Tieren oder deren Organen, z. B. beim Abhäuten.

Im Jahr 2004 wurden dem RKI 3 Erkrankungsfälle an Tularämie übermittelt. Zwei Fälle kamen aus Baden-Württemberg, ein Fall aus Mecklenburg-Vorpommern. Betroffen waren 2 Männer im Alter von 31 und 63 Jahren sowie eine 44-jährige Frau. Für einen Fall wurde Deutschland als mögliches Infektionsland angegeben, für einen anderen Fall Finnland, für den dritten Fall Österreich und die Schweiz.

Im Jahr 2003 wurden dem RKI ebenfalls 3 Erkrankungsfälle an Tularämie übermittelt. Zwei Fälle kamen aus Baden-Württemberg, ein Fall aus Nordrhein-Westfalen. Sie betrafen 2 Männer im Alter von 24 und 26 Jahren sowie eine 45-jährige Frau. Je einmal wurden Deutschland und die Türkei als Infektionsland angegeben.

Dieser Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts wurde erstellt unter Mitwirkung von Herrn Dr. A. Jansen, Frau Dr. J. Koch, Frau Dr. M. Muehlen, Frau Dr. I. Schöneberg und Herrn Prof. Dr. K. Stark.

Ansprechpartner sind Herr Dr. A. Jansen (E-Mail: JansenA@rki.de) und Herr Prof. Dr. K. Stark (E-Mail: StarkK@rki.de).

- Schönberg A, Staak C, Kampe U: Leptospirosis in West Germany. Results of a research program on leptospirosis in animals in the year 1984. Zentralbl Veterinarmed B 1987; 34: 98–108
- Jansen A, Schöneberg I, Frank C, Alpers K, Schneider T, Stark K: Leptospirosis in Germany, 1962–2003. Emerg Infect Dis 2005; 11: 1048–1054
- Geier-Doemling D, Heil-Franke G, Mueller E: The prevalence of serum antibodies against some Leptospira in dogs. Kleintierpraxis. 2003; 12: 755–758

Kommission Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut in neuer Berufsperiode tätig

Die Kommission Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut war erstmals 1995 berufen worden. Wesentliche Aufgaben dieser Kommission sind, das RKI bei der Entwicklung mittel- und langfristiger Ziele auf den Gebieten der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und der infektionsepidemiologischen Forschung zu beraten, fachliche Unterstützung bei der Planung der Projektförderung zu geben sowie Kriterien und konkrete Aufgabenfelder für die Auswahl und Evaluation der Aktivitäten der Nationalen Referenzzentren (NRZ) und der Konsiliarlaboratorien vorzugeben. Das externe Gremium besteht aus 12 auf dem Gebiet der Infektionsepidemiologie ausgewiesenen Persönlichkeiten aus dem In- und Ausland. – Mit Wirkung vom 1. Juli 2005 wurden die Mitglieder der Kommission für eine neue dreijährige Berufsperiode vom Präsidenten des Robert Koch-Institutes, Herrn Prof. Dr. R. Kurth, im Einvernehmen mit dem BMGS und dem BMBF berufen.

Berufene Mitglieder der Kommission sind:

Herr Prof. Dr. F. Allerberger
Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Wien

Herr Prof. Dr. M. D. Dierich
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
Institut für Hygiene

Herr Prof. Dr. Dr. U. Göbel
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Mikrobiologie und Hygiene

Herr Prof. Dr. L. Gürtler
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Mikrobiologie

Herr Prof. Dr. M. Kist
Klinikum der Universität Freiburg
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene

Herr Dr. Dr. G. Pfaff
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart
Abt. IV – Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Herr Prof. Dr. R. Rüchel
Universität Göttingen, Hygiene Institut
Abteilung Bakteriologie, Schwerpunkt Mykologie

Herr Prof. Dr. med. H. Rüdén
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Hygiene und Umweltmedizin

Frau Dr. C. Schlaich
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Hamburg
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz

Frau Dr. G. Sinn
Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

Herr Dr. M. Wildner
Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Frau Dr. A. Wirtz
Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie u. Gesundheit, Referat für Seuchenhigiene, Wiesbaden

Als Vertreter von Ministerien und des RKI wirken mit:

Frau Dr. Herok
Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Frau Dr. U. Kopp
Gesundheitsforschung, Projektträger im DLR für das BMBF, Bonn

Herr PD Dr. M. Kramer
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn

Frau Dr. R. Kämmerer
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn

Frau Meierkord
Sozialministerium Baden-Württemberg

Herr Dr. O. Hamouda
Robert Koch-Institut, Berlin
(kommissarischer Leiter der Abteilung für Infektionsepidemiologie)

Die **Aufgaben des Sekretariats** werden von Frau Dr. G. Laude, Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, wahrgenommen.

Dank und Anerkennung für die mehrjährige Mitarbeit in der Kommission gilt den Mitgliedern, die jetzt ausgeschieden sind:

Herrn Prof. Dr. Dr. J. Heesemann, München, bisheriger Vorsitzender;
Herrn Prof. Dr. H. Becher, Heidelberg;
Herrn Dr. N. E. Billo, Paris;
Herrn Prof. Dr. A. Widmer, Basel.

Hinweise auf aktuelle Publikationen

Empfehlungen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Die **Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina** hat sich in der Vergangenheit immer wieder mit dem Thema „Infektionskrankheiten“ beschäftigt, um Politik und Öffentlichkeit auf die besondere Gesundheitsrelevanz der erregerebedingten Krankheiten aufmerksam zu machen und Vorschläge zur Entwicklung der Forschung und zu notwendigen gesundheitspolitischen Maßnahmen zu unterbreiten. Eine Ad-hoc-Kommission der Leopoldina, der auch der Präsident des RKI, Herr Prof. Dr. Reinhard Kurth, und der Vizepräsident, Herr Prof. Dr. Reinhard Burger angehörten, hat Empfehlungen gezielt für Deutschland erarbeitet, die auf einem Symposium der Leopoldina im Juli 2004 in Würzburg („Threat of Infection – Microbes of High Pathogenic Potential – Strategies for Detection, Control and Eradication“) und auf einer Leopoldina-Konferenz im Oktober 2004 in Heidelberg („Microbes in Malignancy“) vorgestellt und diskutiert und jetzt veröffentlicht wurden (www.leopoldina-halle.de; Redaktion Nova Acta Leopoldina, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Postfach 110543, D-06019 Halle/Saale).

Parallel wurde unter Koordinierung durch die Leopoldina eine internationale Expertenkommission des **European Academies Advisory Council (EASAC)** tätig. Dieses Gremium der Wissenschaftlichen Akademien der Europäischen Union erarbeitet unabhängige Empfehlungen auf europäischer Ebene. Vom EASAC wurden in einem Report „Infectious diseases –

importance of co-ordinated activity in Europe“ jetzt ebenfalls Empfehlungen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten veröffentlicht.

Es werden prioritäre Handlungsfelder vorgestellt, um Infektionsgefahren für Menschen und Tiere besser begegnen zu können. Dazu zählen insbesondere Überwachungs- und Surveillancesysteme. In diesem Zusammenhang wird auf die jüngsten Entwicklungen im RKI – SurvNet, SurvStat, SurvAlert – als „Möglichkeit für weitere Entwicklungen in der EU“ hingewiesen. Weitere Handlungsfelder sind die Infrastruktur für die Öffentliche Gesundheit, Innovationsziele für Impfstoffe, Diagnostika und Medikamente sowie Forschung und medizinische Fortbildung. Der EASAC-Report ist unter www.easac.org abrufbar.

Fragen zur Influenzapandemieplanung

Im Kontext der Vorbereitung auf eine mögliche Influenzapandemie finden sich im Internet-Angebot des RKI auch Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ) zum Influenzapandemieplan. Die Antworten auf zwei dieser Fragen „Warum ist das Pandemierisiko derzeit so hoch wie seit Jahrzehnten nicht?“ und „Welche Vorbereitung gibt es für den Fall der Fälle?“ wurden jetzt aktualisiert (Stand: 13.07.2005): www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Influenza.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 13.7.2005 (25. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	119	1.810	1.639	3	46	45	8	107	107	158	2.373	1.804	3	52	63
Bayern	144	2.238	2.303	9	121	83	20	344	302	200	2.730	1.999	7	96	66
Berlin	51	654	644	0	20	14	0	84	61	82	1.224	919	1	47	37
Brandenburg	47	664	857	2	24	3	4	98	86	61	845	596	1	16	14
Bremen	13	113	102	1	3	0	0	13	10	13	262	181	0	0	3
Hamburg	25	312	378	0	7	12	0	11	13	43	826	677	0	15	13
Hessen	57	1.167	1.062	0	4	5	1	61	40	104	1.439	1.200	2	39	18
Mecklenburg-Vorpommern	23	453	546	0	5	5	8	137	118	70	724	619	0	1	7
Niedersachsen	91	1.657	1.693	4	56	34	5	89	69	138	2.094	1.598	3	19	15
Nordrhein-Westfalen	175	3.299	3.145	7	93	84	25	495	410	380	6.640	4.667	3	42	53
Rheinland-Pfalz	86	1.194	1.087	0	26	33	9	128	74	67	1.150	945	6	27	13
Saarland	16	233	239	0	5	2	1	16	10	23	361	292	0	1	1
Sachsen	50	1.230	1.345	0	26	12	11	319	280	91	1.805	1.473	2	51	20
Sachsen-Anhalt	52	786	995	1	15	2	13	283	239	76	722	586	5	17	10
Schleswig-Holstein	51	540	540	0	24	14	1	57	51	62	947	717	0	11	2
Thüringen	37	804	880	0	6	7	12	216	180	56	707	641	0	20	10
Deutschland	1.037	17.154	17.455	27	481	355	118	2.458	2.050	1.624	24.849	18.914	33	454	345

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	2	40	81	4	67	57	20	559	583
Bayern	1	66	137	3	70	73	20	850	914
Berlin	2	49	47	2	40	40	18	470	479
Brandenburg	0	14	12	1	2	7	3	47	46
Bremen	0	9	9	0	5	6	0	15	14
Hamburg	1	16	12	0	9	16	1	29	33
Hessen	2	53	40	0	45	53	5	221	275
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	7	1	12	11	7	42	48
Niedersachsen	1	46	38	5	52	64	12	381	407
Nordrhein-Westfalen	4	126	252	3	129	177	20	696	816
Rheinland-Pfalz	0	28	35	1	50	56	12	310	257
Saarland	1	4	3	1	8	11	0	23	15
Sachsen	0	14	18	1	15	19	4	130	142
Sachsen-Anhalt	0	10	12	1	30	18	4	109	76
Schleswig-Holstein	0	20	6	0	11	16	5	114	98
Thüringen	1	9	12	1	15	16	2	83	68
Deutschland	15	509	721	24	560	640	133	4.079	4.271

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. 13.7.2005 (25. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
9	148	157	12	3.454	1.365	50	2.514	2.179	6	277	270	3	30	15	Baden-Württemberg
11	252	219	10	3.255	1.428	105	5.128	3.460	8	419	305	3	15	13	Bayern
3	76	94	22	3.269	1.025	8	2.068	1.298	5	174	146	1	19	23	Berlin
4	115	92	36	3.601	1.347	27	3.325	1.941	2	43	31	0	18	1	Brandenburg
0	14	20	0	445	313	0	219	109	0	30	15	0	9	6	Bremen
6	54	53	42	957	485	5	895	597	0	64	53	1	3	5	Hamburg
5	115	134	9	2.073	595	17	1.786	1.415	4	108	101	0	7	7	Hessen
7	85	75	35	2.941	1.411	37	3.101	1.905	3	106	108	2	50	20	Mecklenburg-Vorpommern
13	240	287	25	4.506	1.875	32	2.862	2.066	3	128	112	0	29	23	Niedersachsen
19	392	473	43	8.269	2.337	79	6.252	3.827	13	400	334	4	60	53	Nordrhein-Westfalen
8	160	149	124	3.035	1.699	38	2.027	1.712	6	84	81	0	6	16	Rheinland-Pfalz
1	49	42	6	671	95	7	447	212	2	17	21	0	1	2	Saarland
7	300	304	33	6.091	3.949	56	7.543	4.300	2	203	136	1	72	12	Sachsen
8	160	157	46	1.880	788	13	4.244	2.583	7	97	65	4	24	4	Sachsen-Anhalt
4	91	90	30	1.078	463	12	872	561	0	32	24	0	3	1	Schleswig-Holstein
19	237	208	25	2.950	1.453	66	3.068	2.626	4	56	22	0	8	2	Thüringen
124	2.488	2.554	498	48.475	20.628	552	46.351	30.791	65	2.238	1.824	19	354	203	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
1	38	34	2	16	10	19	339	384	Baden-Württemberg	
3	60	44	31	232	9	16	464	424	Bayern	
0	15	14	2	28	3	5	161	194	Berlin	
0	12	6	0	7	1	2	78	80	Brandenburg	
1	4	2	0	1	0	1	30	42	Bremen	
0	7	4	0	5	1	7	102	107	Hamburg	
2	23	26	0	255	10	14	287	276	Hessen	
0	8	13	0	1	0	2	65	68	Mecklenburg-Vorpommern	
0	43	24	1	29	6	12	252	214	Niedersachsen	
2	99	104	0	18	19	25	713	818	Nordrhein-Westfalen	
0	13	18	0	16	4	4	131	144	Rheinland-Pfalz	
0	6	4	0	0	0	1	42	47	Saarland	
0	18	16	0	9	0	0	94	105	Sachsen	
1	11	14	0	1	1	2	87	91	Sachsen-Anhalt	
0	9	8	0	4	4	2	59	88	Schleswig-Holstein	
0	23	15	0	1	1	3	71	67	Thüringen	
10	389	346	36	623	69	115	2.975	3.149	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. 13.7.2005 (25. Woche 2005)

Krankheit	25. Woche 2005	1.–25. Woche 2005	1.–25. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	0	85	602	652
Brucellose	1	12	9	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	29	38	79
Dengue-Fieber	0	49	61	121
FSME	9	52	43	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	36	18	54
Hantavirus-Erkrankung	9	207	54	242
Influenza	1	12.644	3.372	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	35	34	68
Legionellose	10	189	172	475
Leptospirose	0	16	14	58
Listeriose	3	167	138	295
Ornithose	0	24	5	15
Paratyphus	0	23	40	106
Q-Fieber	2	33	85	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	41	31	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung**Botulismus:**

1. Niedersachsen, 63 Jahre, männlich;
2. Niedersachsen, 37 Jahre, männlich (gemeinsamer Verzehr selbst hergestellter Wurst;
4. und 5. Botulismus-Fall 2005)

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.)
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
Fax.: 01888.754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de**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 www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

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