



Epidemiologisches Bulletin

2. März 2009 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Dengue-Fieber: Aktuelle Inzidenzdaten für Thailand

Dengue-Viren gehören zu den weltweit wichtigsten durch Arthropoden übertragenen humanpathogenen Flaviviren. Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung lebt in Dengue-Risikogebieten. Dengue-Infektionen werden durch vier Typen des Dengue-Virus verursacht. Die Infektion mit einem Serotyp hinterlässt eine lebenslange serotypspezifische Immunität, während die Kreuzprotektion gegen andere Serotypen nur wenige Wochen oder Monate anhält. Die Infektion kann sowohl asymptomatisch verlaufen als auch ein breites Spektrum an klinischen Manifestationen hervorrufen. Der Großteil der Infektionen verläuft asymptomatisch bzw. weist leichtere Verläufe auf wie akute fieberhafte Erkrankungen mit Kopf- und Gliederschmerzen oder Hautausschlag. Die schweren, zum Teil tödlichen Verlaufsformen mit erhöhter Kapillarpermeabilität und Blutungen (Dengue-hämorrhagisches Fieber) sowie Kreislaufversagen (Dengue-Schocksyndrom) treten überwiegend bei erneuter Infektion und vor allem in Südostasien bei Kindern und Jugendlichen auf. Es steht kein Impfstoff zur Verfügung. Die gegenwärtig wichtigste Präventionsmaßnahme besteht in der Vermeidung von Übertragungen des Virus durch Mücken (z. B. Repellents).

Das Zentrum für Epidemiologische Daten des thailändischen Gesundheitsministeriums hat Surveillance-Daten zu Dengue-Infektionen im Jahr 2008 im Internet publiziert (<http://203.157.15.4/surdata/disease.php?ds=66>). Die Tabellen mit den Daten sind in englischer Sprache erstellt, jedoch leider nur in der Landessprache kommentiert. In Thailand werden sowohl hospitalisierte als auch nichthospitalisierte an Dengue-Fieber erkrankte Personen auf der Basis einer klinischen Diagnose von behandelnden Ärzten gemeldet. Jedoch ist die Melde-Compliance von ambulanten Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten schlechter als die von Krankenhäusern, so dass überwiegend hospitalisierte und damit Personen mit schwereren Krankheitsverläufen übermittelt werden (persönliche Mitteilung: Dr. Ole Wichmann, Pediatric Dengue Vaccine Initiative, Seoul). Damit erklärt sich die relativ hohe Zahl an Dengue-hämorrhagischem Fieber (DHF, insgesamt 51.562 gemeldete Fälle) und Dengue-Schocksyndrom (DSS, insgesamt 1.521 gemeldete Fälle) im Vergleich zu dem klassischen Dengue-Fieber mit mildem Verlauf (DF, insgesamt 36.943 gemeldete Fälle).

% Fälle an Gesamtfällen

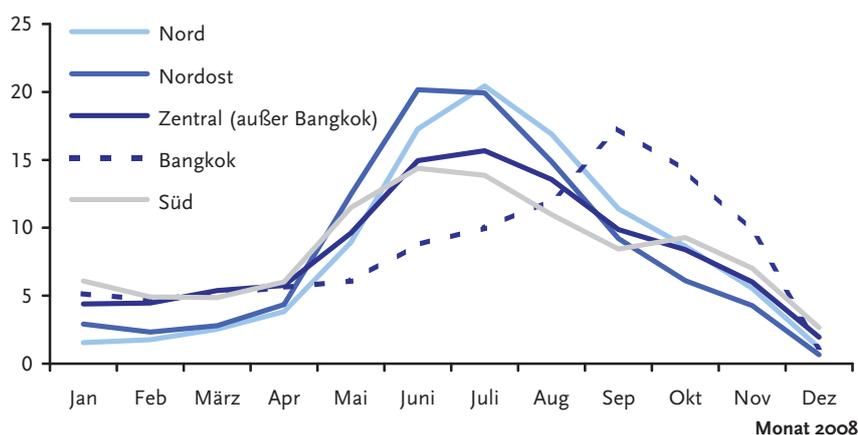


Abb. 1: Dengue-Infektionen (DF+DHF+DSS) in fünf Regionen nach Monat, Thailand 2008

Diese Woche

9/2009

Dengue-Fieber

Aktuelle Inzidenzdaten für Thailand

Norovirus-Erkrankungen

Lebensmittelbedingter Ausbruch unter Besuchern einer Kantine

Veranstaltungshinweise

- ▶ Bad Honnef-Symposium 2009
- ▶ Frühjahrstagung der Sektion Antimykotische Chemotherapie der PEG
- ▶ XIV. Symposium Reise- und Impfmedizin des Auswärtigen Amtes

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

6. Woche 2009

(Datenstand: 25. Februar 2009)

ARE/Influenza, aviäre Influenza

Zur Situation in der

8. Woche 2009



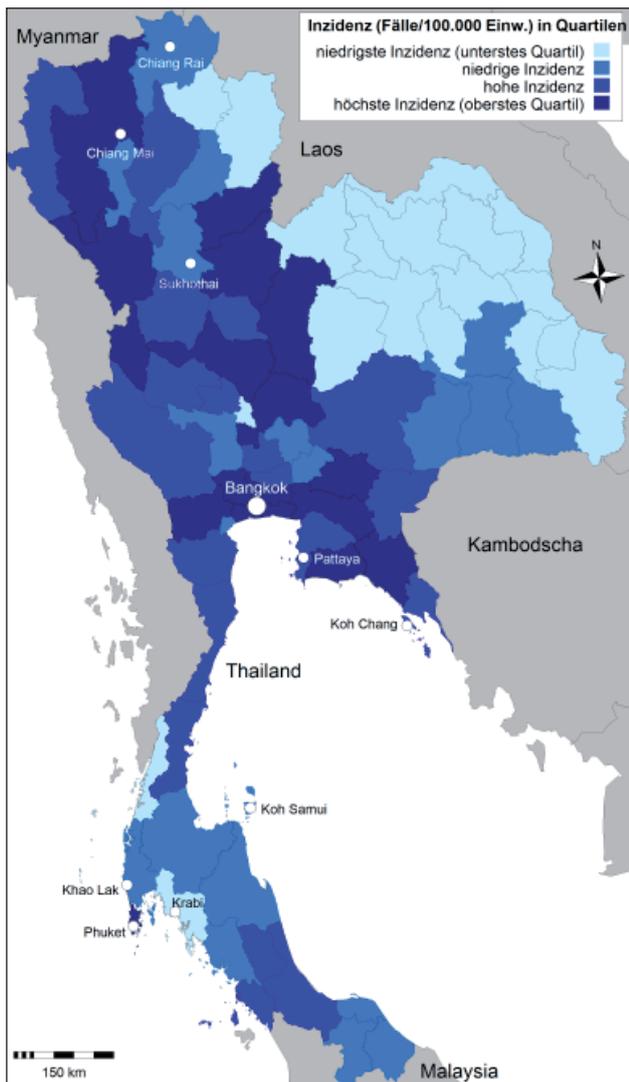


Abb. 2: Gesamtmeldeinzidenz von Dengue-Infektionen (DF + DHF + DSS) nach Provinzen – Bangkok sowie einige wichtige Touristenorte sind eingezeichnet, Thailand 2008

Dennoch erlauben diese Daten einen interessanten Einblick in die regionale und saisonale Inzidenz von Denguevirus-Infektionen, zudem 2008 zumindest unter deutschen Auslandsreisenden die Anzahl der in Thailand erworbenen Dengue-Infektionen wieder stark anstieg (82 Fälle 2008, im Vergleich zu jährlich 21–44, durchschnittlich 33 Fällen, in den Jahren 2003–2007). Auch wenn mangels Vergleichsdaten unklar ist, wie typisch die Verteilung der Inzidenz im Jahr 2008 für andere Jahre in Thailand ist, geben diese Daten doch Anhaltspunkte für eine Abschätzung des Dengue-Risikos bei geplanten Thailand-Reisen.

Abbildung 1 (S. 79) zeigt den zeitlichen Verlauf der Epidemie, die nach niedrigen Fallzahlen im Januar bis April im Juni in den südlichen Landesteilen ihren Höhepunkt erreichte, etwas später in Zentralthailand und im Norden, und erst im September in der Stadtprovinz Bangkok. Abbildung 2 stellt die Meldeinzidenz nach Provinz jeweils in Quartilen des Inzidenzspektrums dar. Unter den Haupttourismusregionen Thailands waren insbesondere **Phuket** sowie die Regionen um **Chiang Mai** und **Bangkok** stark betroffen.

Die Daten aus dem Jahr 2008 sind sicherlich nur bedingt prädiktiv für andere Jahre, können für die individuelle reisemedizinische Beratung jedoch wertvoll sein. Sie machen deutlich, dass auch die Haupttouristengebiete und die Stadt Bangkok saisonal stark von Dengue betroffen sein können und dass für Thailandreisende, insbesondere im Sommer und Herbst, eine Vektorprophylaxe von hoher Bedeutung ist. Nach Presseberichten rechnet das thailändische Gesundheitsministerium für das Jahr 2009 mit einer wiederum hohen Inzidenz von Dengue, da die Fallzahlen im Januar 2009 bereits die von Januar 2008 übertreffen.

Mitteilung aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI.

Ansprechpartnerin ist Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de).

Hinweis: Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch!

Noroviren: Zu einem lebensmittelbedingten Ausbruch unter Besuchern einer öffentlichen Kantine

Zwischen dem 22. und 24.08.2007 erkrankten in Kassel vier Mitarbeiter eines größeren Arbeitgebers A an einer Gastroenteritis. Sie besuchten in den Tagen vor ihrer Erkrankung gemeinsam mehrfach eine öffentlich zugängliche Kantine. In dieser Kantine werden an Wochentagen täglich 300 bis 350 Essen ausgegeben. Kantinebesucher sind überwiegend Mitarbeiter des Arbeitgebers A, der über 1.500 Personen beschäftigt.

Nachdem am 24.08. weitere Erkrankungen unter Besuchern der gleichen Kantine bekannt wurden, erfolgte am selben Tag eine Begehung der Kantine durch das Gesundheitsamt und das Veterinäramt. Es konnten keine gravierenden Mängel festgestellt werden. Im Zuge der Begehung ordnete das Veterinäramt eine Reinigung und Grunddesinfektion der Küche an und sammelte die nur unvollständig vorhandenen Rückstellproben vom 22.08. ein. Bis zum 29.08. erfuhr das Gesundheitsamt von insgesamt 29 an einer Gastroenteritis erkrankten Kantinebesuchern. Am selben Tag wurde dem Gesundheitsamt mitgeteilt, dass drei von sechs

mittels PCR untersuchten Proben von Kantinebesuchern positiv für Noroviren waren. Zuvor waren 14 Stuhlproben im ELISA negativ auf Noroviren getestet worden.

Zur Bestätigung der Hypothese eines lebensmittelbedingten Ausbruchs wurde die Durchführung einer retrospektiven Kohortenstudie beschlossen. Hierzu wurde ein Fragebogen mit Angaben zur Person, zu Symptomen und Beginn der Symptome, Kantinebesuch und ggf. dort verzehrten Speisen für den Zeitraum 20.–30.08.2007 erstellt. Da ein Großteil der Mitarbeiter von Arbeitgeber A einen PC-Arbeitsplatz hat, wurde dieser Fragebogen am 31.08. als Formular den entsprechenden Mitarbeitern per E-Mail zugesandt. Mitarbeiter des Arbeitgebers A konnten den Fragebogen am PC ausfüllen und umgehend per E-Mail zurückschicken. Nach der für diesen Ausbruch zunächst verwendeten Falldefinition wurde als „erkrankt“ jeder Mitarbeiter des Arbeitgebers A betrachtet, der zwischen dem 20.08. und dem 30.08. an Erbrechen oder mindestens zwei der folgenden Symptome litt: Übelkeit, Bauchschmerzen,

Durchfall oder Fieber. Weitere Auswertungen wurden für am 22. oder 23.08. und am 23. oder 24.08.2007 Erkrankte durchgeführt.

Weiterhin wurden Stuhlproben vom gesamten Küchenpersonal angefordert und mittels PCR untersucht. Eine zuerst eingesandte Probe des Küchenchefs enthielt kein Material. Eine zweite Probe vom 28.08. war Norovirus-positiv. Ein Küchenlehrling erkrankte mit Symptomen, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Norovirus-Infektion zurückzuführen waren. Er hatte in der Nacht vom 21. zum 22.08. erbrochen und war in der Küche am 22.08. kollabiert. Somit wurde das Beschäftigungsverbot nach §42 IfSG nicht beachtet. Von ihm konnten keine Proben untersucht werden. Alle anderen Untersuchungsergebnisse von Küchenmitarbeitern waren negativ. Die Rückstellproben vom 22.08. wurden nicht auf Noroviren untersucht. Weitere Untersuchungen (Tupferproben auf Salmonellen und Noroviren, Rückstellproben auf Gesamtkeimzahl, Staphylokokken-Enterotoxine) waren unauffällig.

Zur Auswertung standen 640 Fragebögen zur Verfügung, d. h. ca. 36 % der Mitarbeiter beantworteten den Fragebogen. Es fand sich ein klarer Zusammenhang zwischen dem Besuch der Kantine und einer Erkrankung: 85 % der Erkrankten (52/61) aber nur 14 % der Nichterkrankten (76/553) hatte die Kantine am 21. und/oder 22.08. besucht (RR: 19,7; 95% KI: 10–39). Im nächsten Schritt wurde untersucht, inwieweit das mit einem Kantinenbesuch assoziierte erhöhte Erkrankungsrisiko auf einzelne Tage eingegrenzt werden konnte. Es fand sich für die am 22. oder 23.08. erkrankten Mitarbeiter ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit einem Kantinenbesuch am 21.08. Für Mitarbeiter mit Erkrankungsbeginn am 23. oder 24.08. fand sich ein erhöhtes, aber statistisch nicht signifikantes Risiko für einen Kantinenbesuch am 21. und 22.08. Im nächsten Schritt wurde versucht, das Infektionsrisiko auf einzelne Speisen einzugrenzen. Von den 52 insgesamt erkrankten Kantinenbesuchern hatten 40 Personen am 21.08. vegetarisch (Tomatenmozzarella und/oder Joghurtcreme; n=23) und/oder am 22.08. Salat bzw. Obst (n=27) gegessen. Die restlichen 12 Erkrankten hatten Menü 1 oder 2 am 21. und/oder 22.08. gegessen und keine Angaben zum Verzehr des dazu gereichten Beilagensalates gemacht.

Insgesamt zeigte die epidemiologische Aufarbeitung einen klaren Zusammenhang zwischen dem Besuch der Kantine und einer Erkrankung. Das Ausbruchsvehikel waren vermutlich mehrere ungegarte Speisen, die am 21. und/oder 22.08. serviert wurden. Eine Kontamination der Speisen erfolgte möglicherweise durch die Küchenmitarbeiter. Während der Besuch der Kantine mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit als Infektionsrisiko anzusehen ist, konnten einzelne Speisen bzw. Tage nicht mit der selben Sicherheit identifiziert werden. Hier sind mögliche Erklärungen, dass Kantinenbesucher regelmäßig wiederkommen und bestimmte konstante Verzehrgewohnheiten (z. B. Verzehr vegetarischer Menüs) haben, aber auch, dass Küchenmitarbeiter mehrere der an einem Tag angebotenen Speisen bzw. an mehreren Tagen angebotene Speisen kontaminiert haben. Für letzteres spricht die Kohortenstudie mit dem Zusammenhang zwischen Erkrankungsdatum und Datum des Kantinenbesuchs. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in der Küche nur wenige Personen tätig waren, die jeweils mehrere Speisen herstellten. Sehr unwahrscheinlich ist ebenfalls eine Ansteckung in der Kantine unabhängig vom Speisenverzehr. Keiner der persönlich befragten Kantinenbesucher berichtete über besondere Ereignisse (z. B. das Erbrechen eines Kantinenbesuchers).

Die Versendung der Fragebögen per E-Mail beschleunigte die Datenerfassung und lieferte erste Ergebnisse nur wenige Tage nach dem Versenden der Bögen. Die Beantwortung des Fragebogens durch Bearbeiten eines Formulars erlaubte weiterhin die weitgehend papierfreie epidemiologische Aufarbeitung des Ausbruchs. Zur Auswertung konnten die Formulare in eine Datenbank eingelesen werden. Dadurch konnten der Zeitaufwand für eine Eingabe und mögliche Eingabefehler vermieden werden.

Für diesen Bericht danken wir Dr. Markus Schimmelpfennig, Martin Walter-Dohmes, Tanja Aue, Gesundheitsamt Kassel, sowie Dr. Helmut Uphoff, Jens Fitzenberger und Dr. Anja M. Hauri, Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen. Als **Ansprechpartner** stehen Dr. Schimmelpfennig (E-Mail: Markus.Schimmelpfennig@stadt-kassel.de) und Dr. Uphoff (E-Mail: h.uphoff@hlpug.hessen.de) zur Verfügung.

Veranstaltungshinweise

Bad Honnef-Symposium 2009: Antibiotikaresistenz – Mechanismen der Entstehung, Ausprägung und Ausbreitung

Termin: 6. und 7. April 2009; **Veranstaltungsort:** Königswinter

Wissenschaftliche Leitung: P. Heisig, Hamburg; F. H. Kayser, Zürich; M. Kresken, Rheinbach; P. M. Shah, Frankfurt/Main; E. Straube, Jena; G. Werner, Wernigerode; T. A. Wichelhaus, Frankfurt/Main; B. Wiedemann, Schalby

Information: Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. Geschäftsstelle, Campus Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg von-Liebig-Straße 20, 53359 Rheinbach
Tel.: 02226.908916, Fax: 02226.908918
E-Mail: geschaeftsstelle@p-e-g.org
Internet: <http://www.p-e-g.org/veranstaltungen/315>

Frühjahrstagung der Sektion Antimykotische Chemotherapie

Termin: 8. und 9. Mai 2009; **Ort:** Königswinter, Arbeitnehmerzentrum

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Andreas H. Groll, Prof. Dr. med. Cornelia Lass-Floerl

Themen: Antimykotische Chemotherapie bei hämatologisch-onkologischen Patienten; Micafungin – ein neues Echinocandin; Biofilm und Pilzinfektionen; Studienprojekte

Information: s. o. (Bad Honnef-Symposium 2009)
Internet: <http://www.p-e-g.org/veranstaltungen/316>

XIV. Symposium Reise- und Impfmedizin: Internationale Gesundheit

Termin: 12. und 13. Juni 2009; **Veranstaltungsort:** Auswärtiges Amt, Weltsaal, Werderscher Markt 1, 10117 Berlin

Veranstalter: Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes

Organisation/Anmeldung: RG GmbH, Tel.: 089.89891619
E-Mail: tekin@rg-web.de, Internet: www.rg-web.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

6. Woche 2009 (Datenstand: 25.02.2009)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	75	603	489	2	11	9	4	21	29	18	200	304	1	13	5
Bayern	83	702	518	1	11	12	13	80	108	42	317	396	4	15	5
Berlin	27	163	181	1	8	0	5	32	18	6	37	70	0	2	4
Brandenburg	24	188	142	0	1	1	7	30	26	11	75	94	0	2	1
Bremen	4	16	29	0	0	0	1	1	5	3	11	31	0	0	0
Hamburg	15	138	173	0	1	2	1	4	4	14	97	46	0	3	3
Hessen	42	292	263	0	1	0	2	12	14	25	140	231	3	6	5
Mecklenburg-Vorpommern	12	118	139	0	0	0	2	16	23	7	67	74	0	0	0
Niedersachsen	52	396	423	0	7	3	3	30	18	46	247	391	0	1	4
Nordrhein-Westfalen	149	1.283	1.264	2	16	23	14	91	129	126	638	758	1	7	9
Rheinland-Pfalz	35	256	281	1	8	6	5	24	34	23	153	198	0	2	2
Saarland	13	88	110	1	1	0	0	2	5	6	40	49	0	1	0
Sachsen	63	400	489	0	5	10	8	49	84	36	158	221	0	3	0
Sachsen-Anhalt	18	125	120	0	1	1	5	38	50	16	94	176	0	1	0
Schleswig-Holstein	28	172	199	1	4	2	1	4	6	15	63	101	0	1	0
Thüringen	22	159	167	0	0	0	7	66	79	8	83	180	0	2	1
Deutschland	662	5.099	4.987	9	75	69	78	500	632	402	2.420	3.320	9	59	39

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	5	13	9	3	9	13	18	69	121
Bayern	5	15	19	3	10	7	21	107	157
Berlin	1	10	7	2	6	7	5	56	76
Brandenburg	0	2	1	0	0	1	3	9	14
Bremen	0	2	1	0	1	0	0	1	6
Hamburg	0	1	10	1	2	3	3	10	4
Hessen	2	9	1	0	2	7	9	27	37
Mecklenburg-Vorpommern	1	8	3	0	0	2	3	4	5
Niedersachsen	1	6	13	1	3	9	5	29	33
Nordrhein-Westfalen	4	20	27	4	18	21	18	93	96
Rheinland-Pfalz	1	4	5	2	5	6	6	29	33
Saarland	0	0	6	0	1	4	1	5	6
Sachsen	0	2	3	1	1	0	3	14	32
Sachsen-Anhalt	1	2	2	1	1	3	8	20	11
Schleswig-Holstein	0	6	3	0	5	0	3	17	29
Thüringen	1	4	2	1	1	1	2	20	6
Deutschland	22	104	112	19	65	84	108	510	666

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,

6. Woche 2009 (Datenstand: 25.02.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	
4	18	29	763	5.684	8.163	91	396	920	10	55	53	0	1	11	Baden-Württemberg
4	44	51	1.360	7.282	7.073	191	1.063	1.158	20	81	80	1	6	3	Bayern
0	12	11	430	2.023	3.125	149	566	547	4	32	27	0	5	5	Berlin
3	9	9	420	2.774	3.875	197	757	1.115	2	15	9	0	1	2	Brandenburg
0	2	3	221	608	374	13	55	42	3	8	1	0	0	3	Bremen
0	13	6	244	1.034	1.669	39	191	213	2	7	9	0	2	1	Hamburg
5	27	26	592	3.065	4.334	59	350	547	5	24	33	1	5	4	Hessen
3	12	12	284	1.213	3.358	98	452	840	5	16	21	0	4	4	Mecklenburg-Vorpommern
3	28	43	680	4.825	8.409	158	696	782	5	15	16	1	7	9	Niedersachsen
10	68	72	2.564	13.728	16.708	308	1.428	1.830	14	67	82	3	15	14	Nordrhein-Westfalen
1	17	25	460	2.811	4.455	93	429	722	6	21	26	0	1	3	Rheinland-Pfalz
0	4	5	158	739	1.344	37	129	172	1	5	3	0	1	1	Saarland
7	54	77	690	4.997	6.718	213	770	2.290	9	31	31	0	6	7	Sachsen
2	13	35	522	2.563	2.936	168	535	937	3	13	15	0	0	0	Sachsen-Anhalt
4	18	25	301	1.502	3.233	28	118	351	2	6	4	0	1	1	Schleswig-Holstein
4	26	48	357	2.551	4.828	74	369	1.043	3	15	5	0	5	3	Thüringen
50	365	477	10.046	57.399	80.602	1.916	8.304	13.509	94	411	415	6	60	71	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
0	9	9	1	3	8	11	63	58	Baden-Württemberg	
5	20	13	0	2	12	12	51	75	Bayern	
2	9	4	3	5	12	5	25	40	Berlin	
0	3	2	1	2	2	4	10	7	Brandenburg	
0	1	1	0	0	1	0	10	3	Bremen	
0	1	1	4	29	0	7	25	17	Hamburg	
1	5	3	1	3	6	8	44	48	Hessen	
0	2	3	0	0	5	0	8	7	Mecklenburg-Vorpommern	
0	11	6	0	9	0	6	31	46	Niedersachsen	
2	24	18	11	28	1	24	118	140	Nordrhein-Westfalen	
0	1	3	1	2	0	3	21	24	Rheinland-Pfalz	
0	0	2	0	0	0	2	7	8	Saarland	
0	4	4	0	0	0	0	10	18	Sachsen	
0	2	0	0	0	0	1	12	26	Sachsen-Anhalt	
1	8	0	0	0	1	3	8	4	Schleswig-Holstein	
0	2	2	0	0	0	1	8	16	Thüringen	
11	102	71	22	83	48	87	451	537	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

6. Woche 2009 (Datenstand: 25.02.2009)

Krankheit	6. Woche 2009	1.–6. Woche 2009	1.–6. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	1	16	14	180
Brucellose	0	3	3	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	6	8	119
Dengue-Fieber	3	23	30	273
FSME	0	1	1	288
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	7	5	58
Hantavirus-Erkrankung	0	7	59	243
Hepatitis D	0	0	1	7
Hepatitis E	0	5	13	104
Influenza	4.814	15.496	4.675	14.850
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	27	15	152
Legionellose	12	36	38	517
Leptospirose	1	8	8	66
Listeriose	3	31	36	305
Ornithose	0	2	8	21
Paratyphus	0	6	4	85
Q-Fieber	1	9	8	342
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	1	4	4	15
Typhus abdominalis	1	5	6	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber: Bayern, 49 Jahre, weiblich (Infektionsland Sri Lanka; 31. Meldewoche 2008; 17. Chikungunya-Fall 2008)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur Situation bei ARE/Influenza in der 8. Woche 2009

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist in allen AGI-Regionen weiter zurückgegangen und liegt bundesweit auf einem deutlich erhöhten Niveau. Für die 8. Woche 2009 sind im NRZ in insgesamt 186 Sentinel-Proben 104 Influenzaviren nachgewiesen worden – 50% Influenza-A/H3N2-Viren, 4% A/H1N1-Viren und 46% Influenza-B-Viren. Die Positivenrate lag bei 56%. Der Anteil der Influenza-B-Viren erhöhte sich von 3% in der 3. Woche auf 46% in der 8. Woche. Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de/agi>.

Europa: In der 7. Woche 2009 stieg die Influenza-Aktivität im Osten Europas weiter an, während sie im Westen allmählich zurück ging. Finnland und Kroatien meldeten noch Influenza-Aktivität von hoher Intensität; 24 Länder meldeten mittlere und 10 Länder niedrige Intensität. Weitere Informationen unter <http://www.eiss.org>.

Impfstoffempfehlung für die Saison 2009/10: Die WHO hat ihre Empfehlung für die nördliche Hemisphäre bekanntgegeben. Die Komponenten für Influenza A/H3N2 und A/H1N1 werden beibehalten. Die bisherige Influenza-B-Komponente (Yamagata-Linie) wird ausgetauscht und durch eine B-Komponente aus der Victoria-Linie ersetzt. Ausführliche Informationen unter http://www.who.int/csr/disease/influenza/200902_recommendation.pdf.

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland und International: Zurzeit keine Ausbrüche hochpathogener aviärer Influenza A/H5N1 in Deutschland oder Europa bei Geflügel oder Wildvögeln. Informationen zu aviärer Influenza unter <http://www.fli.bund.de>, zum internationalen Geschehen unter <http://www.oie.int/eng/info>.

Aviäre Influenza bei Menschen

International: Das Gesundheitsministerium in Vietnam hat den Tod der 23-jährigen Frau aus dem Distrikt Dam Ha bekannt gegeben. Sie war seit dem 31.01.2009 im Krankenhaus behandelt worden und starb am 21.02. Damit erhöht sich die Zahl der WHO-bestätigten Todesfälle auf 255 bei 408 bestätigten humanen Fällen von Influenza A/H5N1 seit 2003 (Stand: 24.02.2009). Weitere Informationen unter http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 8. Woche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

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
► Redaktionsassistentin: 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