



Epidemiologisches Bulletin

27. Juni 2008/Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Bundesweite Häufung von Erkrankungen durch *S. Senftenberg*

Zwischen Januar und Mai dieses Jahres kam es in Deutschland zu einer überregionalen Häufung von Infektionen durch *Salmonella (S.) Senftenberg* mit insgesamt 58 gemeldeten Erkrankten aus elf Bundesländern. *S.-Senftenberg-Infektionen* wurden im Vergleichszeitraum Januar bis Mai der letzten fünf Jahre nur zwischen sechs- und 15-mal übermittelt. Der nachfolgende Bericht fasst die durchgeführte Ausbruchsuntersuchung und die vorliegenden Ergebnisse zusammen.

Zum Ablauf der Ausbruchsuntersuchung

Mitte März 2008 wurde am Robert Koch Institut (RKI) eine Zunahme von übermittelten *S.-Senftenberg-Infektionen* aus mehreren Bundesländern (zu diesem Zeitpunkt bundesweit $n=35$ übermittelte Fälle, Vergleich I. Quartal 2007: $n=5$) registriert. Auch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger (am RKI, Bereich Wernigerode) stellte eine Zunahme eingesendeter *S.-Senftenberg-Isolate* fest (bis Mitte März 2008: $n=12$ Humanisolate, Vergleich I. Quartal 2007: $n=2$).

Die Landesstellen wurden am 27.03.2008 durch das RKI über die Situation informiert und gebeten, ihrerseits die jeweiligen Gesundheitsämter zu informieren. Wegen des geografisch weit verteilten Geschehens wurde eine der Hypothesengenerierung dienende **Befragung der Betroffenen** durch das RKI und eine **Feintypisierung von Erregerisolaten** aus Patientenmaterial am NRZ (Stammvergleich mit anderen Human- und Lebensmittelisolaten) initiiert. Die Mitarbeiter der Gesundheitsämter wurden gebeten, das Einverständnis der Patienten zu einer telefonischen Befragung durch Mitarbeiter des RKI einzuholen und die Einsendung von Erregerisolaten durch Diagnostiklaboratorien an das NRZ zu veranlassen. Auf Anfrage stellte freundlicherweise das Institut für Hygiene und Umwelt in Hamburg dem NRZ bereits archivierte Patienten- und Lebensmittelisolate von *S. Senftenberg* zur Feintypisierung zur Verfügung. Darüber hinaus wurde über das vom *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* koordinierte Netzwerk „*Food- and Waterborne Diseases (FWD)*“ (vormals „EnterNet“) über die aufgetretene Fallhäufung informiert und gebeten, über evtl. kürzlich in anderen Staaten aufgetretene Häufungen von *S.-Senftenberg-Infektionen* zu berichten.

Die betroffenen Fallpersonen bzw. Eltern der Fallpersonen unter 18 Jahren wurden vom Ausbruchsteam des RKI, auf Wunsch einzelner Bundesländer auch von Mitarbeitern der jeweiligen Landesstelle oder des Gesundheitsamtes, per Telefon explorativ zu ihrer Lebensmittelanamnese, ihren Einkaufsgewohnheiten, dem Freizeitverhalten und zum Krankheitsverlauf befragt.

Am 31.03.2008 lagen die ersten Ergebnisse der Feintypisierung einiger bereits am NRZ archivierter Patientenproben vor. Sechs Patientenproben (davon vier mit passender Fallmeldung) stimmten in der Pulsfeld-Gelelektrophorese (PFGE) mit einer Lebensmittelplanprobe vom Dezember 2007 („frische Sprossen“ aus einem Supermarkt) überein. Eine Frage nach dem Verzehr „frischer Sprossen“ wurde daraufhin in den explorativen Fragebogen mit aufgenommen, Fälle mit passendem PFGE-Muster bevorzugt exploriert und das PFGE-Muster des „Sprossenisolats“ Teilnehmern des Netzwerks „FWD“ zum Datenbankvergleich zur Verfügung gestellt.

Diese Woche

26/2008

Salmonellose:

Zu einer bundesweiten Häufung von Erkrankungen durch *S. Senftenberg*

Dengue-Fieber:

Fallbericht einer Erkrankung nach Aufenthalt in Indonesien

Hinweise auf Publikationen:

Aktualisierte Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) erscheinen in Kürze

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
23. Woche 2008
(Datenstand: 25. Juni 2008)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur Situation



Alter (Jahre)	0–19	20–39	40–59	60+
Anzahl (Anteil weiblich), 2008	6 (50%)	15 (80%)	19 (74%)	18 (89%)
Vergleich: Mittelwert übermittelter Fälle (Anteil weiblich), 2001–2007	3,4 (54%)	3,4 (63%)	2 (71%)	2,7 (63%)

Tab. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der zwischen Meldewoche 1 und 22 des Jahres 2008 (n=58) und im Vergleichszeitraum (Meldewoche 1–22 der Jahre 2001–2007) an das RKI übermittelten *S.*-Senftenberg-Infektionen

Ergebnisse

Zwischen dem 01.01.2008 und dem 31.05.2008 wurden insgesamt 58 *S.*-Senftenberg-Infektionen übermittelt, davon 45, die die Referenzdefinition erfüllten. Die Verteilung der Fälle nach Altersgruppe und Geschlecht ist in Tabelle 1 dargestellt. Hierbei fällt auf, dass zwar alle Altersgruppen betroffen waren, Frauen jedoch offensichtlich überrepräsentiert sind (Anteil Frauen gesamt: 77%). Die Verteilung der Fälle nach Meldewoche ist in Abbildung 1 dargestellt.

Von 22 Fällen lagen Isolate des Erregers vor, welche am NRZ feintypisiert wurden. 17 (77%) dieser Isolate wiesen in der PFGE ein identisches Muster auf und stimmten mit dem Muster des Isolats aus frischen Sprossen überein. Zwischen Patienten, deren Salmonellenisolate einen epidemiologischen Zusammenhang mit „frischen Sprossen“ vermuten lassen, und Patienten, bei denen dies nicht der Fall war (anderes Muster in der PFGE), war kein signifikanter Unterschied bzgl. Alter, Geschlecht oder Wohnort (Bundesland) festzustellen.

Von den 17 Patienten mit dem Ausbruchstamm konnten acht explorativ befragt werden. Zu fünf anderen Patienten konnte kein Kontakt hergestellt werden, es wurde keine Einwilligung zur Befragung erteilt oder eine Befragung war aus anderen Gründen nicht möglich. Weitere vier Patienten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits verstorben (in allen vier Fällen wahrscheinlich kein Zusammenhang mit der Salmonelleninfektion). Befragt wurden weiterhin zehn Patienten, für die kein Erregerisolat zur Untersuchung vorlag.

Abgesehen von einem hohen Anteil an Personen mit Vorerkrankungen im Magen-Darm-Bereich bzw. längerer vorhergehender Antibiotikaeinnahme (7/18 Befragten), ergaben sich in den durchgeführten Explorationsen wenige auffällige Gemeinsamkeiten zwischen den Befragten. Insbesondere war von allen explorierten Patienten nur bei zweien

der Verzehr von Sprossen (in Asia-Gemüse bzw. in Salat) in den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn erinnerlich; acht Befragte schlossen den Konsum von „Sprossen“ in diesem Zeitraum definitiv aus. Eine weitere Person erinnerte sich, Sprossen der betroffenen Marke verzehrt zu haben und konnte auch die Verpackung genau beschreiben, jedoch lag der Konsum ca. 7 Tage vor dem Auftreten von unspezifischen, gastrointestinalen Symptomen und ca. 14 Tage vor dem Auftreten von akuter Diarrhö. 15 von 18 Personen gaben an, Rohkostsalate oder gemischte (Blatt-)Salate gegessen zu haben (viele berichteten auch spontan, diese häufig oder regelmäßig zu sich zu nehmen). Gemeinsamkeiten bzgl. der Quelle oder der Zutaten dieser Salate ergaben sich aus der Befragung nicht; von der Durchführung einer analytischen Studie wurde deshalb abgesehen. Andere auffällige Gemeinsamkeiten ergaben sich aus den explorativen Befragungen nicht.

Diskussion

In der hier durchgeführten Untersuchung konnte der durch die Ergebnisse der Feintypisierung und den Stammevergleich von Erregerisolaten generierte **Anfangsverdacht („frische Sprossen als Vehikel in der zwischen Januar und Mai 2008 aufgetretenen Häufung von *S.*-Senftenberg-Infektionen in Deutschland“) durch die epidemiologische Untersuchung nicht bestätigt werden.**

Aufgrund der Laborergebnisse und der häufigen Nennung des Verzehrs von Rohkostsalaten oder gemischten (Blatt-)Salaten 6–72 Stunden vor Erkrankungsbeginn käme jedoch auch ein den Patienten nicht mehr erinnerlicher Verzehr von Sprossen, z. B. als Zutat von Fertigsalatmischungen, in Betracht. Die für eine bundesweite, vermutlich lebensmittelbedingte Fallhäufung relativ geringe Anzahl von Fällen und der hohe Anteil von Personen, die wahrscheinlich überdurchschnittlich empfänglich für Salmonellenerkrankungen waren (Vorerkrankungen, vorher-

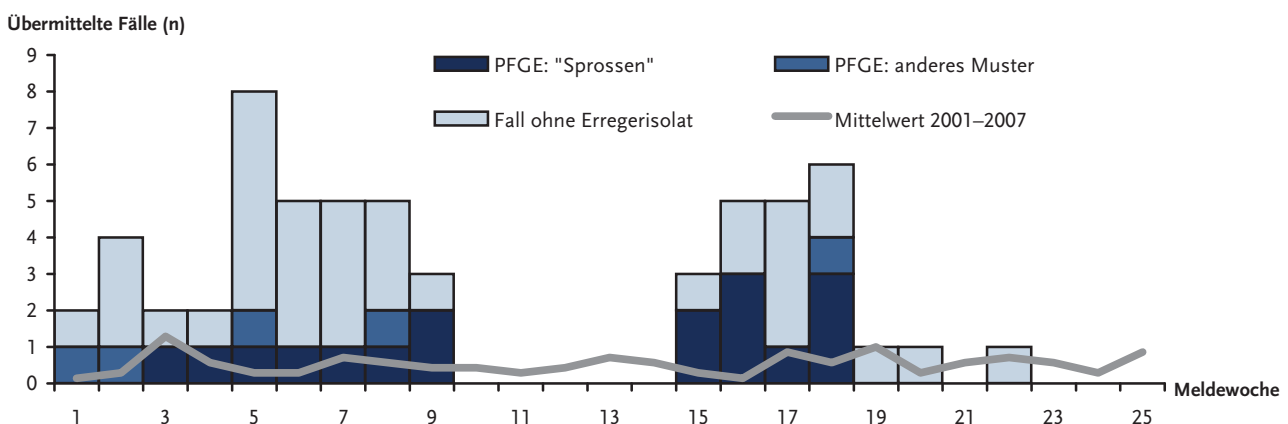


Abb. 1: An das RKI übermittelte *S.*-Senftenberg-Infektionen (n=58) nach Meldewoche, Woche 1–25, 2008 (Balken) und Vergleich mit dem Mittelwert der Vorjahre 2001–2007 (Linie); PFGE „Sprossen“: Übermittelter Fall und PFGE-Muster identisch mit Lebensmittelisolat „Sprossen“

gehende Antibiotikaeinnahme) könnten auf eine nur geringgradige Kontamination eines Lebensmittels hindeuten. Insofern wäre auch eine verlängerte Inkubationszeit, wie evtl. bei einem Fall beobachtet, denkbar.

Auch wenn in Deutschland Sprossen bisher nicht in Salmonellen-Ausbrüchen in Erscheinung getreten sind, so fielen diese im Ausland bereits mehrfach als Vehikel in der Übertragung von Salmonellen und anderen enteritischen Krankheitserregern auf.^{1,2} Bei der Untersuchung von vermutlich lebensmittelbedingten Fallhäufungen sollten Betroffene während der Exploration daher auch zum Verzehr dieses Lebensmittels befragt werden.

Zum Auftreten eines Dengue-Schocksyndroms während eines Indonesienaufenthaltes

Ein 65-jähriger deutscher Tourist mit familiären Bindungen nach Indonesien hielt sich wiederholt im Rahmen von Urlauben in Indonesien auch in ländlichen Gebieten auf. Regelmäßig kam es während der jeweils mehrwöchigen Urlaubsaufenthalte zu fieberhaften Erkrankungen. Eine diagnostische Abklärung erfolgte jeweils nicht.

Bei einem weiteren Urlaubsaufenthalt erkrankte er am 22.03.2008 erneut mit Fieber, zunächst begleitet von Durchfällen, Erbrechen und Schwindel. Wenige Stunden vor dem geplanten Rückflugtermin am 26.03.2008 musste er aufgrund eines akuten Kreislaufversagens auf der Intensivstation eines örtlichen Krankenhauses behandelt werden.

In den bei der Aufnahme eingeleiteten Blutuntersuchungen ließ sich eine deutliche Thrombozytopenie mit Werten bis 22.000 Thrombozyten/ μ l (Normalwert 150.000 bis 400.000 Thrombozyten/ μ l) und einem Hämatokrit von 56 % (Normalwert (42–50 %) nachweisen. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Hämatemesis, Myokarditis und schweren Schocksymptomatik. Serologisch waren IgM-Antikörper gegen Dengue-Viren nachweisbar. Unter der notwendig gewordenen intensivmedizinischen Betreuung wurden u. a. fünf Beutel Thrombozytenkonzentrat und zwei Beutel Plasma infundiert. Der Gesundheitszustand des Patienten besserte sich zunehmend, so dass er schließlich am 31.03.2008 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte.

Nach der Rückkehr nach Deutschland wurden erneut serologische Untersuchungen durchgeführt. Der IgG-Titer gegen Dengue-Viren ergab einen Wert von 1:20.480, die IgM-Fraktion war am 14.04.2008 weiterhin positiv.

Allgemeines zum Dengue-Fieber

Das Dengue-Fieber wird durch vier verschiedene Dengue-Virus-Serotypen hervorgerufen und kommt vor allem in den Tropen und Subtropen vor. Die Übertragung erfolgt durch die Mückenweibchen von *Aedes (Stegomyia) aegypti* und *albopictus*. Da es derzeit keine Impfung gegen Dengue-Viren gibt, stellt ein effektiver Mückenschutz, auch tagsüber, die beste Prävention dar.

Literatur

1. Breuer T, et al.: A multistate outbreak of Escherichia coli O157:H7 infections linked to alfalfa sprouts grown from contaminated seeds. *Emerg Infect Dis* 2001; 7(6): 977–982
2. Mohle-Boetani JC, et al.: Salmonella infections associated with mung bean sprouts: epidemiological and environmental investigations. *Epidemiol Infect* 2008; 1–10

Dank gilt den beteiligten Landesstellen und Gesundheitsämtern für die geleistete Recherche, das Einholen von Einverständniserklärungen zur Befragung der Patienten bzw. eigene Befragungen. Dank gilt ferner Dr. Wolfgang Rabsch und Dr. Rita Prager vom NRZ für Salmonellen u. a. bakterielle Enteritiserreger für die Feintypisierung der S.-Senftenberg-Isolate und die wissenschaftliche Unterstützung sowie Prof. Peter Roggen- tin und Dr. Anselm Lehmaner vom Institut für Hygiene und Umwelt in Hamburg für die Bereitstellung von S.-Senftenberg-Archivproben.

Ansprechpartner am RKI ist Dr. Mirko Faber (E-Mail: FaberM@rki.de).

In Bezug auf die Übermittlungsfalldefinition erfüllt Fieber allein bereits das klinische Bild eines **akuten Dengue-Fiebers**. Die **hämorrhagische Form** beinhaltet außerdem eine Thrombozytopenie, Hämorrhagie und erhöhte Gefäßdurchlässigkeit. Beim **Dengue-Schocksyndrom (DSS)** kommt es unter Fieber und hämorrhagischem Verlauf zusätzlich zum Kreislaufversagen, so dass auch mit einem tödlichen Ausgang gerechnet werden muss. Vorherige Dengue-Virusinfektionen, insbesondere mit anderen Serotypen des Virus, scheinen ein Risikofaktor für die schweren Verlaufsformen des Dengue-hämorrhagischen Fiebers und des DSS bei wiederholten Infektionen zu sein. Bei Reiserückkehrern nach Deutschland werden sie nur sehr selten beobachtet.

Im vorliegenden Fall ist anzunehmen, dass der Betroffene bereits während früherer Urlaubsaufenthalte an Dengue-Virusinfektionen erkrankt war.

Meldewege, Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften

Zusätzlich zur Meldepflicht gemäß §§ 6 und 7 sowie zur Übermittlung gem. § 11 IfSG übermittelt das Gesundheitsamt das Auftreten von hämorrhagischen Verlaufsformen unverzüglich der zuständigen Landesbehörde und diese dem Robert Koch-Institut (§ 12 IfSG). Die Melde- und Übermittlungspflicht gem. §§ 6 und 7 besteht immer dann, wenn ein Labor im Geltungsbereich des Infektionsschutzgesetzes einen direkten oder indirekten Erregernachweis führt, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen. Das trifft auch dann zu, wenn die Erkrankung im Ausland eintrat.

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Helmut Eckert und Dr. Hannes Winterer, Gesundheitsamt Konstanz, sowie Dr. Dorothee Lohr, Landesgesundheitsamt Stuttgart, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: ifsg@rps.bwl.de).

STIKO: Aktualisierte Impfempfehlungen erscheinen in Kürze

Die aktualisierten Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut werden voraussichtlich Ende Juli in der Ausgabe 30/2008 des *Epidemiologischen Bulletins* veröffentlicht.

Bis zu 3 Exemplare werden nach Einsenden eines adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages für das Format A4 kostenfrei versandt. Größere Stückzahlen werden auf schriftliche Anforderung zu einem Vorzugspreis, der von der Bestellmenge abhängt, abgegeben. **Bestellungen** werden ab sofort erbeten an:

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Kennwort „STIKO-Empfehlungen“

Im **Internet** werden die STIKO-Empfehlungen auf der Homepage des RKI angeboten unter www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin oder www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

23. Woche 2008 (Datenstand: 25.6.2008)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	186	2.246	2.796	2	28	34	9	101	103	109	1.187	1.709	4	22	30
Bayern	202	2.260	2.848	4	37	60	22	388	378	103	1.449	1.916	2	44	52
Berlin	62	874	888	0	7	7	7	67	64	38	362	403	0	16	19
Brandenburg	57	691	718	0	4	12	4	100	111	25	468	488	0	2	4
Bremen	15	172	140	0	2	4	0	17	11	4	109	88	0	4	3
Hamburg	31	642	809	0	4	9	0	12	12	5	192	267	0	10	14
Hessen	93	1.166	1.342	1	4	10	1	42	56	55	840	1.320	0	14	22
Mecklenburg-Vorpommern	39	560	719	0	4	5	3	94	96	17	350	436	0	0	0
Niedersachsen	127	1.828	2.000	2	53	56	5	97	99	80	1.300	1.580	3	20	12
Nordrhein-Westfalen	343	5.212	6.341	2	68	118	21	500	421	210	2.917	3.167	1	29	18
Rheinland-Pfalz	84	1.140	1.336	2	23	13	2	101	149	54	835	921	2	10	17
Saarland	35	418	505	0	1	0	2	20	21	5	210	211	0	0	1
Sachsen	140	1.985	1.845	1	41	22	11	350	314	83	1.316	968	0	8	40
Sachsen-Anhalt	49	505	611	0	4	6	5	166	261	37	751	1.035	1	3	15
Schleswig-Holstein	58	757	723	2	12	14	2	35	35	24	389	470	0	0	9
Thüringen	60	679	670	1	6	5	15	312	219	47	775	837	2	7	9
Deutschland	1.581	21.135	24.291	17	298	375	109	2.402	2.350	896	13.450	15.816	15	189	265

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	2	28	47	0	38	54	18	416	537
Bayern	1	61	43	3	41	49	22	516	664
Berlin	5	46	19	2	36	23	18	333	313
Brandenburg	0	3	10	0	7	6	1	46	32
Bremen	0	2	1	0	0	3	0	23	20
Hamburg	1	18	11	0	6	17	2	42	31
Hessen	1	26	19	1	31	33	1	152	168
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	7	0	8	7	0	25	31
Niedersachsen	0	27	25	1	28	29	9	165	243
Nordrhein-Westfalen	4	79	86	2	70	123	18	417	407
Rheinland-Pfalz	2	18	14	1	31	54	2	140	172
Saarland	0	12	4	0	7	9	2	36	36
Sachsen	0	14	10	2	14	20	8	133	137
Sachsen-Anhalt	0	11	10	0	9	29	4	78	92
Schleswig-Holstein	0	13	13	0	7	14	2	94	77
Thüringen	0	7	15	0	8	18	3	40	62
Deutschland	16	376	334	12	341	488	110	2.656	3.022

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,

23. Woche 2008 (Datenstand: 25.6.2008)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
7	94	100	50	14.824	9.658	93	4.162	2.639	12	264	237	2	24	22	Baden-Württemberg
15	187	237	122	15.221	13.267	124	6.353	4.760	25	409	236	1	16	26	Bayern
2	49	73	38	5.331	5.436	29	1.781	1.698	11	158	122	3	27	39	Berlin
2	71	89	73	6.740	5.418	43	3.529	3.310	2	62	24	0	7	17	Brandenburg
1	8	13	5	641	818	14	284	231	1	16	3	0	7	7	Bremen
0	29	40	7	3.219	4.101	20	1.616	1.002	3	59	75	0	3	10	Hamburg
2	89	100	43	8.295	7.232	43	2.399	1.954	1	131	110	0	19	15	Hessen
2	35	56	103	6.814	3.731	84	3.811	2.901	2	68	51	1	20	33	Mecklenburg-Vorpommern
14	154	217	87	14.838	7.624	145	5.178	2.900	5	101	67	1	42	26	Niedersachsen
13	252	296	111	32.025	24.555	161	10.354	6.741	10	340	284	1	38	56	Nordrhein-Westfalen
7	92	118	30	7.785	6.930	29	3.150	2.208	8	109	92	0	5	10	Rheinland-Pfalz
0	22	31	8	2.509	634	12	540	456	1	19	12	0	1	2	Saarland
16	258	334	89	13.787	7.227	140	9.272	6.211	14	147	113	2	30	45	Sachsen
3	93	170	18	5.970	3.955	28	3.922	2.789	4	51	50	0	16	13	Sachsen-Anhalt
5	85	69	23	5.945	2.598	36	2.087	875	6	25	36	0	3	0	Schleswig-Holstein
6	167	190	37	8.992	4.345	130	4.678	2.624	2	29	37	1	9	13	Thüringen
95	1.685	2.133	844	152.936	107.529	1.131	63.116	43.299	107	1.988	1.549	12	267	334	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
0	30	36	10	365	11	9	233	290	Baden-Württemberg	
5	47	31	13	248	110	13	258	302	Bayern	
0	12	8	0	25	0	1	134	130	Berlin	
0	7	9	1	5	0	0	32	39	Brandenburg	
0	2	0	0	1	0	0	15	30	Bremen	
0	2	3	0	1	1	2	71	78	Hamburg	
0	12	16	0	35	10	9	175	196	Hessen	
0	8	5	0	6	0	0	23	58	Mecklenburg-Vorpommern	
0	16	15	1	12	23	7	167	180	Niedersachsen	
2	55	58	1	40	209	17	509	545	Nordrhein-Westfalen	
1	12	8	1	36	4	3	94	107	Rheinland-Pfalz	
0	3	0	0	10	0	1	17	39	Saarland	
0	14	14	0	2	1	3	74	57	Sachsen	
1	7	11	0	1	0	4	76	82	Sachsen-Anhalt	
2	10	8	1	6	5	0	27	61	Schleswig-Holstein	
0	7	10	0	14	0	3	59	38	Thüringen	
11	244	232	28	807	374	72	1.964	2.232	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 (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

23. Woche 2008 (Datenstand: 25.6.2008)

Krankheit	23. Woche 2008	1.–23. Woche 2008	1.–23. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	60	266	375
Brucellose	1	13	9	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	31	36	96
Dengue-Fieber	4	116	90	264
FSME	11	36	40	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	14	10	44
Hantavirus-Erkrankung	2	117	662	1.688
Hepatitis D	0	2	3	9
Hepatitis E	1	45	36	73
Influenza	2	14.008	18.706	18.898
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	72	47	93
Legionellose	4	141	158	532
Leptospirose	0	23	18	166
Listeriose	4	90	151	357
Ornithose	0	10	6	12
Paratyphus	1	19	19	72
Q-Fieber	12	185	44	83
Trichinellose	0	1	4	10
Tularämie	0	9	3	20
Typhus abdominalis	0	20	17	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**

1. Hamburg, 63 Jahre, männlich (17. Meldewoche, Infektionsland Sri Lanka)
2. Berlin, 36 Jahre, weiblich (17. Meldewoche, Infektionsland Indien)
3. Nordrhein-Westfalen, 55 Jahre, männlich (Infektionsland Indien)
(5. bis 7. Chikungunya-Fall 2008)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die Kalenderwochen 20 bis 23**

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen befindet sich auf einem niedrigen Niveau. Die Meldungen nach IfSG reduzieren sich auf sporadische Nachweise. Weitere Informationen unter influenza.rki.de/agi.

Europa: In Europa ist die diesjährige Influenzasaison zu Ende. Weitere Informationen zur Sommerüberwachung unter www.eiss.org.

Aviäre Influenza

Bei Vögeln/Geflügel: Aus England wurde am 4. Juni über einen Ausbruch aviärer Influenza durch hochpathogene H7N7-Viren auf einer Geflügelfarm in Oxfordshire (Südost England) berichtet. Der gesamte Geflügelbestand dieser Farm wurde gekeult. Informationen zur aviären Influenza finden sich auf der Internetseite www.oie.int/eng/info.

Aviäre Influenza bei Menschen, international: Aus Indonesien wurden 2 weitere humane H5N1-Infektionen gemeldet, die keine epidemiologischen Verbindungen aufweisen. Die beiden Frauen (16 und 34 Jahre alt) erkrankten am 7. Mai bzw. am 26. Mai 2008, wurden hospitalisiert und verstarben am 14. Mai bzw. am 3. Juni 2008. – Im Mai 2008 wurde die erste humane H5N1-Infektion aus Bangladesch rückwirkend gemeldet: Betroffen war ein 16 Monate alter Junge, der am 27. Januar 2008 erkrankte und inzwischen wieder vollständig gesund ist. Weitere Informationen unter www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 20.–23. Woche 2008 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI (<http://influenza.rki.de/agi>), dem NRZ für Influenza am RKI und dem DGK.

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.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadatj@rki.de
► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de
► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl
► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-2459

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 infektionsepidemiologischen 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 vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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** unter 030 18.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273