



# Epidemiologisches Bulletin

23. September 2005 / Nr. 38

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Zystische Echinokokkose: Eine Befragung von Pathologen dient der Surveillance und führt zu praktischen Schlussfolgerungen

Zum Vorkommen dieser in Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern seltenen Krankheit fehlten vor Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) belastbare Daten. Auch im Epidemiologischen Bulletin wird in dieser Ausgabe erstmals außerhalb der regelmäßigen Berichterstattung zur Situation bei meldepflichtigen Zoonosen (s. Epid. Bull. 28/2005 und 46/2003) ausführlicher zu dieser Krankheit berichtet.

Die zystische Echinokokkose ist in Deutschland seit der Einführung des IfSG im Jahr 2001 gemäß § 7 Abs. 3 meldepflichtig. So wurden auf dem Meldeweg 66 Erkrankungsfälle im Jahr 2004, 59 im Jahr 2003, 30 im Jahr 2002 und 29 im Jahr 2001 an das RKI übermittelt (Stand 01.03.2005). Erfahrungsgemäß nimmt die Zuverlässigkeit der Erfassung in den Jahren nach Einführung einer Meldepflicht zu. – Die hier vorgestellte Befragung von Pathologen durch Heidelberger Tropenmediziner liefert eine wichtige Ergänzung zur Surveillance und ermöglicht einen ersten Vergleich mit der Größenordnung der nach IfSG auf dem Meldeweg ermittelten Erkrankungen. Von Bedeutung sind auch die mitgeteilten Erfahrungen bezüglich der Behandlung und Betreuung. Ältere Schweizer Daten zur Inzidenz der zystischen Echinokokkose legen bereits nahe, dass diese zumeist importiert bzw. bei Migranten aus Ländern mit hoher Prävalenz diagnostiziert wird. So lag die jährliche Inzidenz im Zeitraum von 1984–1992 für Patienten mit Schweizer Abstammung bei 0,09 pro 100.000 Einwohner, für ausländische Personen bei 1,49 pro 100.000 Einwohner.<sup>1</sup> Auch die Meldedaten nach IfSG zeigen, dass der überwiegende Anteil der Fälle mit Angaben zum vermuteten Infektionsland importiert wird.

### Zystische Echinokokkose – Übersicht

Die zystische Echinokokkose ist eine Zoonose, die durch Larven des Hundebandwurms (*Echinococcus (E.) granulosus*) verursacht wird. Erkrankungen kommen weltweit vor, in Europa ist *E. granulosus* vor allem in im Mittelmeerraum und in osteuropäischen Ländern verbreitet. In westeuropäischen Ländern ist *E. granulosus* nur sporadisch nachweisbar. Es wird angenommen, dass autochthone Infektionen in Deutschland kaum vorkommen, die Erkrankungen werden zumeist importiert oder durch Kontakt mit importierten Tieren verursacht. Darin unterscheidet sich *E. granulosus* vom einheimischen Fuchsbandwurm (*E. multilocularis*), der die alveoläre Echinokokkose hervorruft.

Der Mensch infiziert sich mit *E. granulosus* durch die orale Aufnahme von Wurmeiern (Schmierinfektionen, direkter Tierkontakt, kontaminierte Nahrungsmittel), die von Bandwurm tragenden Hunden (Endwirt) ausgeschieden werden. Die Inkubationszeit kann bis zu mehrere Jahre betragen. Die aus den Eiern freigesetzten Larven durchdringen nach der Aufnahme die Darmwand und erreichen über die Pfortader das Leberparenchym sowie andere Organe. Hier bilden sich die Echinokokkenzysten (Leber 70 %, Lunge 20 %). Das **klinische Bild** variiert in Abhängigkeit von den befallenen Organen sowie der Größe und der Lokalisation der Zysten innerhalb dieser Organe. Häufig verläuft die Erkrankung asymptomatisch und die Zysten werden als Zufallsbefund festgestellt. Sie können aber auch durch Raumforderung, Ruptur, Fistelbildung oder sekundäre bakterielle Infektion symptomatisch werden und zu schweren Komplikationen führen. Die **Diagnostik** basiert auf bildgebenden Verfahren (in erster Linie Ultraschall, für bestimmte Fragestellungen Computer- und Magnetresonanztomographie), als serologische Methoden finden ELISA, IFT und Western Blot zum Nachweis von Antikörpern Verwendung. **Differenzialdiagnostisch** ist die zystische Echinokokkose von Zysten anderer Ursache, insbesondere dysontogenetischen Zysten, Tumoren, Abszessen und von der alveolären Echinokokkose abzugrenzen. Neben der operativen **Therapie** sind seit einiger Zeit auch weniger invasive Behandlungsmethoden verfügbar, wie die primär medikamentöse Therapie mit Albendazol und das PAIR-Verfahren (s. u.). Zudem besteht bei unproblematischen, inaktiven Zysten die Möglichkeit des Beobachtens und Abwartens (*Watch-and-wait-Strategie*).

Diese Woche 38/2005

**Zystische Echinokokkose:**  
Praktische Schlussfolgerungen aus einer Befragung von Pathologen

### Erratum

### Veranstaltungshinweise:

- ▶ Symposium zum 100. Jahrestag der Nobelpreisverleihung an Robert Koch
- ▶ 2. Malariatreffen in Hamburg

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
35. Woche 2005  
(Stand: 21. September 2005)

### Schutzimpfungen:

Zum Ruhen der Zulassung des Sechsfachimpfstoffs HEXAVAC®



Im Jahr 2002 führten Mitarbeiter der Sektion Klinische Tropenmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg eine retrospektive Befragung aller deutschen Pathologen zur Häufigkeit der zystischen Echinokokkose in ihrem Untersuchungsmaterial durch. Da die zystische Echinokokkose bis Ende der neunziger Jahre fast ausschließlich operativ therapiert wurde und chirurgisches Resektionsmaterial in aller Regel histopathologisch untersucht wird, konnte anhand der Angaben der Pathologen die Behandlungsinzidenz abgeschätzt werden. Der im Fragebogen aufgeführte Untersuchungszeitraum umfasste die Jahre 1996 bis 2001, zusätzlich wurde jedoch um eine möglichst weit zurückreichende Berichterstattung gebeten.

Alle 410 bei der Deutschen Gesellschaft für Pathologie im Jahr 2002 registrierten Pathologen erhielten den Fragebogen, 172 (42 %) beantworteten ihn, keine Antwort gaben 238 (58 %) Pathologen.

Aus der Gruppe der Non-Responder wurden 28 (12 %) Pathologen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und nochmals telefonisch befragt. Hierbei gaben 21 (75 %) an, dass sie keine Fälle diagnostiziert hatten, 2 (7 %) arbeiteten in einer Gemeinschaftspraxis und hatten gemeinsam mit einem Kollegen geantwortet. Die übrigen 5 (18 %) konnten keine Auskunft geben.

Von den 172 Rückantworten enthielten 67 (31 %) Angaben zu Fällen von zystischer Echinokokkose. Die diagnostizierten Fälle reichten bis ins Jahr 1983 zurück, die Anzahl der berichteten Fälle vor 1996 ist jedoch niedrig.

In den Jahren 1996 bis 2001 schwankt die Anzahl der angegebenen Fälle um einen Mittelwert von 69 diagnostizierten Fällen pro Jahr, dies entspricht einer Inzidenz behandelter Fälle von 0,08 pro 100.000 Einwohner pro Jahr.

In der Abbildung 1 sind die Anzahl der berichteten Fälle von 1990 bis 2001 sowie die jeweils betroffenen Organe aufgeführt.

### Schlussfolgerungen

In Deutschland ist die zystische Echinokokkose – mit jährlich rund 60 gemeldeten Erkrankungsfällen – gegenwärtig eine seltene Erkrankung. Bis zur Einführung des IfSG im Jahr 2001 waren für Deutschland keine aussagekräftigen Daten zur Prävalenz und Inzidenz verfügbar. Es ist sehr zu begrüßen, dass die jetzt gültige Meldepflicht eine vollständige Erfassung der neu diagnostizierten Erkrankungsfälle anstrebt, um eine Einschätzung der Bedeutung der Krankheit und eine Optimierung der medizinischen Betreuung sowie der präventiven Maßnahmen zu ermöglichen.

Das Ergebnis der vorliegenden Umfrage spiegelt mit großer Verlässlichkeit die Therapierate zystischer Echinokokkose in Deutschland für die angegebenen Jahre wieder, da im Zeitraum der Studie die chirurgische Behandlung die Therapie der Wahl war. Damit handelt es sich um eine in Deutschland sehr selten therapierte Erkrankung. Berücksichtigt man gleichzeitig, dass die Evidenzbasis der Therapieentscheidung und -verfahren nach wie vor sehr unbefriedigend ist, sollten Patienten mit dieser Erkrankung in Zentren betreut werden. Auf diese Weise profitiert der einzelne Patient am besten von den heute zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Ein weiterer Vorteil der Behandlung in Zentren ist die systematische Erfassung und Dokumentation der Erfahrungen in der Betreuung dieser kleinen Patientengruppe. Hierzu gehört insbesondere auch die ausreichend lange Nachbetreuung (bis zu 10 Jahre), um den wichtigsten und bis heute am wenigsten untersuchten Therapieausgangparameter, die Rezidivfreiheit, zu erfassen.

Ein solches Zentrum besteht beispielsweise in der Sprechstunde „Zystische Echinokokkose“ der Sektion Klinische Tropenmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg. Hier werden in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Abteilung Radiodiagnostik, der Chirurgischen Klinik und der Abteilung Gastroenterologie seit sieben Jahren Patienten mit zystischer Echinokokkose standardisiert betreut. Die Patienten werden in Abhängigkeit vom Krankheitsbild (unkomplizierte/komplizierte zystische Echino-

Anzahl d. Fälle

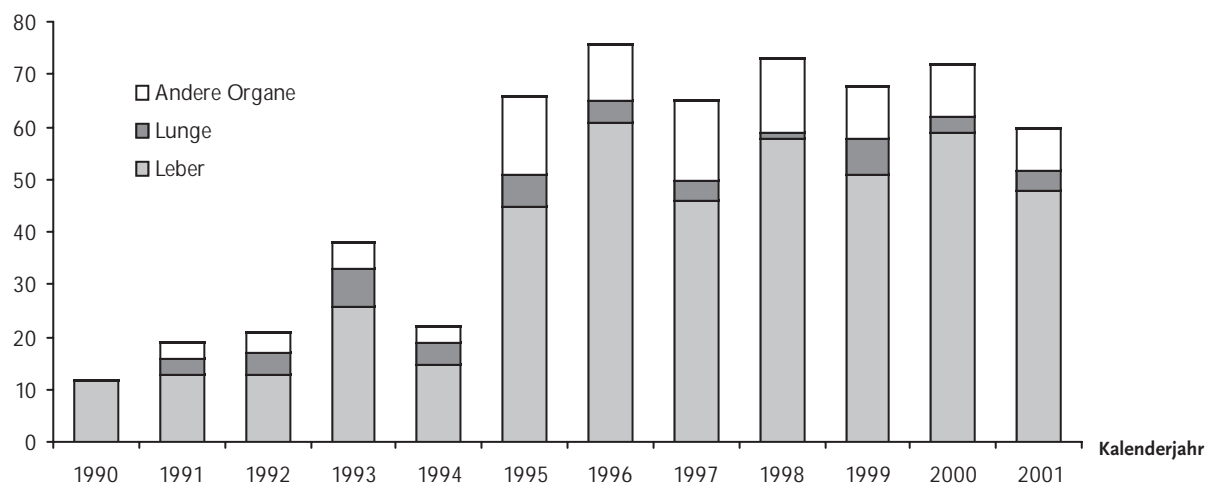


Abb. 1: Histologisch diagnostizierte Fälle zystischer Echinokokkose im Zeitraum von 1990 bis 2001 in Deutschland, nach Organen (retrospektive Angaben von Pathologen; n=592)

kokkose) und vom Zystenstadium mit einer oder einer Kombination der folgenden Therapiemodalitäten behandelt:

- ▶ Alleinige medikamentöse Behandlung mit Albendazol (unter begleitenden Kontrolluntersuchungen).
- ▶ Operative Therapie: Im Falle der häufigsten Manifestation, der Leberzysten, mit (a) Endozystektomie und Omentoplastik oder (b) resezierenden Verfahren. Perioperativ wird zusätzlich mit Albendazol behandelt, eine intraoperative Sterilisierung mit 20%iger Kochsalzlösung erfolgt wegen der Gefahr einer chemisch aufgelösten, sklerosierenden Cholangitis nur nach sicherem Ausschluss zystobilärer Fisteln.
- ▶ Punktion-Aspiration-Injektion-Reaspiration (PAIR), wobei die Injektion der sterilisierenden Substanz (95%iger Alkohol) nur nach sicherem Ausschluss zystobilärer Fisteln (s. o.) durchgeführt wird. Periinterventionell wird mit Albendazol behandelt.
- ▶ *Watch-and-wait*-Strategie bei inaktiven Zysten, die keine funktionellen Probleme verursachen.

Das multinationale EU-Projekt „From country level to a pan-European perspective: a co-ordinated approach to controlling

cystic echinococcosis“ (6. Rahmenprogramm, INCO-CT-2004-509102, 2004–2007, Koordination Sektion Klinische Tropenmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg und AG Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld) verspricht eine Verbesserung der Evidenzbasis der Behandlung und Kontrolle der zystischen Echinokokkose in den nächsten Jahren. Im Rahmen dieses Projektes wird eine Plattform für eine europäisch/nordafrikanische multizentrische mehrarmige Therapiestudie erarbeitet. Eine solche Studie wäre, wie die hier präsentierten Daten zeigen, auf Grund der kleinen Fallzahlen innerhalb eines einzelnen westeuropäischen Landes nicht durchführbar.

Für diesen Bericht aus der Sektion Klinische Tropenmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, danken wir Frau Ulrike Mohlitz und Herrn Dr. Thomas Junghans sowie Herrn Prof. Dr. Oliver Razum, AG Epidemiologie & International Health, Universität Bielefeld.

**Ansprechpartner:** Herr Dr. Thomas Junghans (E-Mail: thomas.junghans@urz.uni-heidelberg.de).

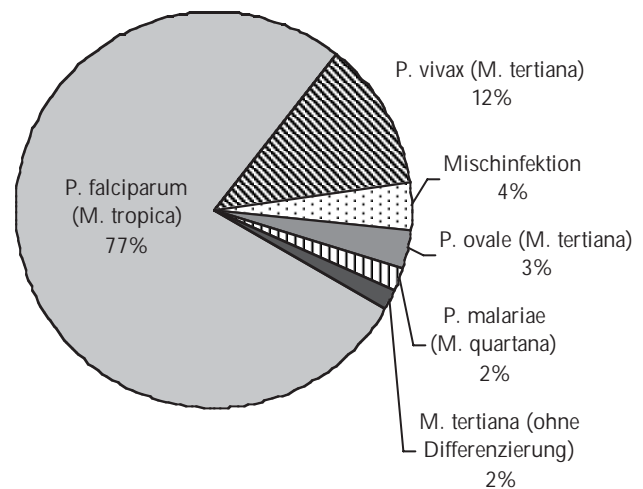
Weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Otto, dem Berufsverband Deutscher Pathologen und den an der Studie beteiligten Kolleginnen und Kollegen für die engagierte Unterstützung der Untersuchung.

1. Eckert J, Jacquier P, Baumann D, Raeber PA: Echinokokkose des Menschen in der Schweiz, 1984–1992, Schweiz Med Wochenschr 1995; 125: 1989–1998

## Erratum

In der Ausgabe 35/2005 des *Epidemiologischen Bulletins* wurden in der Abbildung 3 (Seite 319) irrtümlicherweise auch die gemeldeten Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2004, für die keine Angaben zum Erreger („unbekannt“) vorlagen, ausgewiesen. An dieser Stelle sollte jedoch die nebenstehende Abbildung stehen, die sich auf N=666 Angaben mit bekanntem Erregernachweis bezieht. Auf der Homepage des RKI wurde die Abbildung schon durch die nebenstehende ersetzt.

**Abb. 3:** Gemeldete Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2004 nach Erregerspezies (Angaben liegen für 666 Fälle vor) ▶



## Veranstungshinweise

### Symposium zum 100. Jahrestag der Nobelpreisverleihung an Robert Koch

Aus Anlass des 100. Jahrestages der Nobelpreisverleihung an Robert Koch findet am 28. und 29. Oktober 2005 in Berlin ein Symposium mit dem Titel

„Challenges Posed by Infectious Diseases  
on the 100th Anniversary of Robert Koch's Nobel Prize Award“

statt. Zu der Veranstaltung werden international führende Wissenschaftler über das Auftreten alter und neuer Seuchen – Erkrankungen, die heute Herausforderungen für die Gesundheitssysteme darstellen, berichten.

Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage des Robert Koch-Instituts ([www.rki.de](http://www.rki.de)) unter „Aktuelle Links“. Interessenten werden gebeten, ihre Teilnahme mit dem dort verfügbaren Formular bzw. per E-Mail ([hundredyearsnobelprize@rki.de](mailto:hundredyearsnobelprize@rki.de)) anzumelden.

Die Berliner Ärztekammer hat das Symposium als Fortbildungsveranstaltung der Kategorie B anerkannt. Es werden 8 Fortbildungspunkte vergeben. Eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

## 2. Malariatreffen

**Termin:** 28.–29. Oktober 2005

**Ort:** Hamburg, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin

**Veranstalter:** Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG) und Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und internationale Gesundheit e.V. (DTG)

### Organisation und Tagungssekretariat:

Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin

Frau Werner

Bernhard-Institut-Institut 74

20359 Hamburg

Tel.: 040.42818-478, Fax: Tel.: 040.42818-512

E-Mail: [werner@bni-hamburg.de](mailto:werner@bni-hamburg.de)

### Hinweis:

Die Zertifizierung bei der Ärztekammer Hamburg wird beantragt. Die Teilnehmerzahl ist auf 70 Personen begrenzt.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 21.9.2005 (35. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.		
	2005			2004			2005			2004			2005			2004	
Baden-Württemberg	198	3.685	3.663	2	76	66	9	180	171	142	4.070	3.143	3	87	88		
Bayern	311	4.776	5.248	11	186	130	18	576	505	164	4.719	3.905	6	128	102		
Berlin	30	1.161	1.254	0	23	16	4	114	98	59	2.075	1.705	3	66	77		
Brandenburg	51	1.188	1.556	1	37	9	8	160	152	70	1.582	1.277	0	18	19		
Bremen	4	157	185	1	4	2	0	24	17	15	406	284	0	1	4		
Hamburg	18	555	719	1	21	20	0	23	20	54	1.349	1.138	3	31	25		
Hessen	85	2.058	2.285	2	17	8	5	95	56	86	2.409	2.026	1	53	32		
Mecklenburg-Vorpommern	21	743	964	0	10	7	5	194	177	56	1.361	1.248	1	4	10		
Niedersachsen	133	2.821	3.083	2	85	50	6	144	118	175	3.549	2.858	0	30	26		
Nordrhein-Westfalen	257	5.822	5.477	6	167	120	26	716	623	400	10.954	8.177	2	64	71		
Rheinland-Pfalz	75	2.133	2.362	3	50	58	6	193	154	64	1.991	1.728	2	50	26		
Saarland	16	416	482	0	9	3	0	26	12	19	692	583	0	2	5		
Sachsen	75	2.311	2.545	0	35	22	5	475	453	66	3.309	2.792	5	73	55		
Sachsen-Anhalt	60	1.339	1.641	1	21	9	7	404	349	63	1.242	1.087	0	24	17		
Schleswig-Holstein	22	925	1.026	0	34	26	2	82	88	49	1.572	1.340	0	15	4		
Thüringen	68	1.379	1.552	1	11	13	12	311	274	53	1.169	1.104	2	40	28		
<b>Deutschland</b>	<b>1.424</b>	<b>31.469</b>	<b>34.042</b>	<b>31</b>	<b>786</b>	<b>559</b>	<b>113</b>	<b>3.717</b>	<b>3.267</b>	<b>1.535</b>	<b>42.449</b>	<b>34.395</b>	<b>28</b>	<b>686</b>	<b>589</b>		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B +			Hepatitis C +				
	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.		
	2005			2004			2005			2004	
Baden-Württemberg	1	49	129	2	91	83	11	757	834		
Bayern	0	109	190	4	102	105	22	1.194	1.321		
Berlin	1	64	80	2	66	52	16	666	650		
Brandenburg	0	25	22	0	10	12	4	70	64		
Bremen	0	9	10	0	7	9	0	24	21		
Hamburg	1	24	21	2	15	17	0	35	54		
Hessen	1	67	74	1	63	76	6	318	378		
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	14	1	15	13	0	55	61		
Niedersachsen	1	66	76	5	79	85	8	484	542		
Nordrhein-Westfalen	8	168	361	8	190	226	20	926	1.185		
Rheinland-Pfalz	2	41	51	2	74	77	4	394	379		
Saarland	0	5	7	0	11	16	1	35	21		
Sachsen	0	19	23	1	22	26	1	192	207		
Sachsen-Anhalt	0	15	29	0	51	27	4	138	109		
Schleswig-Holstein	1	25	17	0	18	20	2	160	147		
Thüringen	0	13	17	0	17	20	3	118	94		
<b>Deutschland</b>	<b>16</b>	<b>704</b>	<b>1.121</b>	<b>28</b>	<b>831</b>	<b>864</b>	<b>102</b>	<b>5.566</b>	<b>6.067</b>		

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. 21.9.2005 (35. Woche 2005)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
4	218	233	25	3.694	1.658	31	2.753	2.329	18	407	435	7	71	33	Baden-Württemberg
11	363	367	11	3.493	1.562	17	5.537	3.695	16	562	482	2	35	25	Bayern
5	116	151	24	3.432	1.194	6	2.128	1.342	9	232	204	3	42	39	Berlin
5	156	152	9	3.772	1.798	9	3.402	2.061	1	50	54	2	31	13	Brandenburg
2	21	31	1	453	337	1	228	120	0	34	19	2	17	10	Bremen
4	85	81	44	1.248	499	3	924	613	1	82	79	0	10	6	Hamburg
1	156	203	4	2.265	703	1	1.879	1.534	5	151	151	7	27	12	Hessen
2	109	115	60	3.138	1.845	9	3.251	2.028	3	136	188	4	80	34	Mecklenburg-Vorpommern
13	360	439	15	4.730	2.345	29	3.086	2.165	6	165	151	16	83	42	Niedersachsen
13	582	701	10	8.505	2.908	53	6.695	4.075	23	551	498	14	162	98	Nordrhein-Westfalen
7	228	235	4	3.238	1.892	6	2.152	1.823	3	122	115	3	17	24	Rheinland-Pfalz
0	76	62	0	743	172	1	473	234	0	27	32	0	2	4	Saarland
6	450	442	8	6.815	4.959	12	8.225	4.615	2	261	223	3	110	40	Sachsen
8	225	242	57	2.146	965	3	4.326	2.667	1	106	96	3	37	14	Sachsen-Anhalt
5	140	130	6	1.192	595	4	913	591	1	41	34	0	7	2	Schleswig-Holstein
11	355	311	8	3.193	1.935	11	3.230	2.713	1	65	43	2	24	5	Thüringen
97	3.640	3.895	286	52.057	25.367	196	49.202	32.605	90	2.992	2.804	68	755	401	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.	35.	1.-35.	1.-35.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
0	41	45	0	18	13	6	491	530	Baden-Württemberg	
0	66	56	0	312	12	15	695	625	Bayern	
1	17	16	0	35	6	7	235	256	Berlin	
0	17	9	0	7	1	0	94	111	Brandenburg	
1	6	3	0	1	0	0	43	49	Bremen	
0	8	8	0	6	1	2	136	140	Hamburg	
0	26	27	0	255	13	8	404	383	Hessen	
0	9	14	0	1	0	0	82	86	Mecklenburg-Vorpommern	
1	49	35	0	32	7	6	309	300	Niedersachsen	
1	116	136	0	24	23	29	995	1.195	Nordrhein-Westfalen	
0	14	22	0	20	5	3	180	208	Rheinland-Pfalz	
0	7	5	0	0	1	1	58	63	Saarland	
0	19	21	0	12	1	0	124	158	Sachsen	
0	12	19	0	2	1	3	112	130	Sachsen-Anhalt	
0	14	10	0	6	4	1	83	114	Schleswig-Holstein	
0	23	20	0	1	1	3	95	91	Thüringen	
4	444	446	0	732	89	84	4.136	4.439	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. 21.9.2005 (35. Woche 2005)

Krankheit	35. Woche 2005	1.–35. Woche 2005	1.–35. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	101	616	652
Brucellose	1	18	18	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	43	55	78
Dengue-Fieber	3	91	76	121
FSME	18	264	199	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	59	29	54
Hantavirus-Erkrankung	10	361	134	242
Influenza	0	12.650	3.384	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	48	43	68
Legionellose	12	316	287	475
Leptospirose	3	26	23	58
Listeriose	10	275	204	295
Ornithose	1	31	11	15
Paratyphus	2	32	70	106
Q-Fieber	3	132	89	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	0	1	0	3
Typhus abdominalis	1	47	49	82

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Hinweis zum Ruhen der Zulassung des Sechsfachimpfstoffs HEXAVAC®**

Aktuelle Studienergebnisse haben Hinweise auf eine herabgesetzte Immunogenität der Hepatitis-B-Komponente des Sechsfachimpfstoffs HEXAVAC® ergeben. Da dies möglicherweise den Langzeitschutz bezüglich Hepatitis B beeinträchtigen könnte, hat die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) am 20.09.2005 vorsorglich das Ruhen der Zulassung von HEXAVAC® angeordnet. Der Kurzzeitschutz gegen Hepatitis B sowie der Schutz gegen die anderen Komponenten des Impfstoffes sind nicht beeinträchtigt. Für Kinder mit abgeschlossener Impfserie mit HEXAVAC® werden deshalb derzeit keine besonderen Maßnahmen empfohlen. Die EMA hat den Impfstoffhersteller aufgefordert, Untersuchungen durchzuführen, um die eventuelle Notwendigkeit einer Hepatitis-B-Auffrischungsimpfung für mit HEXAVAC® geimpfte Kinder zu ermitteln.

Bedenken im Hinblick auf die Sicherheit von HEXAVAC® liegen dem Ruhen der Zulassung nicht zu Grunde.

Ärzte (und Apotheker) werden dazu vom Hersteller mit einem Rote-Hand-Brief direkt informiert und gebeten, noch vorhandene Dosen des Impfstoffs über die Apotheken zurückzugeben. Zudem werden Hinweise erteilt, wie mit HEXAVAC® immunisierte Kindern eine vollständige Impfserie erhalten. Ein Engpass bei der Versorgung von Impfstoffen für die Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern ist nach dem Rückruf von HEXAVAC® und dem Ruhen der Zulassung nicht zu befürchten.

Weitere Informationen zum Thema finden sich auf folgenden Internetseiten:

- ▶ Paul-Ehrlich-Institut ([www.PEI.de](http://www.PEI.de))
- ▶ EMA ([www.EMA.EU.int](http://www.EMA.EU.int))
- ▶ Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. ([www.dakj.de](http://www.dakj.de))

Der Hersteller Sanofi Pasteur MSD GmbH hat für Rückfragen eine **gebührenfreie Hotline** unter der Telefonnummer 08 00 . 727 83 87 eingerichtet.

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](mailto: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](mailto:SteffensI@rki.de);  
[KiehlW@rki.de](mailto:KiehlW@rki.de); [MarcusU@rki.de](mailto:MarcusU@rki.de)

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455  
Fax.: 01888.754-2459  
E-Mail: [FehrmannS@rki.de](mailto: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](http://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 A 14273