



Epidemiologisches Bulletin

31. Oktober 2008 / Nr. 44

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation der Hepatitis A in Deutschland im Jahr 2007

Die Hepatitis A ist eine akute Leberentzündung mit den klinischen Zeichen einer Gelbsucht und einem in der Regel gutartigen Verlauf. Sie wird durch das Hepatitis-A-Virus (HAV) verursacht, das mit dem Stuhl ausgeschieden und durch direkten Kontakt, verunreinigte Nahrungsmittel oder verunreinigtes Trinkwasser übertragen wird. Die Inkubationszeit beträgt zwischen 15 und 50 Tagen. In Ländern mit niedrigem Hygienestandard ist die Durchseuchung schon im Kindesalter sehr hoch. In Europa und Nordamerika kam es in den letzten Jahrzehnten zu einem kontinuierlichen Rückgang der Erkrankungshäufigkeit, so dass hier immer weniger Jugendliche und Erwachsene eine Immunität besitzen. Eine Schutzimpfung steht zur Verfügung.

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 937 Hepatitis-A-Erkrankungen an das RKI übermittelt, das ergibt im bundesweiten Durchschnitt eine Inzidenz von 1,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen ist im Vergleich zum Vorjahr 2006 (n=1.229) deutlich gesunken (-23,8%).

Im Jahr 2007 wurde in 63% der Fälle kein ausländisches Infektionsland angegeben, sondern die Infektion wahrscheinlich in Deutschland erworben (2006: 65%). Das mit Abstand am häufigsten genannte ausländische Infektionsland war die **Türkei** (12% der Nennungen). Die altersspezifische Inzidenz der Hepatitis A in Deutschland war 2007 weiterhin bei Kindern von 5 bis 9 Jahren am höchsten. Im Jahr 2007 wurden zwei bestätigte Todesfälle im Zusammenhang mit Hepatitis-A-Infektionen übermittelt. Betroffen waren eine 61-jährige Frau und ein 14-jähriges Mädchen.

Große Ausbrüche wurden 2007 nicht registriert. Es wurden 66 **Häufungen von Hepatitis-A-Erkrankungen** übermittelt; sieben davon betrafen fünf oder mehr Erkrankte. Die Gesamtzahl der Fälle, die Häufungen zugeordnet wurden, betrug 195; dies entspricht 21% der Fälle mit Referenzdefinition (2006: 21%). Die größten beschriebenen Häufungen waren ein Ausbruch unter neun Bewohnern eines Asylbewerberheimes sowie ein Ausbruch mit sieben Beteiligten, wovon sich vier Personen offenbar auf einer Türkeireise infiziert hatten und drei weitere Fälle sekundär in einer Schule auftraten, die einer der primär Erkrankten besuchte. Auch bei vier der fünf verbleibenden größeren Häufungen war mindestens einer der Beteiligten nach einer Auslandsreise erkrankt.

Bei 860 (92%) der 937 übermittelten Erkrankungen lagen **Angaben zum Impfstatus** vor. Von diesen waren 820 Erkrankte (95%) ungeimpft. In 39 Fällen

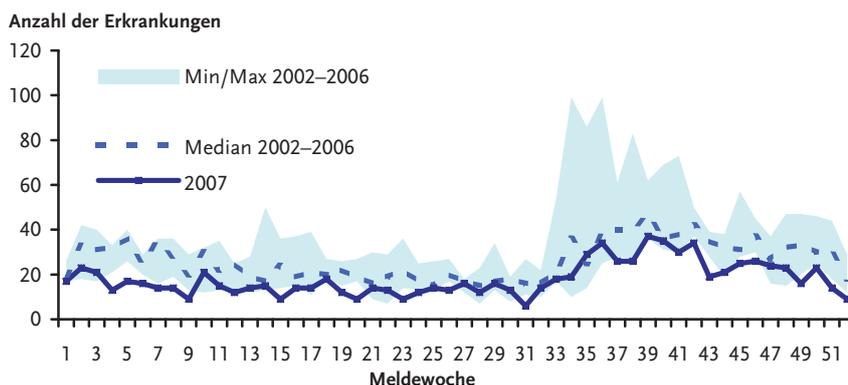


Abb. 1: Dem RKI übermittelte Hepatitis-A-Erkrankungen nach Meldewoche (IfSG-Melddaten), Deutschland, 2007 (n=937), im Vergleich zu den Vorjahren 2002 bis 2006

Diese Woche 44/2008

Hepatitis A:

- ▶ Zur Situation in Deutschland im Jahr 2007
- ▶ Ergebnisse der intensivierten Surveillance 2007–2008

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

41. Woche 2008

(Datenstand:

29. Oktober 2008)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur Situation in der 43. Kalenderwoche



wurde eine Hepatitis-A-Erkrankung trotz Impfung (4-mal zwei oder mehr Impfdosen, sonst jeweils nur eine oder Anzahl unbekannt) angegeben; allerdings erfolgte bei 24 (86 %) von 28 Erkrankten, deren Impf- und Erkrankungsdaten angegeben wurden, die letzte Impfung weniger als 31 Tage vor Erkrankungsbeginn. Bei diesen Fällen ist nicht auszuschließen, dass die Impfung prä- oder postexpositionell zu spät erfolgte.

Quelle: RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2007

Ergebnisse der intensivierten Surveillance für Hepatitis A, 2007 bis 2008

Um über die routinemäßig übermittelten Daten zu meldepflichtigen Hepatitis-A-Virus-Infektionen (HAV-Infektionen) hinaus die in Deutschland auftretenden Fälle epidemiologisch beschreiben und hieraus Empfehlungen für die Prävention ableiten zu können, wurde von der 14. Meldewoche 2007 bis zur 13. Meldewoche 2008 die Surveillance intensiviert. Hierzu sollten auf einem Erhebungsbogen zu jeder gemeldeten HAV-Infektion vom Gesundheitsamt zusätzliche Daten übermittelt werden. Die Dateneingabe und -auswertung erfolgte am RKI. Im Rahmen der virologischen und molekular-epidemiologischen Untersuchung wurden darüber hinaus zu mindestens 10 % der in diesem Zeitraum registrierten Fälle Serumproben aus Laboren gesammelt und Meldefällen zugeordnet. Im Folgenden werden Ergebnisse aus dieser intensivierten Surveillance dargestellt.

In den an der Studie teilnehmenden Bundesländern (alle außer Baden-Württemberg, Hamburg und Bremen) wurden von der 14. Meldewoche 2007 bis zur 13. Meldewoche 2008 1.037 Fälle von HAV-Infektionen übermittelt. Hier- von waren 816 symptomatisch (79 %). Zu 571 (70 %) dieser (symptomatischen) Erkrankungsfälle lagen am Ende der Studie die zusätzlichen Ermittlungsbögen vor; 95 Fälle (12 %) konnten Hepatitis-A-IgM-positiven Seren zugeordnet werden, in denen auch HAV-Genom nachweisbar war. Für die hier präsentierten Ergebnisse wurden aber auch im Studienzeitraum untersuchte Seren ausgewertet, die zu asymptomatischen Infektionen gehörten oder keinem Erkrankungsfall aus den teilnehmenden Bundesländern zugeordnet werden konnten.

Datenqualität: Die Fälle, für die Erhebungsbögen vorlagen, waren der Gesamtheit der übermittelten Fälle in Bezug auf Alter, Geschlecht sowie der Verteilung von Infektionsorten und Erkrankungsdaten sehr ähnlich. Angaben zu Variablen, die aus beiden Datenquellen vorlagen (elektronische Fallübermittlung und Erhebungsbögen), stimmten in 85 bis 95 % der Fälle überein. Patienten, in deren HAV-IgM-positiven Seren HAV-Genom nachweisbar war, hatten mit 26 Jahren einen niedrigeren Altersmedian als die Gesamtheit der Erkrankten (Median: 32 Jahre). Je mehr Symptome für die Patienten übermittelt wurden, desto wahrscheinlicher war auch der Nachweis von HAV-Genom im Serum.

Ergebnisse auf Basis der Erhebungsbögen: Unter den erkrankten Erwachsenen lebten 27 % als Singles, 41 % in Mehrpersonenhaushalten ohne Kinder und 32 % in Haushalten mit (1–6) Kindern. Nur 13 % der erkrankten Kinder und Jugendlichen lebten in Haushalten ohne andere Kinder, die übrigen zusammen mit Geschwistern (1–8, Median: 2). Unter den Erwachsenen waren 5 % professionell in der Zu-

Weiterführende Literatur:

1. RKI: Patientin mit fulminanter Hepatitis A und einer Rift-Valley-Fieber-Infektion nach Kenia-Aufenthalt. *Epid Bull* 2008; 11: 90–91
2. RKI: Neuerungen in den aktuellen Impfpfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI vom Juli 2007. *Epid Bull* 2007; 31: 290–291
3. RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – Stand: Juli 2008. *Epid Bull* 2008; 30: 235–254
4. RKI: Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte: Hepatitis A. Aktualisierte Fassung vom Januar 2008. www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter

Ansprechpartnerin im RKI für Hepatitis A ist Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de).

bereitung von Lebensmitteln tätig. Nicht allein lebende Erwachsene gaben zu 80 % an, zu Hause Lebensmittel zuzubereiten. Berufstätige Erkrankte blieben aufgrund ihrer Erkrankung 2 bis 32 Tage der Arbeit fern (Median: 6 Tage); 46 % wurden für 1 bis 28 Tage stationär im Krankenhaus behandelt (Median: 6 Tage). Ältere Patienten wurden häufiger stationär aufgenommen.

Ein Migrationshintergrund* wurde bei 42 % der Fälle angegeben (79 % der Kinder und Jugendlichen, 19 % der Erwachsenen), jedoch waren 68 % der Migranten in Deutschland geboren. Als Herkunftsgebiet der Migration wurde am häufigsten die Türkei angegeben (49 %), gefolgt von den Ländern des ehemaligen Jugoslawien (11 %), der ehemaligen Sowjetunion (9 %) sowie Süd- und Südostasiens (6 %).

Ein ausländisches Infektionsland wurde bei 44 % der Infektionen angegeben. Dabei ist der Anteil der importierten Infektionen bei Patienten mit Migrationshintergrund unter Kindern und Jugendlichen höher als unter Erwachsenen. Bei Patienten ohne Migrationshintergrund ist dies umgekehrt (s. Tab 1).

Alter	Anteil importiert (%)		
	Patienten mit Migrationshintergrund	Patienten ohne Migrationshintergrund	Gesamt
Kinder u. Jugendliche unter 18 Jahren	73	25	61
Erwachsene	67	30	35
Gesamt	71	29	44

Tab 1: Anteil der importierten Infektionen nach Patientenalter und Migrationsstatus, Daten der intensivierten Surveillance 2007–2008

Die am häufigsten genannten Reiseländer waren die Türkei (36 %), die Länder des ehemaligen Jugoslawien (10 %), Ägypten (7 %), Spanien (6 %) und Pakistan (4 %). Insbesondere unter den Patienten, die sich in der Türkei und den Ländern des ehemaligen Jugoslawien infiziert hatten, waren über drei Viertel Personen mit Migrationshintergrund aus der jeweiligen Region – im Gegensatz hierzu gaben nur 19 % der Personen, die sich in Ägypten infiziert hatten, einen Migrationshintergrund aus Nordafrika an.

* Für folgende Personengruppen mit Wohnsitz in Deutschland wird im Allgemeinen ein „Migrationshintergrund“ definiert: a) zugewanderte Ausländer; b) in Deutschland geborene Ausländer; c) eingebürgerte Ausländer; d) Spätaussiedler; e) Kinder mit mindestens einem Elternteil, das eines der zuvor genannten Merkmale erfüllt. Diese Personen müssen keine eigene „Migrationserfahrung“ haben und leben zum überwiegenden Teil seit ihrer Geburt in Deutschland.

Reisen von längerer Dauer überwogen: 50 % der Patienten mit Reiseanamnese waren 30 Tage und länger verreist gewesen. Eine Mehrheit von 64 % gab als Grund der Reise den Besuch von Familie und Freunden an, 34 % machten sonstigen Urlaub, nur 2 % waren aus geschäftlichen Gründen unterwegs. Entsprechend waren 73 % der Reisenden privat untergebracht, der Rest in Hotels, auf Kreuzfahrtschiffen etc. Erkrankte ohne Reiseanamnese waren statistisch signifikant älter: 31 % waren 60 Jahre oder älter, unter den Personen mit Reiseanamnese nur 8 %.

Bei 64 Fällen gaben die Gesundheitsämter 82 wahrscheinliche *Settings* an, in denen die Infektionsübertragung stattgefunden hatte: Am häufigsten wurde eine Übertragung im Haushalt vermutet (62 %), gefolgt von 18 % sonstigen Familienkontakten und 11 % in Kindergärten und Schulen. In 58 % der Fälle wurden Riegelungsimpfungen durchgeführt (pro Fall 1–150 Personen geimpft, Median: 3), insbesondere im Umfeld von erkrankten Kindern und Jugendlichen. Große Ausbrüche gab es im Beobachtungszeitraum nicht, jedoch wurden neun Cluster mit fünf bis 15 Infektionen übermittelt. Der größte Ausbruch fand im Umfeld einer Schule statt. Der zuerst Erkrankte (Indexfall) in der Schule war vor Erkrankungsbeginn nicht verreist gewesen, jedoch war ein vielfach aus der Türkei importierter Virusstamm für die Infektionen verantwortlich. In vier der acht übrigen Cluster mit fünf bis sieben infizierten Personen waren die zuerst Erkrankten jeweils zuvor verreist gewesen, eine bis vier Personen infizierten sich in Folge.

Ergebnisse der molekularen Epidemiologie: Insgesamt konnten 126 HAV-Isolate sequenziert werden; 73 dieser 126 Isolate gehören zum Genotyp 1B (57,9 %), 36 zum Genotyp 1A (28,6 %) und die restlichen 17 Isolate zum Genotyp 3A (13,5 %). Unter dem Genotyp 1B finden sich die meisten Stämme mit Bezug zur Türkei, dem Nahen Osten und den meisten afrikanischen Regionen, unter dem Genotyp 1A vor allem Stämme aus Osteuropa und Asien, Südamerika sowie dem westlichen Maghreb. Die wenigen Genotyp-3A-Stämme stammen häufig aus Südosteuropa, Zentral- und Südasien. Stämme von Patienten mit Migrationshintergrund, die aber selbst nicht verreist waren, bilden Cluster mit importierten Stämmen aus der jeweiligen Herkunftsregion. Virusstämme von Patienten ohne Reiseanamnese und Migrationshintergrund finden sich über alle Genotypen verstreut und sind untereinander nur selten verwandt.

Insgesamt waren die sequenzierten Virusstämme sehr heterogen und die Mehrzahl (53 %) wurde jeweils nur bei einem Patienten gefunden; 18 % wurden mehrfach bei verschiedenen Fällen gefunden, die sich bereits aufgrund der Surveillance-Daten epidemiologisch verknüpfen ließen. Die restlichen 29 % umfassen Stämme, die meist zwei- bis dreimal gefunden wurden. Am häufigsten (12-mal) wurde ein Stamm nachgewiesen, der mehrere kleine Fallgruppen sowie sporadische Fälle umfasste; mindestens acht dieser Patienten waren nach Türkeireisen an Hepatitis A erkrankt oder hatten einen türkischen Migrationshintergrund.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen: Das Verfahren der intensivierten Surveillance hat in Bezug auf die in Deutschland neu aufgetretenen Hepatitis-A-Fälle – nicht zuletzt auf Grund des hohen Rücklaufes an gut ausgefüllten Erhebungsbögen und Seren – zu einigen interessanten Ergebnissen geführt. Von besonderer Bedeutung sind sicher die Erkenntnisse, dass die „importierten“ Infektionen besonders häufig auf langen Auslandsreisen mit Unterbringung in privaten Unterkünften und engem Kontakt zu Einheimischen erworben werden. Jedoch treten auch Erkrankungen bei Personen auf, bei denen Reiselänge und -ort auf einen Pauschalurlaub schließen lassen. Bei vielen Patienten, die nicht verreist waren, vermuten die Gesundheitsämter eine Übertragung durch andere Personen in demselben Haushalt. Um diese Vermutung zu bestätigen, ist es wichtig, dass derartige Fälle immer auch zu Ausbruchsherden verknüpft werden. Sowohl bei den importierten als auch bei den autochthonen Fällen sind Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere Kinder und Jugendliche, überproportional häufig betroffen.

Die molekulare Epidemiologie der untersuchten Virusstämme spiegelt stark die endemische Verbreitung bestimmter Virussubtypen in einzelnen Weltregionen wider. Die hohe Heterogenität der bei Patienten ohne Reiseanamnese gefundenen Viren stärkt die Vermutung, dass viele in Deutschland übertragene Infektionen auf kurz zuvor importierte Infektionen zurückzuführen sind, die Transmissionsketten aber schnell abreißen. In Deutschland dauerhaft endemisch übertragene Stämme sind nicht zu identifizieren.

Die Ständige Impfkommission hat die Empfehlung ausgesprochen, dass sich Reisende in Gebiete, in denen Hepatitis A endemisch ist, unabhängig von Art und Dauer der Reise impfen lassen sollten – eine Empfehlung, die durch die vorliegenden Ergebnisse eindrucksvoll unterstützt wird. Für die überwiegende Zahl der Reisenden, die nach Reisen in die hier beschriebenen Infektionsländer erkrankten, hätte die Impfempfehlung eindeutig gegolten (z. B. für Reisen in die Türkei). Die Tatsache, dass sich weiterhin viele Menschen – vor allem junge und solche mit Migrationshintergrund – infizieren, die lange Reisen mit engem Kontakt zur lokalen Bevölkerung unternehmen, zeigt Schwächen in der Umsetzung der Impfempfehlung auf. Es bedarf also mindestens einer stärkeren Verbreitung der Impfempfehlung für Reisende, vor allem für junge Reisende und Migranten. Eine Reduzierung importierter Infektionen durch die prophylaktische Impfung von Reisenden trägt zudem dazu bei, Folgeinfektionen in Deutschland zu vermeiden.

An dieser Stelle soll allen Mitarbeitern von Gesundheitsämtern und niedergelassenen Laboren, die durch das Ausfüllen von Erhebungsbögen und das Einsenden von Seren maßgeblich zu dem Gelingen dieser Studie beigetragen haben, herzlich gedankt werden.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, FG für Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen (FG 35) federführend erarbeitet von Dr. Christina Frank und Dr. Mirko Faber, die beide als **Ansprechpartner** zur Verfügung stehen (E-Mail: FrankC@rki.de, FaberM@rki.de). Die virologischen Untersuchungen wurden im FG Molekulare Epidemiologie viraler Erreger (FG 15) unter der Leitung von Dr. habil. Eckart Schreier von Dr. Mirko Faber und Mitarbeitern des Fachgebiets durchgeführt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

41. Woche 2008 (Datenstand: 29.10.2008)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.		
	2008			2007			2008			2007			2008			2007	
Baden-Württemberg	122	5.519	6.225	1	58	71	2	274	234	73	3.448	5.062	1	57	100		
Bayern	143	5.969	6.368	6	117	149	21	831	858	154	4.857	6.005	1	81	154		
Berlin	69	2.179	2.077	5	35	13	9	255	156	53	1.012	1.280	1	29	62		
Brandenburg	48	1.866	1.884	2	11	18	7	234	207	30	1.400	1.567	0	9	11		
Bremen	10	392	300	0	2	6	1	25	20	8	234	238	0	5	6		
Hamburg	43	1.519	1.680	1	13	17	0	30	88	22	642	689	0	18	26		
Hessen	51	2.846	3.095	1	11	16	4	84	114	85	2.347	3.713	4	37	65		
Mecklenburg-Vorpommern	44	1.588	1.877	0	8	11	7	197	199	41	974	1.145	1	3	0		
Niedersachsen	105	4.432	4.294	1	113	83	19	527	204	102	3.059	4.259	1	34	32		
Nordrhein-Westfalen	278	12.064	13.408	2	132	184	19	955	809	264	7.185	8.811	3	52	56		
Rheinland-Pfalz	51	2.729	3.012	2	43	42	1	209	269	43	2.140	2.904	0	23	38		
Saarland	19	956	1.109	0	4	2	2	39	40	12	550	947	0	2	5		
Sachsen	136	4.460	4.191	1	81	50	24	678	744	55	2.689	2.584	2	28	72		
Sachsen-Anhalt	43	1.278	1.399	0	8	9	7	362	539	32	1.632	2.351	0	7	25		
Schleswig-Holstein	50	1.997	1.742	1	30	29	1	86	72	22	899	1.198	0	3	13		
Thüringen	41	1.610	1.488	0	10	10	9	544	447	42	1.798	2.315	1	12	25		
Deutschland	1.253	51.404	54.149	23	676	710	133	5.330	5.000	1.038	34.866	45.068	15	400	690		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.		
	2008			2007			2008			2007	
Baden-Württemberg	7	77	80	0	78	95	16	774	951		
Bayern	11	112	101	3	78	83	19	976	1.203		
Berlin	2	73	42	2	51	52	10	592	574		
Brandenburg	2	8	15	0	13	14	1	69	59		
Bremen	0	7	6	0	3	4	1	40	44		
Hamburg	6	41	20	1	21	32	0	75	63		
Hessen	4	82	55	1	53	63	5	266	301		
Mecklenburg-Vorpommern	0	12	9	0	13	10	1	44	46		
Niedersachsen	3	57	75	0	46	43	3	258	410		
Nordrhein-Westfalen	5	167	189	0	130	195	19	786	796		
Rheinland-Pfalz	1	42	31	3	62	86	7	249	288		
Saarland	0	16	9	0	16	16	0	56	59		
Sachsen	0	30	18	1	30	34	3	255	252		
Sachsen-Anhalt	0	18	11	0	18	40	5	134	167		
Schleswig-Holstein	2	20	24	0	16	24	2	165	163		
Thüringen	0	22	20	0	11	24	2	92	121		
Deutschland	43	784	705	11	639	815	94	4.831	5.497		

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,

41. Woche 2008 (Datenstand: 29.10.2008)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
3	174	195	78	15.653	10.834	27	4.597	3.295	15	489	473	0	62	81	Baden-Württemberg
10	395	439	163	16.885	14.494	50	7.326	5.603	13	810	493	2	45	85	Bayern
2	101	129	72	5.861	6.019	10	2.047	1.879	2	315	214	0	58	106	Berlin
3	136	148	124	7.614	6.073	7	4.008	3.575	4	114	53	1	22	53	Brandenburg
0	16	18	1	753	869	3	343	286	0	25	13	0	8	10	Bremen
7	68	82	17	3.517	4.442	7	1.870	1.042	4	100	108	0	12	18	Hamburg
7	189	196	42	9.041	8.082	8	2.606	2.211	7	243	210	2	27	39	Hessen
2	63	101	61	7.547	4.347	16	4.239	3.242	3	123	86	2	45	63	Mecklenburg-Vorpommern
8	323	432	57	15.706	8.686	21	5.884	3.403	3	217	135	6	111	107	Niedersachsen
13	481	605	157	33.820	27.146	55	11.403	7.641	10	611	544	1	130	227	Nordrhein-Westfalen
4	196	212	47	8.369	7.741	6	3.366	2.539	5	190	171	0	13	76	Rheinland-Pfalz
0	34	58	9	2.656	696	8	627	533	0	33	26	0	2	7	Saarland
10	498	579	234	15.902	9.048	48	10.432	7.359	5	268	181	8	97	158	Sachsen
3	192	283	84	6.787	5.228	13	4.233	3.157	0	92	76	0	28	24	Sachsen-Anhalt
4	166	152	14	6.127	2.943	7	2.251	980	3	68	57	0	5	4	Schleswig-Holstein
9	344	384	139	10.208	5.316	33	5.411	3.176	3	65	53	0	27	26	Thüringen
85	3.376	4.013	1.299	166.446	121.964	319	70.643	49.921	77	3.763	2.893	22	692	1.084	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
1	36	45	0	383	17	5	429	506	Baden-Württemberg	
0	64	43	1	303	116	8	497	533	Bayern	
1	18	15	0	29	7	2	217	224	Berlin	
0	14	11	0	5	1	0	64	83	Brandenburg	
0	3	0	0	6	1	0	28	51	Bremen	
0	3	5	0	2	2	2	137	135	Hamburg	
1	21	20	0	36	12	4	335	383	Hessen	
0	12	10	0	6	1	1	41	85	Mecklenburg-Vorpommern	
0	29	27	0	15	32	4	276	303	Niedersachsen	
1	91	87	0	49	249	12	908	1.024	Nordrhein-Westfalen	
0	20	17	0	37	7	6	168	196	Rheinland-Pfalz	
0	3	3	0	10	0	2	37	70	Saarland	
0	15	23	0	3	1	0	141	119	Sachsen	
0	7	15	0	1	1	0	105	140	Sachsen-Anhalt	
0	11	13	0	7	5	2	67	89	Schleswig-Holstein	
0	9	15	0	14	0	2	93	79	Thüringen	
4	356	349	1	906	452	50	3.543	4.020	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

41. Woche 2008 (Datenstand: 29.10.2008)

Krankheit	41. Woche 2008	1.–41. Woche 2008	1.–41. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	4	140	329	375
Brucellose	1	20	17	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	76	82	99
Dengue-Fieber	2	216	218	264
FSME	7	237	214	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	50	37	44
Hantavirus-Erkrankung	3	203	1.517	1.688
Hepatitis D	0	5	6	9
Hepatitis E	0	80	64	73
Influenza	6	14.075	18.745	18.898
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	114	67	93
Legionellose	10	384	440	532
Leptospirose	2	47	133	166
Listeriose	8	230	284	356
Ornithose	0	19	9	12
Paratyphus	1	62	62	72
Q-Fieber	7	322	75	83
Trichinellose	0	1	10	10
Tularämie	0	13	9	20
Typhus abdominalis	2	56	40	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur Situation bei ARE/Influenza in der 43. Kalenderwoche

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de/agi> (Arbeitsgemeinschaft Influenza).

Europa: Kein Land meldete eine erhöhte Influenza-Aktivität. Weitere Informationen unter <http://www.eiss.org> (European Influenza Surveillance Scheme, EISS).

Aviäre Influenza

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland: Das Friedrich-Loeffler-Institut fasst in seinem Lagebericht vom 22.10.2008 die getroffenen Maßnahmen und weitere Ergebnisse zum Fall von hochpathogener aviärer Influenza A/H5N1 auf einem Geflügelhof in Markersdorf bei Görlitz zusammen. Der gesamte Geflügelbestand des betroffenen Betriebes wurde kurz nach Bestätigung des Ausbruchs am 10.10.2008 getötet. Der vom Landkreis Görlitz eingerichtete Sperrbezirk (3 km) bleibt bis auf Weiteres bestehen. Weitere Informationen unter <http://www.fli.bund.de> (Friedrich-Loeffler-Institut).

International: In Europa wurden keine H5N1-Ausbrüche bei Geflügel oder Wildvögeln gemeldet. Informationen zum außereuropäischen Geschehen unter http://www.oie.int/eng/info_ev/en_AI_avianinfluenza.htm (World Organisation for Animal Health).

Aviäre Influenza bei Menschen

International: Seit Mitte September 2008 wurden keine neuen Fälle von H5N1-Infektionen von der WHO gemeldet (Stand 10.09.08: 387 Fälle, davon 245 (63%) tödlich verlaufen). Weitere Informationen unter http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 43. Kalenderwoche 2008 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (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: 030.18754-2328
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