



Epidemiologisches Bulletin

11. Juni 2012 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Anstieg von Adenovirus-Konjunktivitiden in Deutschland (2011/2012)

Adenoviren sind die häufigsten Erreger von viralen Konjunktivitiden. Bei der Adenovirus-Konjunktivitis handelt es sich um eine hoch ansteckende Augenentzündung. Sie wird direkt (durch Kontakt und Tröpfcheninfektion) und indirekt (über kontaminierte Gegenstände, wie verunreinigte Instrumente, Tropfpipetten oder Handtücher) von Mensch zu Mensch übertragen.

Es gibt verschiedene Serotypen, die unterschiedliche Krankheitsbilder verursachen können. Der Erreger ist sehr umweltresistent und kann bei Zimmertemperatur auf Gegenständen u. U. über Wochen infektiös sein.

Die **Inkubationszeit** beträgt 5–12 Tage. Eine Ansteckung ist möglich, solange das Virus in Sekreten nachweisbar ist, in der Regel während der ersten 2 Wochen der Erkrankung.

Das **klinische Bild** ist durch einen plötzlichen Beginn mit Rötung, Bindehautchemosis, Lid-schwellung sowie präaurikulärer Lymphknotenschwellung gekennzeichnet. Subjektive Beschwerden sind Fremdkörpergefühl, Lichtscheu, Juckreiz und Tränenfluss. Im weiteren Verlauf kann es zur Beteiligung der Kornea in Form einer Keratokonjunktivitis superficialis punctata sowie zu Hornhautinfiltraten kommen. Als Spätfolgen können charakteristische Hornhauttrübungen, sogenannte Nummuli, auftreten, die das Sehvermögen langfristig beeinträchtigen können.

Eine **Meldepflicht** besteht bei der Adenovirus-Konjunktivitis für die laborbestätigten Fälle (Falldefinition: s. Literatur). Da eine Labordiagnostik häufig nicht durchgeführt wird, ist mit einer Untererfassung der Fälle zu rechnen.

Seit dem letzten Quartal 2011 ist es zu einem erheblichen Anstieg der dem Robert Koch-Institut (RKI) übermittelten Erkrankungszahlen an Adenovirus-Konjunktivitiden gekommen. Dieser Anstieg hat sich auch Anfang des Jahres 2012 fortgesetzt (s. Abb. 1, S. 216).

In dem Zeitraum zwischen der 46. Woche 2011 und der 12. Woche 2012 wurden insgesamt 600 erkrankte Personen an Adenovirus-Konjunktivitiden an das RKI übermittelt (Datenstand: 2. Mai 2012). Im Vergleich dazu traten 101 Fälle in dem entsprechenden Zeitraum von 2010 bis 2011 auf. In dem gleichen Zeitraum von 2009 bis 2010 waren es 99 Fälle.

Dabei fiel auf, dass in den Jahren 2007 bis 2009 überwiegend sporadische Fälle auftraten, während seit dem Jahr 2010 gleichermaßen die Zahl sporadischer Fälle als auch die Zahl der Fälle in Ausbrüchen angestiegen ist. Ein großer Teil der erhöhten Fallzahlen im Winter 2011/2012 lässt sich durch 3 große Ausbrüche in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (n=209), Baden-Württemberg (n=114) und Niedersachsen (n=40) erklären, die von Augenkliniken ausgegangen sind. Aber wie in Abbildung 1 sichtbar, gibt es auch einen Anstieg von sporadischen Fällen in dieser Zeit. Aus den Meldedaten ist erkennbar, dass der Anstieg von sporadischen Fällen in einigen Bundesländern, z. B. Hessen, Hamburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Niedersachsen, besonders deutlich war.

Wie in den Vorjahren sind die Inzidenzen in der Altersgruppe der unter 5-Jährigen hoch. In den letzten Monaten 2011 und Anfang 2012 sind aber auch ältere Personen betroffen (s. Abb.2, S. 216).

Derzeit deutet sich ein Rückgang der Erkrankungszahlen an, auch unter Berücksichtigung einer mathematischen Modellierung des Meldeverzugs.

Diese Woche

23/2012

Adenovirus-Konjunktivitis

Zunahme der gemeldeten Fälle und Präventionsmaßnahmen

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen März 2012
- ▶ Aktuelle Statistik 20. Woche 2012



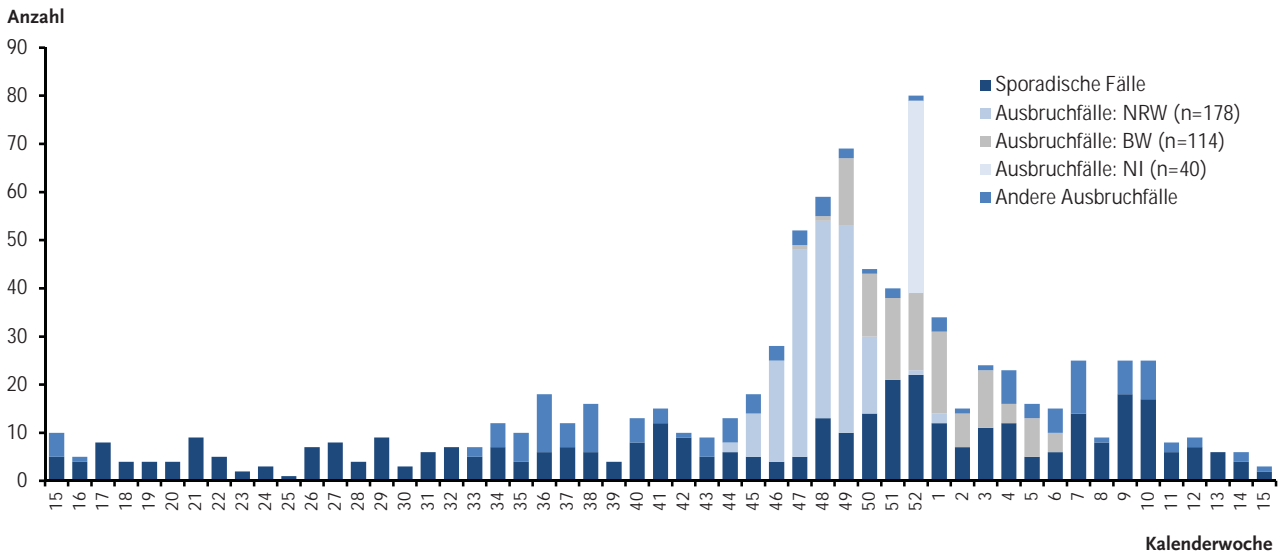


Abb. 1: Anzahl übermittelter Adenovirus-Konjunktivitiden nach Woche des Erkrankungsbeginns, Deutschland, 15. KW 2011 bis 15. KW 2012 (n=871, nur Fälle mit bekanntem Erkrankungsbeginn). NRW = Nordrhein-Westfalen, BW = Baden-Württemberg, NI = Niedersachsen.

Die Krankheit ist selbstlimitierend, verursacht aber durchaus längere Arbeitsunfähigkeit. Die Evidenz zur Wirksamkeit therapeutischer Ansätze ist begrenzt, deshalb kommt der Prävention eine Schlüsselrolle zu. Dazu ist die Einhaltung strenger Hygienemaßnahmen nötig. Wir möchten daher zur Vermeidung weiterer Ausbrüche die Aufmerksamkeit der Ärzte und Patienten auf die Einhaltung strikter Hygienemaßnahmen richten (s. auch RKI-Ratgeber für Ärzte: Keratokonjunktivitis epidemica und andere Konjunktivitiden durch Adenoviren; unter <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber für Ärzte), die wir hier noch einmal kurz zusammenfassen wollen:

Um iatrogene Übertragungen von Pathogenen zu vermeiden, müssen immer die Regeln der Standardhygiene eingehalten werden. Dazu gehört, dass sich medizinisches Personal vor und nach jeder Untersuchung oder Behandlung am

Auge die Hände desinfiziert (<http://www.rki.de> > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der KRINKO > Infektionsprävention in Pflege, Diagnostik und Therapie > Empfehlungen zur Händehygiene), die sichere Aufbereitung von Medizinprodukten (<http://www.rki.de> > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der KRINKO > Reinigung, Desinfektion, Sterilisation > Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten) und der sachgerechte, hygienisch einwandfreie Umgang mit Arzneimitteln.

Bei Verdacht oder Nachweis von Adenovirusinfektionen müssen diese Maßnahmen ergänzt werden:

Präventionsmaßnahmen

Hände- und Flächendesinfektion: Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Adenovirusinfektion müssen viruzide Händedesinfektionsmittel verwendet werden. Das Tragen medizinischer Schutzhandschuhe bietet eine zusätzliche mechanische Barriere gegen Übertragungen (Handschuhe nach jedem Patienten werfen). Für kontaminierte Oberflächen, z. B. Pflegehilfsmittel, Türgriffe, Wasserarmaturen, muss eine effiziente Flächendesinfektion durch Mittel mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit erfolgen. Kontaminierte Textilien, insbesondere Handtücher, sind maschinell mit einem thermischen (90°C, 10 Minuten) bzw. mit einem chemothermischen Desinfektionswaschverfahren mit dem Wirkungsbereich AB (s. Literatur) zu waschen.

Instrumentendesinfektion: Medizinische Instrumente sind Medizinprodukte und entsprechend aufzubereiten. D. h. sie sind unmittelbar nach dem Gebrauch zu reinigen und müssen ggf. zerlegt werden, damit alle kontaminierten Oberflächen für das Desinfektionsverfahren zugänglich sind.

Geeignete Desinfektionsmaßnahmen sind die Anwendung eines thermischen Desinfektionsverfahrens (90°C, 5 Minuten) oder die Anwendung eines Instrumentendesinfektionsmittels mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit.

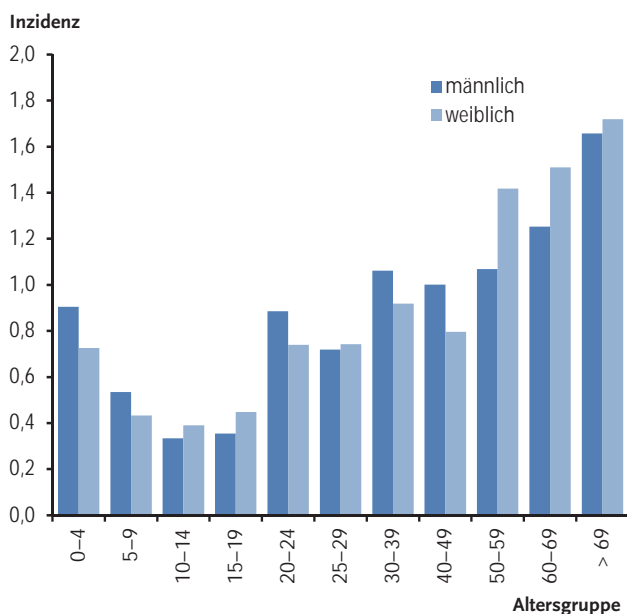


Abb. 2: Übermittelte Adenovirus-Konjunktivitiden pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Deutschland, 1. KW 2011 bis 17. KW 2012

Grundlegende Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten sind in der gemeinsamen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und des BfArM zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ festgelegt (s. oben).

Umgang mit Medikamenten: Tropfflaschen und Augensalben sollen in der Regel nur von einem Patienten benutzt werden. Werden mehrere Patienten mit Präparaten aus dem gleichen Vorratsgefäß behandelt, so muss für jeden Patienten eine eigene Tropfpipette bzw. ein eigener Applikator verwendet werden.

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen: Ärzte sollten Patienten über das Krankheitsbild, über das hohe Risiko von Übertragungen sowie über die präventiven hygienischen Maßnahmen informieren. Erkrankte Personen sollten sorgfältige Händehygiene betreiben und jeglichen Hand-Augen-Kontakt sowie enge Kontakte zu Mitmenschen vermeiden. Hygieneartikel, wie Handtücher und Waschlappen, sollten nur jeweils von einer Person benutzt werden. Erkrankte Personen sollten in der ambulanten Praxis möglichst von den übrigen Patienten getrennt und bei stationärem Aufenthalt isoliert werden.

Ausbrüche: Bei dem Verdacht eines Ausbruchs in Einrichtungen des Gesundheitswesens sollte umgehend der Krankenhaushygieniker informiert werden. Es sollten Ermittlungen zur Infektionsquelle und zu Übertragungsfaktoren durchgeführt und Maßnahmen zur Infektionsprävention eingeleitet werden. Das Geschehen ist dem Gesundheitsamt nach § 6 (3) IfSG und § 11 (2) IfSG als Ausbruch (nicht

namentlich) zu melden. Die frühzeitige Einbindung des Gesundheitsamtes ermöglicht es, Zusammenhänge über die betroffene Einrichtung hinaus zu erkennen und die Betroffenen sachgerecht zu informieren. Auch Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen sind gemäß § 34 Abs. 6 IfSG verpflichtet, dem Gesundheitsamt Ausbrüche anzuzeigen. Die Einhaltung effizienter Hygienemaßnahmen ist in Kindergärten und Schulen in der Regel nicht sicher zu gewährleisten. In Absprache mit dem Gesundheitsamt sollte daher der Abschluss von Erkrankten erwogen werden.

Literatur

1. Adlhoch C, Schöneberg I, Fell G, Brandau D, Benzler J. Increasing case numbers of adenovirus conjunctivitis in Germany, 2010. Euro Surveill. 2010;15(45):pii=19707
2. Heymann DL (ed): Control of communicable diseases manual. 19th edition, (An official report of the American Public Health Association., 2008)
3. RKI: RKI-Ratgeber für Ärzte. Keratoconjunctivitis epidemica und andere Konjunktividen durch Adenoviren. 2010
4. RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2010. Berlin, 2010
5. RKI: Falldefinitionen des RKI zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Ausgabe 2007
6. RKI: Auswertung der bundesweit übermittelten Meldedaten zu Adenovirus-Konjunktividen. Epid Bull 2010; 37: 369–372
7. RKI: Adenovirusausbruch im Ruhrgebiet. Epid Bull 2012; 2: 18
8. RKI: Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 10: 1335–1356
9. RKI: Nachtrag zur Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2012; 55: 588–594

Bericht aus Abteilung für Infektionsepidemiologie sowie der Abteilung für Infektionskrankheiten (FG 14) des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartnerinnen** sind Dr. Yanina Lenz (E-Mail: LenzY@rki.de) und Dr. Gabriele Laude (E-Mail: LaudeG@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: März 2012 (Datenstand: 1.6.2012)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2012		2011		2012		2011		2012		2011		2012		
	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	März	Jan.–März	
Baden-Württemberg	21	70	55	46	95	64	2	8	17	3	8	4	0	0	0
Bayern	49	129	98	42	122	113	2	14	20	0	1	11	0	0	0
Berlin	52	171	167	33	107	111	3	5	7	0	0	4	0	1	1
Brandenburg	7	16	14	4	15	15	0	4	1	0	0	2	2	2	0
Bremen	3	13	7	2	3	3	0	2	6	0	0	0	0	0	0
Hamburg	14	50	46	14	55	56	2	10	10	0	0	0	0	0	0
Hessen	24	61	78	20	57	69	3	6	13	1	2	8	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	6	16	11	5	6	7	0	1	2	0	0	2	0	0	0
Niedersachsen	18	53	59	10	43	40	8	12	2	0	2	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	102	278	230	50	170	194	4	15	26	0	2	10	3	3	0
Rheinland-Pfalz	9	25	11	3	12	15	0	3	3	0	1	4	0	0	0
Saarland	3	8	11	3	6	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	23	47	39	16	30	17	0	2	7	0	0	1	0	0	0
Sachsen-Anhalt	5	19	10	4	6	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	12	24	18	8	28	30	0	2	3	0	1	1	0	0	1
Thüringen	7	16	7	3	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	355	996	861	263	763	764	24	84	117	4	17	48	5	7	2

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

20. Woche 2012 (Datenstand: 6.6.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	82	1.776	1.477	3	31	21	5	95	82	23	402	504	0	15	35
Bayern	86	1.879	1.808	2	70	62	8	206	162	29	562	585	1	31	40
Berlin	38	809	815	1	17	13	5	105	163	9	194	215	0	42	34
Brandenburg	20	521	535	1	11	9	2	82	84	18	221	221	0	2	5
Bremen	11	96	108	0	2	1	0	7	1	1	34	43	0	1	4
Hamburg	15	483	559	2	21	29	0	24	16	9	126	122	0	12	19
Hessen	42	1.060	1.164	2	22	11	0	51	42	18	348	356	0	7	22
Mecklenburg-Vorpommern	14	421	490	0	11	3	4	164	94	8	174	272	0	0	1
Niedersachsen	66	1.221	1.302	1	52	55	8	176	134	43	612	590	0	7	8
Nordrhein-Westfalen	219	4.461	4.404	7	108	62	8	359	255	54	1.341	1.420	0	25	22
Rheinland-Pfalz	51	1.008	1.002	0	37	35	4	62	58	18	354	390	1	8	6
Saarland	13	293	291	0	3	2	1	16	19	3	57	89	0	1	1
Sachsen	58	1.310	1.591	1	40	37	5	294	218	46	524	457	0	9	12
Sachsen-Anhalt	29	428	407	1	15	4	3	157	155	22	338	373	0	3	5
Schleswig-Holstein	6	530	657	0	24	16	0	33	18	1	172	156	0	4	1
Thüringen	30	518	485	0	21	8	4	137	180	26	399	355	0	2	3
Deutschland	780	16.814	17.095	21	485	368	57	1.968	1.681	328	5.858	6.148	2	169	218

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	1	59	57	96	5.324	5.376	104	2.733	3.040	6	235	229	1	12	8
Bayern	11	138	145	130	10.161	7.776	134	3.215	4.703	12	306	303	2	22	18
Berlin	2	24	20	35	2.319	2.257	40	1.514	1.203	7	168	177	3	30	24
Brandenburg	0	33	28	27	3.027	2.562	60	1.314	2.196	1	32	32	1	13	6
Bremen	0	4	3	7	511	409	6	68	221	0	9	5	0	0	1
Hamburg	0	35	18	18	2.044	2.018	22	979	892	3	65	59	0	11	8
Hessen	2	66	66	32	4.183	2.657	32	1.432	1.749	4	100	126	0	21	20
Mecklenburg-Vorpommern	1	20	19	32	2.337	2.354	48	898	2.426	3	48	67	0	21	7
Niedersachsen	2	66	106	62	7.169	4.845	118	1.996	2.825	4	81	66	0	32	21
Nordrhein-Westfalen	10	215	228	126	13.235	13.901	174	4.551	5.999	10	305	263	2	52	39
Rheinland-Pfalz	1	67	52	32	3.461	3.488	61	1.822	1.319	2	63	80	1	7	10
Saarland	1	11	5	7	1.261	868	10	427	271	1	9	11	0	0	0
Sachsen	5	106	130	99	7.058	5.626	86	1.896	7.608	3	107	107	1	20	19
Sachsen-Anhalt	6	71	55	47	4.026	3.023	62	1.471	2.609	2	32	27	0	11	8
Schleswig-Holstein	0	21	35	29	1.858	2.451	13	810	1.019	0	30	30	0	4	2
Thüringen	2	98	95	41	3.976	2.846	70	1.447	2.172	1	26	19	0	16	5
Deutschland	44	1.034	1.062	820	71.950	62.457	1.040	26.573	40.252	59	1.616	1.601	11	272	196

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

20. Woche 2012 (Datenstand: 6.6.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	1	24	23	0	19	16	12	317	282
Bayern	1	33	29	2	38	41	11	399	462
Berlin	1	15	25	0	25	19	5	255	226
Brandenburg	0	7	6	0	3	6	1	32	34
Bremen	0	1	8	0	3	7	1	21	8
Hamburg	0	4	40	2	15	12	3	53	51
Hessen	0	13	16	0	16	35	3	134	133
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	1	0	8	3	1	23	13
Niedersachsen	0	26	30	1	11	23	2	116	115
Nordrhein-Westfalen	2	59	47	1	51	58	7	248	233
Rheinland-Pfalz	1	14	8	0	19	22	5	82	86
Saarland	0	1	3	0	8	9	0	33	28
Sachsen	0	5	7	1	16	19	5	116	107
Sachsen-Anhalt	1	6	8	0	9	12	0	49	56
Schleswig-Holstein	0	1	3	0	3	8	0	61	76
Thüringen	0	5	7	0	6	5	1	45	44
Deutschland	7	218	261	7	250	295	57	1.984	1.954

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
Baden-Württemberg	0	17	21	1	10	389	5	168	221
Bayern	0	26	23	3	38	249	8	253	250
Berlin	1	9	16	2	10	85	5	120	110
Brandenburg	0	3	6	0	1	12	3	30	34
Bremen	0	3	1	0	0	1	0	15	26
Hamburg	0	4	2	1	1	32	5	53	58
Hessen	2	13	15	1	10	87	3	161	182
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	1	0	0	3	2	33	47
Niedersachsen	1	17	18	0	2	34	4	118	132
Nordrhein-Westfalen	2	31	47	0	10	63	12	396	434
Rheinland-Pfalz	1	9	21	1	2	21	2	59	76
Saarland	0	3	2	0	0	6	0	11	22
Sachsen	1	5	7	0	0	17	1	49	47
Sachsen-Anhalt	1	6	3	0	0	0	0	43	43
Schleswig-Holstein	0	4	9	0	2	15	1	33	25
Thüringen	1	5	6	0	0	0	1	33	31
Deutschland	10	157	198	9	86	1.014	52	1.575	1.738

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ 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, Deutschland

20. Woche 2012 (Datenstand: 6.6.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	20. Woche	1.–20. Woche	1.–20. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	10	553	141	674
Brucellose	1	10	3	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	38	46	132
Dengue-Fieber	4	142	113	288
FSME	3	11	30	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	17	52	909
Hantavirus-Erkrankung	95	1.082	50	305
Hepatitis D	0	4	7	16
Hepatitis E	1	110	110	237
Influenza	40	10.447	43.582	43.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	131	120	271
Legionellose	5	149	176	639
Leptospirose	1	7	11	51
Listeriose	8	111	109	338
Ornithose	0	6	8	16
Paratyphus	0	18	20	58
Q-Fieber	5	79	188	286
Trichinellose	0	1	1	3
Tularämie	0	4	7	17
Typhus abdominalis	4	22	22	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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, Lepra, 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 Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

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-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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