



# Epidemiologisches Bulletin

12. September 2008 / Nr. 37

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Gesundheit in Deutschland aktuell: Feldbeginn des telefonischen Gesundheitssurveys 2008/2009 am RKI

Im Robert Koch-Institut (RKI) werden Gesundheitssurveys bereits seit den 1980er Jahren durchgeführt (s. Abb. 1, S. 316). Seit dem Jahr 2002 erhebt die Abteilung 2 „Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung“ – ergänzend zu den Befragungs- und Untersuchungssurveys – mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auch telefonisch Daten zur Gesundheit der Bevölkerung.

Im internationalen Raum sind telefonische Gesundheitsbefragungen schon wesentlich länger etabliert: Das *Behavioral Risk Factor Surveillance System* in den USA beispielsweise besteht seit 1984 (<http://www.cdc.gov/brfss/>).

Die als Querschnittserhebungen angelegten telefonischen Gesundheitssurveys liefern in jährlichen Wellen Informationen zur gesundheitlichen Lage im Allgemeinen und zu speziellen aktuellen gesundheitsrelevanten Fragestellungen.

Zielpopulation ist die deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Die kostengünstige und schnelle Art der Datengewinnung ermöglicht es, gesundheitspolitisch zeitnah und flexibel reagieren zu können. Die telefonischen Gesundheitssurveys stellen somit einen wichtigen Baustein des im Aufbau befindlichen Gesundheitsmonitoring-Systems in Deutschland dar.

Anfang Juli 2008 hat die Feldphase des telefonischen Gesundheitssurveys 2008/2009 begonnen. Die in dieser und den folgenden Wellen erhobenen Daten sollen eine wesentliche Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bilden: Dies drückt sich auch in dem neuen Studiennamen „**Gesundheit in Deutschland aktuell**“ aus, der an den Titel des Gesundheitsberichts 2006 „Gesundheit in Deutschland“<sup>1</sup> anknüpft.

Durch die anvisierte Zahl von 21.000 Interviews werden erstmals auch regionale Vergleiche möglich werden, die deutlich über die bislang möglichen Ost-West-Vergleiche hinausgehen. Stratifiziert nach Geschlecht und drei Altersgruppen können für die bevölkerungsreichen Länder Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen repräsentative Aussagen getätigt werden.

Für Länder mit kleineren Bevölkerungszahlen sind dagegen landesspezifische Aufstockungen der Stichprobe für repräsentative Aussagen erforderlich. In dem vom RKI veranstalteten Bund-Länder-Workshop 2007 wurde diese Möglichkeit der modularen Aufstockung den Ländern vorgestellt; inzwischen haben zwei kleinere Länder diese Option wahrgenommen und beteiligen sich mit eigenen Mitteln an dem telefonischen Gesundheitssurvey 2008/2009. Um die Gesamtzahl von 25.000 Interviews (einschließlich der Aufstockungen durch die Länder) realisieren zu können, wird sich die Befragung von Juli 2008 bis April 2009 erstrecken. Dafür wurde am RKI eigens ein neues CATI-Labor (CATI = *Computer-Assisted Telephone Interview*) mit 40 Interviewplätzen eingerichtet. Stichprobenbasis stellt eine nach dem Gabler-Häder-Verfahren gezogene

Diese Woche 37/2008

### Public Health:

„Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Beginn des telefonischen Gesundheitssurveys 2008/2009

### Kuhpocken:

Infektionen mit Orthopocken-viren durch Ratten als Haustiere

### Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen:

- ▶ Inter-Academy Meeting: Nosocomial infections and host susceptibility
- ▶ Überarbeitete Leitlinie zur Prüfung von chemischen Desinfektionsmitteln auf Wirksamkeit gegen Viren publiziert

### Meldepflichtige

#### Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
34. Woche 2008  
(Datenstand:  
10. September 2008)

### Hepatitis A:

Anstieg der Infektionen in der Tschechischen Republik und in Lettland

### Dengue-Fieber:

Vermehrtes Auftreten nach Thailand-Reisen



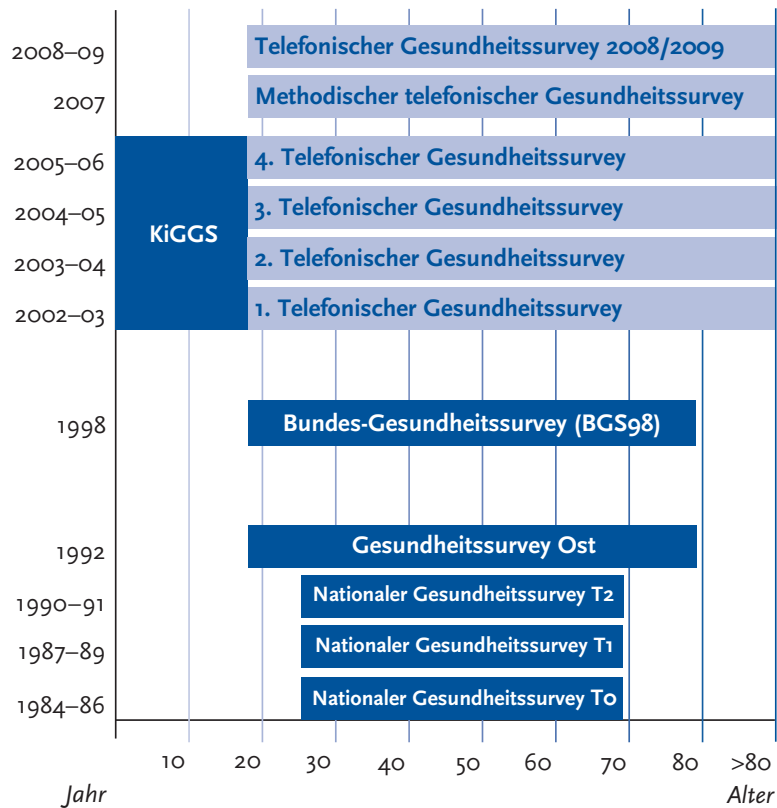


Abb. 1: Übersicht der vom RKI durchgeführten repräsentativen Gesundheitssurveys

Zufallsstichprobe von Telefonnummern dar. Die Grundgesamtheit dieses Auswahlrahmens sind alle in Privathaushalten lebenden Erwachsenen, die über einen Festnetzanschluss verfügen. Die Einbeziehung einer Mobilfunkstichprobe befindet sich in Planung.

Die Themen der Erhebung gliedern sich in einen **Kernbereich**, der auch in künftigen Befragungen konstant bleiben und Trendanalysen ermöglichen soll, sowie in einen **flexiblen Themenbereich**, in den aktuelle Fragestellungen oder Themen einbezogen werden, für die nicht jährlich aktuelle Daten erforderlich sind.

Der Kernbereich umfasst die folgenden Aspekte:

- ▶ Subjektive Gesundheitswahrnehmung
- ▶ Risikofaktoren und gesundheitsrelevantes Verhalten, wie z. B. körperliche Aktivität, Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen
- ▶ Krankheitsgeschehen
- ▶ Verletzungen
- ▶ Krankheitsfolgen und Behinderung
- ▶ Psychische Gesundheit
- ▶ Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- ▶ Impfungen
- ▶ Personale gesundheitsbezogene Ressourcen und Belastungen
- ▶ Soziodemografische Merkmale, wie z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung, Migrationshintergrund

Zusätzlich werden im aktuellen Survey die Themenbereiche Magen- und Darmerkrankungen, Organspende sowie Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bearbeitet.

Die Daten der vorangegangenen telefonischen Gesundheitssurveys 2003 bis 2006 wurden bereits vielfältig in der Gesundheitsberichterstattung genutzt; als Beispiel seien die Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“<sup>2</sup> und der Bericht „Gesundheit in Deutschland“ genannt.

#### Zum Gesundheitszustand der über 65-Jährigen – Beispiel zu Aussagen im zeitlichen Verlauf

Die über vier Jahre hinweg vorliegenden Daten erlauben auch Aussagen zur Entwicklung des Gesundheitszustands. Betrachtet wird hier der **selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung über 65 Jahre**. Im Zuge des demografischen Wandels, also des zunehmenden Anteils Älterer in der Bevölkerung, steht die Frage im Vordergrund, ob die gestiegene Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder von einer verlängerten Krankheitsphase oder Siechtum begleitet ist.

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine bei Bevölkerungsstudien etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und damit der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Sie gilt als geeigneter Indikator für die Gesundheit und hat

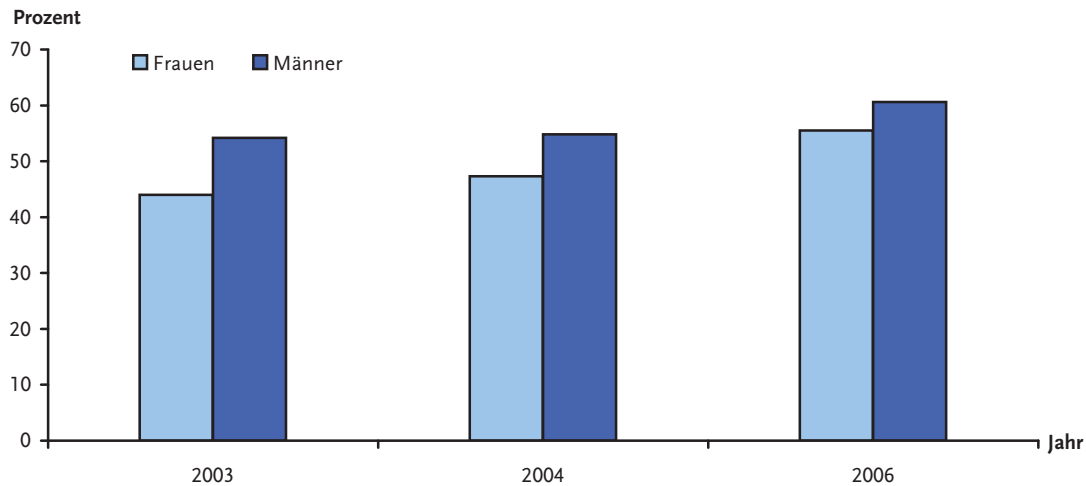


Abb. 2: Anteil der über 65-Jährigen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ und „gut“ einschätzen, stratifiziert nach Geschlecht; Telefonische Gesundheits-surveys des RKI 2003, 2004, 2006. Gewichtete Datensätze

sich zudem in zahlreichen Studien als aussagekräftiger Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Mortalität erwiesen.

Für die vorliegenden Auswertungen wurden die telefonischen Gesundheitssurveys 2003, 2004 und 2006 einbezogen (der Survey 2005 war vorrangig eine Wiederholungsbefragung der Probanden von 2003). Wie die Abbildungen 2 und 3 zeigen, stieg zwischen 2003 und 2006 bei den über 65-Jährigen der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, um knapp 10 Prozentpunkte; bei den Frauen mit über 11 Prozentpunkten stärker als bei den Männern mit gut 6 Prozentpunkten. Im Ost-West-Vergleich zeigt sich in den neuen Ländern mit einem Anstieg von knapp 8 Prozentpunkten ein etwas niedrigerer Gewinn als in den alten Ländern mit fast 10 Prozentpunkten.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich über den Zeitverlauf der Anteil der über 65-Jährigen mit guter Gesundheit erhöht, die Anstiege aber nicht über die Bevölkerung hinweg gleich verteilt sind.

### Zusammenfassung

Im Rahmen des kontinuierlich durchgeführten Gesundheitsmonitorings werden in Zukunft Trendanalysen über mehrere Jahre und unter Einbeziehung einer Vielzahl weiterer Indikatoren möglich sein. Damit werden nicht nur vielfältige Daten für eine indikatorenbasierte Berichterstattung zur Verfügung stehen, sondern vertiefte Auswertungsoptionen zum Beispiel zum Zusammenhang von Lebenslage, Gesundheitsverhalten und Gesundheit vorliegen.

### Literatur:

1. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, 2006
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, 2005

Bericht aus dem FG 25 „Gesundheitsmonitoring/Datenerhebungen“ des RKI, erarbeitet von Dr. Cornelia Lange und Patrick Schmich, die auch beide als **Ansprechpartner** zur Verfügung stehen (E-Mail: LangeC@rki.de und SchmichP@rki.de).

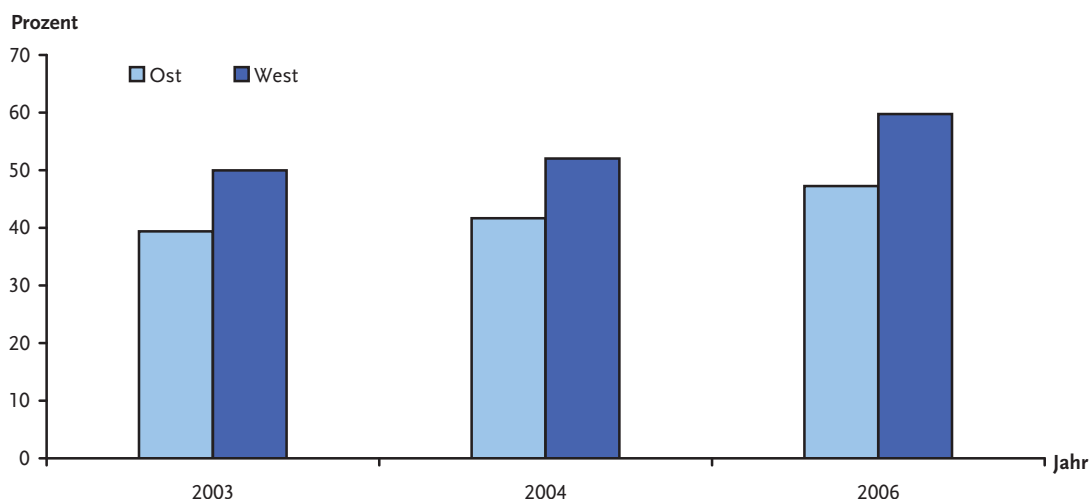


Abb. 3: Anteil der über 65-Jährigen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ und „gut“ einschätzen, stratifiziert nach Ost/West; Telefonische Gesundheits-surveys des RKI 2003, 2004, 2006. Gewichtete Datensätze

## Infektionen mit Orthopockenviren durch „Schmuseratten“

### Gegenwärtige Situation

Die Familie der *Poxviridae* umfasst neben dem im vergangenen Jahrhundert eradizierten Variola-Virus eine Vielzahl von Viren mit humanpathogenem Potenzial, wie die Molluscipockenviren, die Parapockenviren und die Orthopockenviren.

Heute verursachen vor allem Orthopockenviren Infektionen beim Menschen, wie z. B. die **Affenpockenviren** in Afrika<sup>1</sup>, die im Jahr 2003 außerdem zu einem Ausbruch in den USA führten. Infizierte afrikanische Gambische Hamsterratten wurden in die USA importiert, wo sie in Zoohandlungen Präriehunde ansteckten, welche wiederum das Virus auf deren Käufer bzw. Tierpfleger übertrugen.<sup>2</sup> In Südamerika wurden kürzlich gehäuft humane Infektionen mit **Vaccinia-ähnlichen Viren** nach Kontakt zu Wiederkäuern beobachtet.<sup>3</sup> Diese Viren zirkulierten wahrscheinlich seit Beendigung der Pockenschutzimpfungen vor mehr als 25 Jahren in einem nicht bekannten natürlichen Reservoir, vermutlich in Nagetieren.

In **Europa** kannte man seit der Einführung der Pockenschutzimpfung durch Jesty und Jenner die **Kuhpockenviren**, welche seit Jahren offensichtlich nicht mehr durch Kühe, sondern vor allem durch **infizierte Katzen** auf den Menschen übertragen werden.<sup>4</sup> Dort verursachen sie eine zumeist selbstlimitierende Infektion, die jedoch in immunsupprimierten Personen letal verlaufen kann.<sup>5</sup> Als Reservoir der Kuhpockenviren werden asymptomatisch und symptomatisch infizierte Nagetiere vermutet, an denen sich jagende Katzen anstecken können.

Neben den Pockenviren sind wildlebende Nagetiere mit einer Reihe anderer Pathogene assoziiert, die aufgrund ihres zoonotischen Potenzials beim Menschen lebensbedrohende Erkrankungen verursachen können. Beispielsweise werden auch Hantaviren, das Lassavirus und das Lymphozytäre Choriomeningitis-Virus durch Nagetiere übertragen.

Da die Pockenschutzimpfungen mit Vaccinia-Viren zu einer Kreuzimmunität geführt haben, die auch vor Infektionen mit Affenpockenviren und Kuhpockenviren schützen konnte, muss nach Einstellung dieser Impfungen von einer steigenden Gefahr durch zoonotische Pockenvirusinfektion ausgegangen werden.

### Die Situation in Deutschland

Über die Prävalenz von Orthopockenvirusinfektionen in Deutschland gibt es keine belastbaren Daten, weder bei Menschen noch im potenziellen Reservoir Nagetier. Die Pockenpflichtimpfung wurde in der Bundesrepublik Deutschland und in der Deutschen Demokratischen Republik bis 1980 eingestellt, so dass von einer Zunahme des Anteils immunologisch naiver Personen in der Bevölkerung auszugehen ist.

Humane Infektionen mit Affenpockenviren wurden in Deutschland bislang nicht beobachtet. Dafür **steigt die An-**

**zahl der bestätigten Kuhpockenfälle in Deutschland** in den letzten Jahren offensichtlich an.<sup>6</sup> Dies mag an der genannten schwindenden Immunität liegen, was durch die Beobachtung gestützt wird, dass die in den letzten Jahren im Konsiliarlaboratorium für Pockenviren diagnostizierten Kuhpockenfälle ausschließlich bei nicht gegen Pocken geimpften Personen beobachtet wurden. Inwieweit eine erhöhte Aufmerksamkeit der behandelnden Ärzte zu diesem Anstieg beigetragen hat, ist unklar. Bei der überwiegenden Zahl der bekannt gewordenen humanen Kuhpockenfälle erfolgte die Infektion durch Kontakt zu infizierten Katzen.

Interessanterweise zeigte die Sequenzierung des für phylogenetische Analysen geeigneten Hämagglutinin-Gens, dass an den einzelnen Infektionsgeschehen in Deutschland unterschiedliche Kuhpockenvirustypen beteiligt waren, innerhalb eines Infektionsgeschehens waren die nachgewiesenen Viren jedoch identisch. Dies unterstreicht die Vermutung der **natürlichen Zirkulation verschiedener Kuhpockenvirusstämme** in Deutschland. Unbekannt ist dabei, ob diese Virusstämme unterschiedlich pathogen für den Menschen sein können.

### Aktuelle Entwicklungen in Deutschland

In Deutschland nimmt die Anzahl diagnostizierter Fälle von Kuhpockenviren nicht nur beim Menschen zu. Auch Zoo- und Haustiere, bei denen Spezies-übergreifende, epidemieartige Ausbrüche beobachtet wurden, scheinen zunehmend von Kuhpocken betroffen zu sein. Da **Kuhpockenviren** ein sehr **breites Wirtsspektrum** besitzen, ist die Anzahl der gefährdeten Spezies groß. Durch engen Kontakt zu diesen Tieren kann sich der Mensch infizieren, wie kürzlich für eine humane Infektion durch einen Elefanten gezeigt wurde.<sup>7</sup>

Neben der beschriebenen klassischen humanen Infektion durch infizierte Katzen wurden in den letzten Monaten in Deutschland vier humane Infektionen mit Kuhpockenviren direkt von als Haustier gehaltenen, sogenannten **„Schmuseratten“** diagnostiziert.

Die Patienten stammten alle aus derselben Region, kauften die Ratten jedoch in unterschiedlichen Zootierhandlungen. Alle Ratten waren beim Kauf nicht erkennbar erkrankt, entwickelten später jedoch Symptome und verstarben bzw. wurden getötet. Die Sequenzanalyse gibt Hinweise darauf, dass alle Patienten mit demselben Virustyp infiziert wurden, was den Verdacht eines gemeinsamen Ursprungs der Infektionen z. B. bei einem Zulieferer der Zootierhandlungen nahe legt; dies konnte jedoch bislang nicht bestätigt werden.

Die betroffenen Patienten entwickelten nach engem Kontakt zu den Ratten lokale, Kuhpocken-typische Läsionen am Körperstamm und im Gesicht. In einem vermutlich durch Autoinokulation bedingten Fall musste ein Patient nach einer massiven Infektion des Auges mit Cidofovir behandelt werden.

Da die Kuhpocken nach dem deutschen Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht meldepflichtig sind und nach der Eradikation des Variola-Virus vor allem bei den behandelnden Ärzten wenig Erfahrung bei der Erkennung der normalerweise selbstlimitierenden Kuhpocken bei Immungesunden besteht, kann die Dunkelziffer nur geschätzt werden.

### Ausblick

Die kürzlich beobachteten Fälle zeigen, dass die direkte Übertragung von Kuhpockenviren durch Ratten auf den Menschen nicht, wie bisher in der Literatur beschrieben, als seltenes Ereignis angesehen werden kann. Da die Haltung von Ratten als Haustier sich offensichtlich einer zunehmend größeren Beliebtheit erfreut, sollte diskutiert werden, nur Tiere aus nachweislich Orthopockenvirus-freien Zuchten in den Handel zu bringen. Vergleichbare Empfehlungen gibt es bereits für den Verkauf von Hamstern bezüglich deren Potenzial, das Lymphozytäre Choriomeningitis-Virus zu übertragen.

Selbst wenn in der Mehrzahl der Kuhpockenfälle die Infektion lokal und selbstlimitierend verläuft, können – wie beobachtet – schwerwiegende Komplikationen bei Infektion des Auges auftreten. Bei immunsupprimierten Personen kann es sogar zu generalisierten, tödlich verlaufenden Infektionen kommen.

Die Anzahl der Immunsupprimierten in der Bevölkerung hat sich seit Einstellung der Pocken-Schutzimpfung durch Transplantationen, Krebserkrankungen, Allergien und Infektionskrankheiten wie AIDS vervielfacht. Das Risiko einer Impfung von Immunsupprimierten und Schwangeren mit Vaccinia-Viren konnte bislang nicht verlässlich abgeschätzt werden. In der Pocken-Impfära wurden diese Personen von der Impfung wann immer möglich ausgeschlossen. Eine Infektion mit Kuhpockenviren sowohl durch Katzen als auch durch „Schmuseratten“ könnte in diesen Personen ebenfalls zu schwerwiegenden Komplikationen führen und sollte auf jeden Fall vermieden werden. Die Sicherstellung des Verkaufs von „Schmuseratten“ aus ausschließlich Orthopockenvirus-freien Zuchten kann das Risiko der Übertragung solcher Infektionen erheblich verringern.

### Spezialdiagnostik und Beratung: Konsiliarlaboratorium für Pockenviren

Institution: Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin  
Ansprechpartner: Dr. Andreas Nitsche  
Tel.: 030 18. 754-23 13, Fax: 030 18. 754-26 05  
E-Mail: NitscheA@rki.de

**Erreger:** Orthopoxviren, Parapoxviren, *Molluscum-contagiosum*-Virus, Yatapoxvirus

Das Konsiliarlaboratorium für Pockenviren nutzt verschiedene Methoden der Diagnostik zur Identifizierung von Pockenvirusinfektionen. Neben klassischen virologischen Methoden werden moderne molekulare Methoden weiter entwickelt, um eine schnelle verlässliche Erkennung und Typisierung von Pockenviren zu ermöglichen. Weitere ausführliche Informationen zu den humanen Pocken und zur Impfung gegen Pocken finden sich unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionskrankheiten A-Z > Pocken.

#### Leistungsübersicht

- ▶ Beratung zu Nachweisverfahren;
- ▶ elektronenmikroskopische, virologische, serologische und molekularbiologische Identifizierung und Differenzierung von Pockenviren;
- ▶ Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und Versandbedingungen.

Einsendung von Material nur nach vorheriger telefonischer Absprache mit dem Labor.

#### Literatur:

1. Arita I, Gispén R, Kalter SS, Wah LT, Marennikova SS, Netter R, Tagaya I: Outbreaks of monkeypox and serological surveys in nonhuman primates. *Bull World Health Organ* 1972; 46: 625–631
2. Centers for Disease Control and Prevention: Multistate outbreak of monkeypox – Illinois, Indiana, and Wisconsin, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 537–540
3. Damaso CR, Esposito JJ, Condit RC, et Moussatche N: An emergent poxvirus from humans and cattle in Rio de Janeiro State: Cantagalo virus may derive from Brazilian smallpox vaccine. *Virology* 2000; 22: 439–449
4. Baxby D, Bennett M, et Getty B: Human cowpox 1969–93: a review based on 54 cases. *Br J Dermatol* 1994; 131: 598–607
5. Eis-Hubinger AM, Gerritzen A, Schneweis KE, Pfeiff B, Pullmann H, Mayr A, Czerny CP: Fatal cowpox-like virus infection transmitted by cat. *Lancet* 1990; 336: 880
6. Robert Koch-Institut: Infektionen mit Kuhpockenviren in Deutschland – eine Übersicht. *Epid Bull* 2007; 10: 79–81
7. Kurth A, Wibbelt G, Gerber HP, Petschaelis A, Pauli G, Nitsche A: Rat-to-Elephant-to-Human Transmission of Cowpox Virus. *Emerg Infect Dis* 2008; 14: 670–671

Bericht aus dem Zentrum für Biologische Sicherheit des RKI, erarbeitet von Dr. Andreas Nitsche gemeinsam mit Dr. Andreas Kurth und Prof. Dr. Georg Pauli. **Ansprechpartner** ist Dr. Nitsche (E-Mail: [NitscheA@rki.de](mailto:NitscheA@rki.de)). Dank gilt ferner Dr. Christian Becker, Helios Klinikum Krefeld, Dr. Markus Gross, Amt für Veterinär- und Lebensmittelüberwachung (Krefeld) sowie Dr. Annette Kuczka, Arbeitsgemeinschaft Chemisches- und Veterinäruntersuchungsamt Rhein-Ruhr-Wupper, für die Erhebung und Mitteilung der klinischen Daten sowie die Probeentnahme und Diagnostik vor Ort.

### Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen

#### Inter-Academy Meeting: Nosocomial infections and host susceptibility

**Termin:** 18.–20. September 2008

**Veranstaltungsort:** Berlin, Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt beim Bund, Luisenstraße 18, 10117 Berlin

**Veranstalter:** Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina; The Royal Society, London; Académie des Sciences, Paris; The Royal Swedish Academy of Science, Stockholm; Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Amsterdam

**Themen:** Nosocomial infections and public health; Evolution of resistance and virulence factors; Host response and susceptibility; Epidemiology and modelling; New strategies of diagnostics and intervention

**Information:** E-Mail an: [info@iam-leopoldina.de](mailto:info@iam-leopoldina.de)

**Internet:** [www.iam-leopoldina.de](http://www.iam-leopoldina.de)

#### Leitlinie der DVV und des RKI zur Prüfung von chemischen Desinfektionsmitteln auf Wirksamkeit gegen Viren in der Humanmedizin/Fassung vom 1. August 2008

In der August-Ausgabe 2008 des *Bundesgesundheitsblattes* (Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008; 51: 936–941) wurde die überarbeitete Fassung der Leitlinie der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Prüfung von chemischen Desinfektionsmitteln auf Wirksamkeit gegen Viren in der Humanmedizin, Fassung vom 1. August 2008, publiziert.

Die Fassung vom Juni 2005 wurde überarbeitet, da sich seit ihrem Inkrafttreten aufgrund erster Erfahrungen gezeigt hat, dass einige Abschnitte der Konkretisierung bzw. Ergänzung bedürfen. So wurde die Durchführung der Interferenzkontrolle in Anlehnung an die europäische Norm konkretisiert. Weiterhin wurden spezielle Kontrollen für die Prüfung von chemothermischen Desinfektionsverfahren formuliert, die sich bereits in der Praxis bewährt hatten.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

34. Woche 2008 (Datenstand: 10.9.2008)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	166	4.296	5.111	1	42	60	5	204	170	120	2.577	3.610	3	38	67
Bayern	182	4.657	5.164	4	83	122	33	688	651	175	3.483	4.311	0	57	119
Berlin	60	1.624	1.616	0	16	10	12	150	114	38	759	936	0	23	39
Brandenburg	64	1.403	1.477	0	7	16	7	156	169	61	1.072	1.118	0	4	10
Bremen	21	305	240	0	2	6	1	20	17	12	183	173	0	4	4
Hamburg	47	1.175	1.364	0	11	12	1	20	26	23	464	561	0	17	18
Hessen	88	2.266	2.497	1	7	14	3	63	94	92	1.738	2.757	1	23	49
Mecklenburg-Vorpommern	66	1.207	1.494	0	8	9	10	148	165	39	730	796	0	0	0
Niedersachsen	139	3.487	3.524	1	85	75	37	330	154	95	2.356	3.125	0	29	26
Nordrhein-Westfalen	424	9.559	11.144	6	108	155	35	776	656	238	5.414	6.540	2	39	43
Rheinland-Pfalz	82	2.227	2.476	0	37	33	6	164	226	71	1.708	2.045	2	18	27
Saarland	52	766	903	0	2	1	3	29	36	22	417	609	0	0	4
Sachsen	128	3.448	3.303	1	71	43	27	540	570	93	2.132	1.981	1	15	60
Sachsen-Anhalt	31	975	1.139	0	6	8	10	268	427	37	1.337	1.878	0	6	23
Schleswig-Holstein	72	1.586	1.389	0	19	26	2	64	57	17	690	942	1	3	11
Thüringen	53	1.260	1.192	0	8	9	8	439	364	42	1.416	1.672	1	8	21
<b>Deutschland</b>	<b>1.675</b>	<b>40.241</b>	<b>44.033</b>	<b>14</b>	<b>512</b>	<b>599</b>	<b>200</b>	<b>4.059</b>	<b>3.896</b>	<b>1.175</b>	<b>26.476</b>	<b>33.054</b>	<b>11</b>	<b>284</b>	<b>521</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>		
	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	4	53	60	1	64	84	15	626	820
Bayern	3	82	66	2	65	70	18	835	1.015
Berlin	0	55	21	1	45	38	9	492	471
Brandenburg	0	5	15	0	12	12	1	64	49
Bremen	1	4	4	1	2	4	0	30	36
Hamburg	0	26	13	0	13	27	1	65	53
Hessen	5	46	33	2	44	55	7	223	244
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	8	0	12	8	0	38	42
Niedersachsen	0	38	47	1	40	39	5	237	351
Nordrhein-Westfalen	5	121	132	5	111	167	29	664	626
Rheinland-Pfalz	1	30	19	0	48	77	4	203	242
Saarland	1	15	7	0	10	12	0	50	52
Sachsen	1	24	16	0	21	28	5	211	211
Sachsen-Anhalt	3	17	10	0	13	36	2	116	134
Schleswig-Holstein	0	14	17	1	12	20	2	144	132
Thüringen	0	18	19	0	10	23	0	73	113
<b>Deutschland</b>	<b>24</b>	<b>559</b>	<b>487</b>	<b>14</b>	<b>522</b>	<b>700</b>	<b>98</b>	<b>4.071</b>	<b>4.591</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,

34. Woche 2008 (Datenstand: 10.9.2008)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
2	141	159	44	15.301	10.292	18	4.422	3.032	5	385	360	1	42	52	Baden-Württemberg
7	318	356	47	16.176	14.017	25	7.034	5.324	11	659	371	1	30	46	Bayern
1	76	110	6	5.659	5.679	9	1.976	1.786	10	256	179	1	39	79	Berlin
3	102	132	28	7.129	5.710	7	3.883	3.472	1	85	39	2	13	41	Brandenburg
0	12	17	4	726	856	2	329	277	0	20	10	0	7	9	Bremen
0	50	67	2	3.377	4.251	1	1.800	1.033	1	82	94	1	9	16	Hamburg
7	152	158	36	8.764	7.727	8	2.544	2.145	6	196	172	0	24	28	Hessen
2	55	85	23	7.212	3.978	16	4.116	3.153	0	99	70	0	30	48	Mecklenburg-Vorpommern
9	264	366	26	15.319	8.167	22	5.733	3.244	8	169	108	10	84	88	Niedersachsen
16	395	488	94	32.956	25.877	48	11.095	7.410	29	516	439	9	84	161	Nordrhein-Westfalen
5	159	174	17	8.197	7.436	5	3.311	2.430	2	163	132	1	9	35	Rheinland-Pfalz
0	30	50	8	2.619	679	5	595	503	0	28	19	0	2	4	Saarland
13	396	508	87	14.879	8.208	44	10.047	6.873	3	208	149	0	54	99	Sachsen
3	148	246	30	6.356	4.492	12	4.135	3.046	3	77	66	0	24	22	Sachsen-Anhalt
1	136	125	6	6.051	2.816	4	2.214	950	0	56	52	0	5	1	Schleswig-Holstein
12	273	314	48	9.554	4.886	22	5.186	3.035	1	49	46	4	19	22	Thüringen
<b>81</b>	<b>2.707</b>	<b>3.355</b>	<b>506</b>	<b>160.275</b>	<b>115.071</b>	<b>248</b>	<b>68.420</b>	<b>47.713</b>	<b>80</b>	<b>3.048</b>	<b>2.306</b>	<b>30</b>	<b>475</b>	<b>751</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
0	34	41	0	376	16	7	360	428	Baden-Württemberg	
1	58	40	1	297	114	6	422	449	Bayern	
1	14	11	0	28	5	5	191	191	Berlin	
1	10	11	0	5	0	2	52	66	Brandenburg	
0	3	0	2	4	1	1	25	47	Bremen	
0	3	5	0	2	2	4	115	110	Hamburg	
1	19	18	0	35	11	6	270	316	Hessen	
1	10	5	0	6	1	1	33	77	Mecklenburg-Vorpommern	
2	25	23	1	12	26	4	245	269	Niedersachsen	
0	79	74	1	45	246	23	763	847	Nordrhein-Westfalen	
0	14	13	0	37	7	2	137	172	Rheinland-Pfalz	
0	3	2	0	10	0	1	33	58	Saarland	
0	15	22	0	2	1	1	113	102	Sachsen	
0	7	13	0	1	0	2	94	129	Sachsen-Anhalt	
0	11	11	0	7	5	0	50	75	Schleswig-Holstein	
0	9	13	0	14	0	3	80	63	Thüringen	
<b>7</b>	<b>314</b>	<b>302</b>	<b>5</b>	<b>881</b>	<b>435</b>	<b>68</b>	<b>2.983</b>	<b>3.399</b>	<b>Deutschland</b>	

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**

34. Woche 2008 (Datenstand: 10.9.2008)

Krankheit	34. Woche 2008	1.–34. Woche 2008	1.–34. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	7	101	313	375
Brucellose	0	18	15	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	58	60	96
Dengue-Fieber	6	168	159	264
FSME	3	169	188	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	39	29	44
Hantavirus-Erkrankung	2	171	1.336	1.688
Hepatitis D	0	4	4	9
Hepatitis E	1	68	52	73
Influenza	0	14.030	18.727	18.898
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	97	60	93
Legionellose	11	301	347	532
Leptospirose	0	38	81	166
Listeriose	3	181	241	356
Ornithose	0	14	7	12
Paratyphus	5	36	32	72
Q-Fieber	25	266	64	83
Trichinellose	0	1	9	10
Tularämie	0	12	5	20
Typhus abdominalis	2	41	32	59

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

**Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung****Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**  
Sachsen-Anhalt, 51 Jahre, weiblich (9. Chikungunya-Fall 2008)**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Hepatitis-A-Infektionen in der Tschechischen Republik und Lettland**

Die Behörden in Tschechien und Lettland verzeichnen einen starken Anstieg der gemeldeten Hepatitis-A-Virus-Infektionen. In beiden Ländern sind die Hauptstädte Prag und Riga sowie deren Umland betroffen. Die Ausbrüche nahmen jeweils in den Drogenszenen der Städte ihren Anfang, strahlen aber verstärkt auf die Allgemeinbevölkerung aus. Insbesondere Reisende, die längere Aufenthalte in den betroffenen Städten planen, sollten vor Abreise eine Impfung gegen Hepatitis A in Erwägung ziehen.

**Vermeehrt Dengue-Fälle nach Thailand-Reisen**

Im August 2008 wurden 14 Denguevirus-Infektionen nach Thailand-Reise gemeldet – mehr als jeweils im Monat August in allen Vorjahren 2001–2007. Auch in den ersten Monaten dieses Jahres wurden die Fallzahlen der Vorjahre 2003–2007 übertroffen, so dass 2008 insgesamt schon 59 Infektionen nach Thailand-Reisen bekannt wurden. Das sind deutlich mehr als in den Jahren 2003–2007 (durchschnittliche Fallzahl Januar bis August: 21), als die Dengue-Situation in Thailand sich nach dem hochendemischen Jahr 2002 (Januar–August: 75 Fälle) etwas beruhigt hatte.

Sollten den Gesundheitsämtern nähere Informationen über die thailändischen Reiseregionen von aktuellen und zukünftigen Fällen vorliegen, bitten wir, diese im Freitextfeld zu übermitteln, um das Risiko für Reisende auch regional beschreiben zu können.

Grundsätzlich empfiehlt es sich, Personen, die nach Thailand reisen, gezielt auf das Risiko von Dengue-Infektionen und geeignete Schutzmaßnahmen hinzuweisen.

Mitteilung aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de).

**Hinweis:** Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch!

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](http://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