



Epidemiologisches Bulletin

20. September 2010 / Nr. 37

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Auswertung der bundesweit übermittelten Meldedaten zu Adenovirus-Konjunktivitiden

In den letzten Wochen wurde ein Anstieg der Fallzahlen von Adenovirus-Konjunktivitiden in mehreren Bundesländern beobachtet, der sich nicht allein auf gemeinsame Herde oder epidemiologische Zusammenhänge zurückführen ließ. Eine Auswertung der bis Ende August (Stand: 26.8.2010) an das RKI übermittelten bundesweiten Meldedaten wurde durchgeführt, um eventuelle räumliche oder zeitliche Häufungen zu identifizieren und damit die Ursachensuche zu unterstützen.

Im vergleichbaren Zeitraum des Vorjahres (Datenstand: 26.8.2009) waren bundesweit insgesamt 98 Erkrankungen mit Adenovirus-Konjunktivitis übermittelt worden, 10 dieser Übermittlungen waren mit einer Herdzuordnung in insgesamt 3 Herden verknüpft. Die Infektionen waren bundesweit breit auf Land- und Stadtkreise verteilt, mit den häufigsten Erkrankungen im August. Im Jahr 2008 waren bis 26.8.2008 insgesamt 93 Erkrankte übermittelt worden, davon 23 in 5 Herden. Für Adenovirus-Konjunktivitiden ergaben sich für das jeweilige gesamte Meldejahr 2008 insgesamt 180 Übermittlungen und 169 im Jahr 2009.

Adenoviren verursachen je nach Virustyp unterschiedliche klinische Bilder, die unterschiedliche Organsysteme wie Respirations- oder Gastrointestinaltrakt bzw. die Konjunktivitiden betreffen. Die häufigsten Erreger der Keratokonjunktivitis epidemica sind Adenoviren des Typs 8, 19 oder 37.

Gemäß § 7 IfSG besteht eine Meldepflicht für Labore bei einem direkten Nachweis von Adenoviren im Konjunktivalabstrich. Eine erweiterte Meldepflicht nach Landesverordnung besteht in Sachsen-Anhalt und Thüringen, die das klinische Bild der Keratokonjunktivitis epidemica als Arztmeldung einschließt (www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen).

Die Übertragung der Adenoviren bei Keratokonjunktivitis epidemica erfolgt von Mensch zu Mensch durch kontaminierte Hände oder Gegenstände, sehr oft auch als nosokomiale Infektion. Die Inkubationszeit beträgt zwischen 5 und 12 Tagen, die Dauer der Infektiosität kann allerdings bis zu 3 Wochen sein. Das klinische Bild ist durch einen plötzlichen Beginn mit Rötung, ringförmiger Bindehautschwellung sowie präaurikulärer Lymphknotenschwellung gekennzeichnet. Die Konjunktivitis heilt in den meisten Fällen vollständig aus. Neben der klinischen Diagnostik kann labor diagnostisch ein direkter Nukleinsäure-, Antigen- oder Virusnachweis mittels PCR, Immunoassays oder Zellkultur erbracht werden. Die Therapie ist symptomatisch. Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen sind gutes Hygienemanagement und Desinfektion (s. hierzu auch RKI-Ratgeber Adenovirus-Infektionen: www.rki.de > Infektionskrankheiten von A–Z > Adenovirus-Infektionen).

Zu den Meldefällen im Zeitraum 1.1. bis 26.8.2010

Bis zum 26.8.2010 wurden bundesweit insgesamt 316 Erkrankungen übermittelt mit einem Anteil von 159 Frauen (50,3%). Im Median waren die Betroffenen 41 Jahre alt (Durchschnitt 39,8 Jahre) mit einer Spanne von 0 bis 90 Jahren. Erkrankungen wurden aus allen Bundesländern, insgesamt aus 101 Land- und Stadtkreisen, mit unterschiedlichen Inzidenzen übermittelt. Die höchsten Inzidenzen wurden in Mecklenburg-Vorpommern mit 4,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner festgestellt (s. Abb. 1 und Tab. 1). Die Land- (LK-) bzw. Stadtkreise (SK) mit den höchsten Inzidenzen waren LK Parchim 28,5 Fälle/100.000 Einwohner, LK Müritzkreis 15,2, LK Stendal 14,4 und SK Schwerin 12,6. Bei 258 (81,7%) Übermittlungen wurde ein Infektionsland angegeben, wobei Deutschland (n=251) die häufigste Nennung war. Weitere Länder waren Thailand (3), Portugal (1), Rumänien (1), die Russische Föderation (1) und Ägypten (1). In allen anderen Fällen konnte kein Infektionsland ermittelt werden oder die Angabe fehlte.

Diese Woche

37/2010

Adenovirus-Infektionen

Auswertung der bundesweiten Meldedaten zu Adenovirus-Konjunktivitiden

West-Nil-Virus-Infektionen

Zum Auftreten von Erkrankungen in Europa und im Mittelmeerraum

Hygiene-Preis der Rudolf Schülke Stiftung ausgeschrieben

Enterovirus-Infektionen

Enterovirus-Überwachung in Deutschland

Veranstaltungshinweis

9. Göttinger Forum Krankenhaus- und Kommunalhygiene für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

34. Woche 2010

(Datenstand:

15. September 2010)



Bundesland	Alle Übermittlungen		Fälle * ohne Herd		Übermittlungen mit Herd	
	Anzahl (n=316)	Inzidenz	Anzahl (n=184)	Inzidenz	Anzahl (n=121)	Inzidenz
Baden-Württemberg	14	0,13	12	0,11	0	0,00
Bayern	35	0,28	33	0,26	0	0,00
Berlin	12	0,35	9	0,26	2	0,06
Brandenburg	10	0,40	8	0,32	0	0,00
Bremen	1	0,15	1	0,15	0	0,00
Hamburg	42	2,37	16	0,90	26	1,47
Hessen	3	0,05	3	0,05	0	0,00
Mecklenburg-Vorpommern	77	4,63	25	1,50	52	3,12
Niedersachsen	23	0,29	18	0,23	5	0,06
Nordrhein-Westfalen	10	0,06	10	0,06	0	0,00
Rheinland-Pfalz	14	0,35	11	0,27	0	0,00
Saarland	4	0,39	4	0,39	0	0,00
Sachsen	9	0,21	4	0,10	5	0,12
Sachsen-Anhalt	33	1,39	7	0,29	26	1,09
Schleswig-Holstein	23	0,81	17	0,60	5	0,18
Thüringen	6	0,26	6	0,26	0	0,00

Tab. 1: Anzahl und Inzidenz der an das RKI übermittelten Adenovirus-Konjunktivitis-Meldungen im Jahr 2010 nach Bundesland insgesamt, Fälle* ohne Herdbezug und Übermittlungen mit Herdbezug (Stand: 26.8.2010)

* Gemäß Definition im Text: Beschränkt auf Übermittlungen mit Infektionsland Deutschland oder unbekannt und mit Erkrankung nach dem 01.01.2010 oder unbekannt; Diskrepanz der Zahlen durch Ausschlussbedingungen: Infektionsland und Erkrankung ab 1.1.2010

Beschreibung von Übermittlungen mit Herdzuordnung

Insgesamt wurden 121 Erkrankungen in 14 Herden übermittelt, wobei 2 bis 41 Erkrankungen pro Herd erfasst wurden.

Die Herde waren auf 7 Bundesländer und 17 Land- bzw. Stadtkreise verteilt. Die erkrankten Personen mit Herdzuordnung waren im Median 34 Jahre alt (Durchschnitt 35,2 Jahre) mit einer Spannweite von 0 bis 90 Jahren. Ausbrüche in Kitas sind hierbei für das niedrigere mediane Alter im Vergleich zu allen Übermittlungen verantwortlich.

Die meisten Erkrankungen mit Herdzuordnung wurden in Mecklenburg-Vorpommern (n=52), Hamburg (n=26) und Sachsen-Anhalt (n=26) beobachtet (s. Abb. 1 und Tab. 2).

Beschreibung von Fällen ohne Herdzuordnung

Die Analyse wurde auf Übermittlungen eingeschränkt, für die

1. keine Herdzuordnung angegeben war,
2. das Erkrankungsdatum nach dem 1.1.2010 lag oder keine diesbezügliche Angabe vorhanden war und
3. das Infektionsland Deutschland oder keine diesbezügliche Angabe übermittelt wurde.

Diese Auswahl wird im Folgenden als „Fall“ bezeichnet. Insgesamt entsprachen 184 (58,2%) Fälle diesen Kriterien, 93 Männer und 91 Frauen. Die Personen waren im Median 43 Jahre alt (Durchschnitt 42,8) mit einer Spannweite von 0 bis 84 Jahren. Die Fälle waren über alle Altersgruppen verteilt (s. Tab. 2).

Altersgruppe (Jahre)	Alle Übermittlungen		Fälle * ohne Herd		Übermittlungen mit Herd	
	Anzahl (n=316)	%	Anzahl (n=184)	%	Anzahl (n=121)	%
0–9	66	20,9	19	10,3	47	38,8
10–19	10	3,2	8	4,3	2	1,7
20–29	30	9,5	22	12	7	5,8
30–39	47	14,9	31	16,8	14	11,6
40–49	44	13,9	32	17,4	7	5,8
50–59	40	12,7	27	14,7	11	9,1
60–69	27	8,5	16	8,7	11	9,1
70–79	36	11,4	22	12	13	10,7
≥80	16	5,1	7	3,8	9	7,4

Tab. 2: Anzahl und Anteil der nach Altersgruppen aufgeschlüsselten und an das RKI übermittelten Adenovirus-Konjunktividen insgesamt, Fälle ohne Herd* und Übermittlungen mit Herdzuordnung (Stand: 26.8.2010)

* Gemäß Definition im Text: Mit Infektionsland Deutschland oder unbekannt und mit Erkrankung nach dem 1.1.2010 oder unbekannt; Diskrepanz der Zahlen durch Ausschlussbedingungen: Infektionsland und Erkrankung ab 1.1.2010

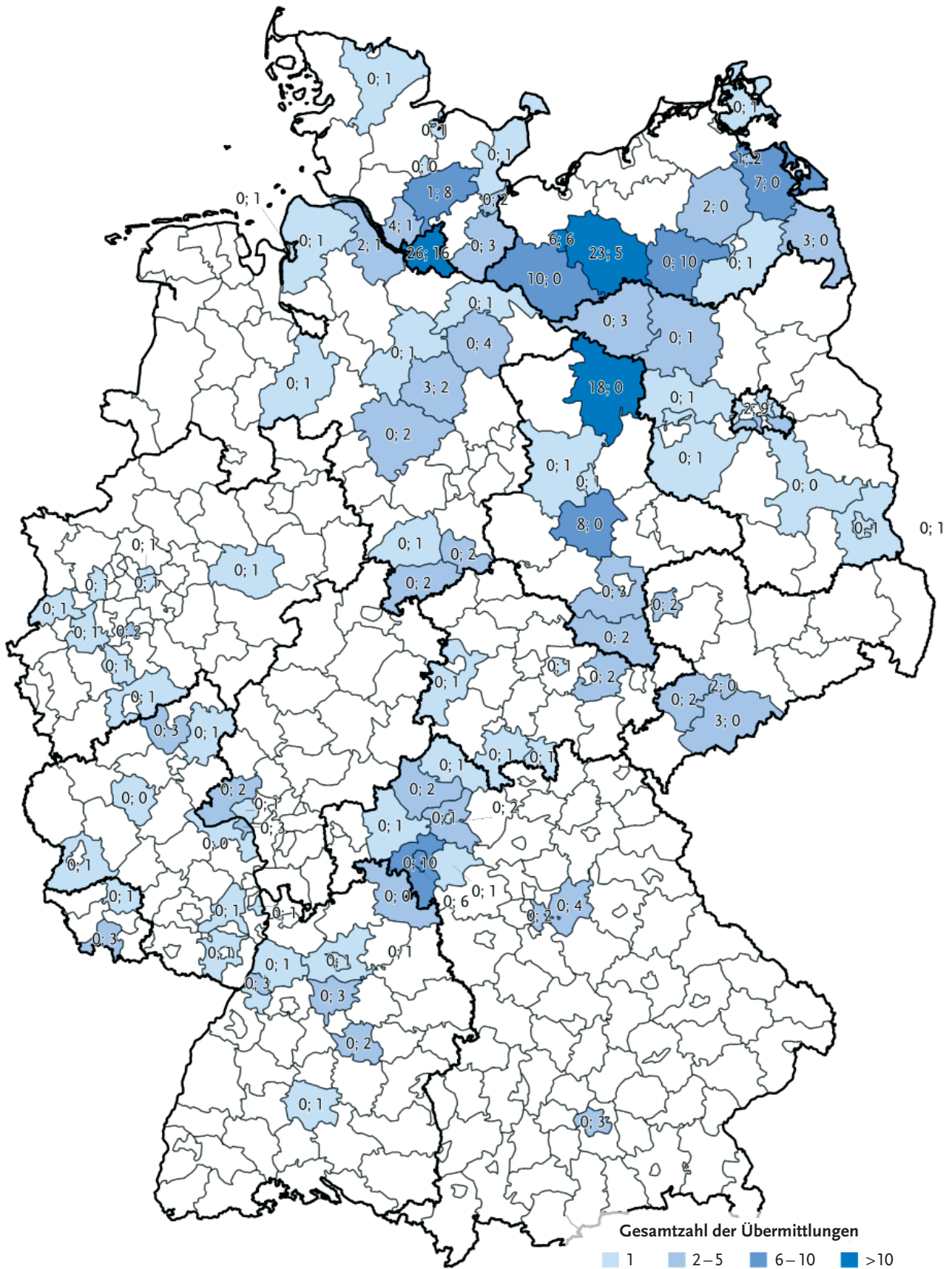


Abb. 1: Gesamtzahl aller an das RKI übermittelten Adenovirus-Konjunktivitis-Meldungen 2010 in farblicher Unterscheidung nach Anzahl in den jeweiligen Land- und Stadtkreisen (Stand: 26.8.2010), Berlin und Hamburg Angaben für die gesamte Stadt

Erste Zahl: Anzahl von Übermittlungen mit Herdzuordnung pro SK oder LK

Zweite Zahl: Angabe der als „Fall“ definierten Übermittlungen ohne Herdnotierung (beschränkt auf Übermittlungen mit Infektionsland Deutschland oder unbekannt und mit Erkrankung nach dem 1.1.2010 oder unbekannt)

(Diskrepanz der Zahlen und der Färbung durch Ausschlussbedingungen: Infektionsland und Erkrankung ab 1.1.2010; z.B. o; o in gefärbtem Landkreis: Übermittlung einer Erkrankung mit Infektionsland Ägypten, somit kein Herdbezug und kein Fall)

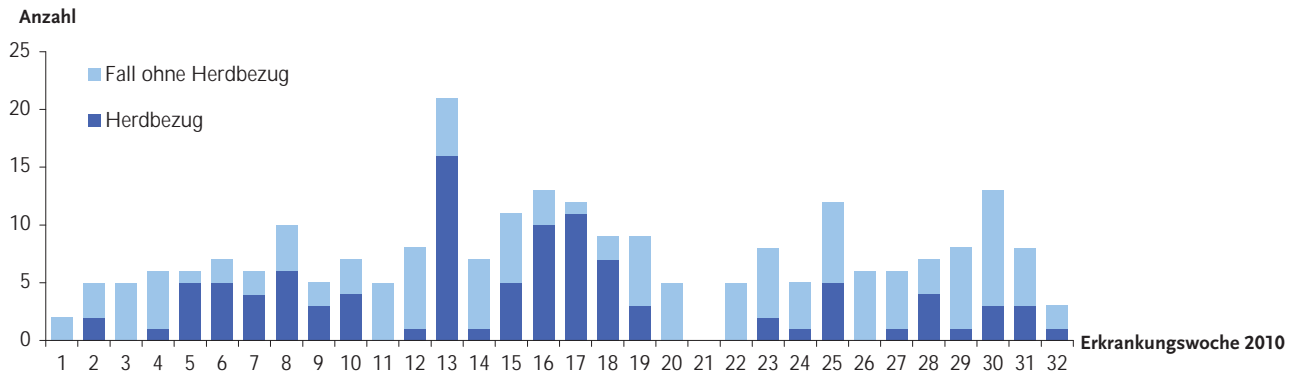


Abb. 2: Anzahl der Adenovirus-Konjunktivitis-Übermittlungen an das RKI mit Herdbezug sowie Fälle ohne Herdbezug pro Erkrankungswoche. Ein genaues Datum des Erkrankungsbeginns wurde von insgesamt 259 Fällen übermittelt.

Dunkelblau: Anzahl der Adenovirus-Konjunktivitis-Übermittlungen mit Herdbezug (n=112; mit Erkrankung nach dem 1.1.2010)

Hellblau: Fälle ohne Herdbezug (n=135; gemäß Definition im Text: beschränkt auf Übermittlungen mit Infektionsland Deutschland oder unbekannt und mit Erkrankung nach dem 1.1.2010) nach Erkrankungswoche 2010, Deutschland (Stand 26.8.2010)

Die höchsten Fallzahlen ergaben sich in Bayern (33 Fälle) und Mecklenburg-Vorpommern (25), die höchsten Inzidenzen in Mecklenburg-Vorpommern. Die meisten Fälle traten im Monat Juli auf, wobei allerdings im zeitlichen Verlauf keine Häufungen in bestimmten Zeiträumen auffällig waren. In einigen Regionen erkrankten jeweils mehrere Fälle innerhalb eines Zeitraums von ca. 4 Wochen, so dass ein Auftreten in einem zeitlichen Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden kann. Es fiel auf, dass viele Fälle in benachbarten Land- bzw. Stadtkreisen auftraten und somit regionale Häufungen erkennbar waren. Kreise, in denen Herde angelegt wurden, liegen häufig benachbart zu Kreisen mit Fällen ohne Herdnotierung oder sind sogar deckungsgleich, was auf mögliche Verbindungen hindeuten könnte. Auch wenn zumeist Fälle in benachbarten Land- bzw. Stadtkreisen beobachtet werden, gibt es isolierte Einzelfälle in weiter entfernten Land- und Stadtkreisen (s. Tab. 1 und Abb. 1 u. 2).

Eine genauere Analyse von 46 Fällen (Definition wie oben beschrieben) ohne Herdzuordnung der Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern aus benachbarten Land- bzw. Stadtkreisen mit Meldemonat ab Mai 2010 erbrachte keinerlei Hinweise auf hauptsächlich betroffene Personen- oder Altersgruppen oder zeitliche Cluster (46 Fälle, 26 (56,5%) Männer; Alter im Median 46 Jahre, Spannweite 2 bis 84 Jahre; Altersgruppe 0–9 Jahre: 3 Fälle; 10–19: 1; 20–29: 6; 30–39: 4; 40–49: 11; 50–59: 4; 60–69: 6; 70–79: 8; ≥ 80: 3).

Diskussion

Im Vergleich zum Zeitraum der beiden Vorjahre ergab sich 2010 insgesamt eine Steigerung der übermittelten Erkrankungsfälle auf über 300%, von 93 bzw. 98 auf 316 Fälle. Das Muster der Fälle von 2009 ist vor allem im nördlichen Deutschland (Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und nördliches Brandenburg) unterschiedlich zum diesjährigen regionalen Auftreten aller übermittelten Adenovirus-Konjunktivitis-Meldungen. In diesen nördlichen Bundesländern nahmen 2010 die Häufigkeit des Auftretens sowie die lokale Clusterung zu. Es scheint sich eine regionale Häufung von Fällen ohne Herdbezug in benachbarten Land- bzw. Stadtkreisen zu ergeben, die bundeslandübergreifend ist. Das

Auftreten der Fälle innerhalb von ca. 4 Wochen deutet auf einen zeitlichen Zusammenhang innerhalb der untersuchten Bundesländer hin. Die Cluster scheinen in der Nähe von übergeordneten Ausbrüchen zu liegen, obwohl auch Einzelfälle (z. B. in NRW) ohne weiteren regionalen Bezug vorkommen. Innerhalb einiger Land- bzw. Stadtkreise treten zudem Fälle ohne Herdverknüpfung im zeitlichen und regionalen Zusammenhang zu Übermittlungen mit Herdverknüpfung auf. Eine Zugehörigkeit zu bekannten Ausbrüchen ist nicht auszuschließen.

Eine genauere Analyse sowie Zuordnung der einzelnen Isolate auf molekularbiologischer Ebene ist bisher nicht möglich, da nur an wenigen Proben über den direkten Nachweis hinaus eine Subtypisierung vorgenommen wurde.

Eine hauptsächlich betroffene Altersgruppe, mit Ausnahme der Ausbrüche in Kitas, zeichnete sich bundesweit nicht ab. Gleiches gilt für die Geschlechterverteilung: beide Geschlechter sind gleichermaßen betroffen.

Schlussfolgerungen

Die Ursache der diesjährigen Zunahme der Fälle mit Adenovirus-Konjunktivitis ist weiterhin unklar. Eine detaillierte und systematische Untersuchung (z. B. mit Fragebögen) von Fällen, die im räumlichen/zeitlichen Zusammenhang identifiziert wurden, ist daher anzustreben. Die Einleitung von Isolattypisierungen könnte hierbei eine hilfreiche Maßnahme sein, um eine genauere Zuordnung der Fälle zueinander zu erreichen.

Als häufigste Ursachen für Ausbrüche mit Adenovirus-Konjunktivitis wurden für 2010 nosokomiale Infektionen in ophthalmologischen Einrichtungen und Krankenhäusern angegeben. Verbesserte Hygienemaßnahmen in Einrichtungen der Augenheilkunde sind deshalb zu empfehlen.

Ein Zusammenhang zu der kürzlich in Promed (Archivnummer: 20100819.2890 v. 19.8.2010) berichteten Zunahme von Adenovirus-Konjunktividen in der Türkei scheint wegen des seltenen Auslandserwerbs ausgeschlossen.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, FG 32 (Surveillance), Dr. Cornelia Adlhoch, Dr. Irene Schöneberg, Dr. Justus Benzler und Dr. Tim Eckmanns, mit freundlicher Unterstützung von Susanne Behnke (FG 35). **Ansprechpartnerin** am RKI ist Dr. Gabriele Laude (LaudeG@rki.de).

Zum Auftreten von West-Nil-Fieber in Europa und im Mittelmeerraum (Sommer 2010)

Das West-Nil-Fieber ist eine in verschiedenen Regionen der Welt endemisch vorkommende Zoonose, verursacht durch das West-Nil-Virus (WNV, Familie: *Flaviviridae*). WNV ist in Afrika, Israel, dem Mittleren Osten, Indien, Teilen Südostasiens und inzwischen auch in Nordamerika verbreitet. Hauptüberträger sind verschiedene Stechmücken (v. a. *Culex*-, aber auch *Aedes*- und *Mansonia*-Arten). Als Hauptreservoir gelten wild lebende Vögel. Infektionen treten auch bei Säugetieren, vor allem bei Pferden, auf. Eine Einschleppung von WNV nach Deutschland (u. a. durch Zugvögel) ist nicht völlig auszuschließen. Vereinzelt nach Deutschland importierte Fälle von West-Nil-Fieber beim Menschen sind in den letzten Jahren bekannt geworden. Eine autochthone Infektion wurde hingegen in Deutschland nicht beschrieben.

Bei einer West-Nil-Virus-Infektion entwickelt etwa jeder fünfte Infizierte eine fieberhafte, grippeähnliche Erkrankung. Bei jeder 150. infizierten Person kommt es zu einem schweren Verlauf, etwa zu einer Hirnhaut- oder Gehirnentzündung, die in seltenen Fällen (vor allem bei älteren Patienten) tödlich endet. Leichte Verläufe werden von der Infektionssurveillance häufig nicht erfasst.

Im Juli und August dieses Jahres sind – wie schon in einigen Vorjahren – in verschiedenen ost- bzw. südeuropäischen Ländern und anderen Mittelmeer-Anrainerstaaten Einzelfälle oder Ausbrüche von West-Nil-Fieber beim Menschen identifiziert worden. In einigen weiteren Gebieten wurden Infektionen mit dem WNV in Pferden festgestellt.

Der vermutlich größte Ausbruch nach Fallzahlen ist in **Südrussland** lokalisiert, wo die Regionen (Oblaste) Wolgograd, Rostow (am Don) und Woronesch betroffen sind. In ProMED zitierte Presseberichte (z. B. Literatur 1) sprechen aktuell von 365 Fällen, darunter 5 Todesfälle im Oblast Wolgograd, wobei 81% der Fälle in der gleichnamigen Stadt gemeldet wurden. Der nach den Jahren 1999 und 2007 erneut große Ausbruch in der Region wird mit guten Bedingungen für die Vektoren erklärt (regenreiches Frühjahr, gefolgt von einer sommerlichen Hitzewelle, sowie der Nähe von Feuchtgebieten in den Flussniederungen). Der Aufenthalt in Wochenendhäusern (Datschen) wird als Risikofaktor angesehen.

Eine bisher nicht als Endemiegebiet bekannte Region mit einem großen Ausbruch ist Zentral-Makedonien in **Nordgriechenland**. Hier und in der angrenzenden Provinz Larissa erkrankten seit Anfang August 207 Personen mit labor diagnostisch bestätigten Infektionen, von denen 22 verstarben (Stand 10. September)². Die Wohnorte der meisten Betroffenen liegen in oder nahe der Flussdeltas von Aliakmonas und Axios. Es erkrankten auch Einwohner der Stadt Thessaloniki, die sich jedoch vor Erkrankungsbeginn außerhalb der Stadt aufgehalten hatten. Eine Minderheit von 43 Fallpatienten (21%) litt unter unkompliziertem West-Nil-Fieber. Unter den 164 Fällen (79%) mit neuroinvasivem

Krankheitsbild entwickelten 86% eine Enzephalitis oder Meningoenzephalitis, 14% eine Meningitis; am stärksten betroffen ist die Altersgruppe der 70- bis 80-Jährigen – 76% aller Patienten mit neuroinvasivem Krankheitsbild sind 60 Jahre alt oder älter. *Culex*-Mücken werden als der zurzeit vorherrschende Vektor beschrieben. Obwohl hier in der Vergangenheit nie ein Ausbruch beschrieben wurde, wurden in Serosurveys bei ca. 1% der Bevölkerung³ sowie verschiedenen Tierspezies⁴ Antikörper gegen WNV nachgewiesen.

Auch in der jenseits der Ägäis gelegenen **Westtürkei** werden aktuell Fälle gemeldet.⁵ Mit Stand vom 8. September wurden hier 7 Erkrankungsfälle gezählt, von denen 3 tödlich verliefen. Betroffen sind die Provinzen Manisa, Izmir, Isparta, Sakarya und Aydin.

Während in den nördlich an das griechische Ausbruchsgelände angrenzenden Ländern Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik) und Bulgarien derzeit keine Fälle bekannt sind, erkrankten in **Rumänien** 20 Personen (18 Fälle laborbestätigt) aus 12 verschiedenen Distrikten an West-Nil-Fieber.⁶ Andere Quellen berichten von mittlerweile 25 Fällen.¹ Zwei der Erkrankten verstarben. Betroffen sind vor allem südliche Landesteile entlang der Donau an der Grenze zu Bulgarien, aber auch im zentralen Hochland und entlang des Flusses Pruth an der Grenze zu Moldawien. Auch in Rumänien wird über eine besonders starke Mückenplage berichtet, da auf ein nasses Frühjahr ein heißer Sommer folgte. In Rumänien wird mit anhaltender Mückenaktivität bis in den Oktober gerechnet.

Im westlich angrenzenden **Ungarn** wurden 3 menschliche Fälle diagnostiziert: einer an der Grenze zu Rumänien, aber 2 der Fälle in Zentralungarn.⁶ Eine ProMED-Meldung berichtet, dass im östlichen Österreich Infektionen bei Vögeln, vor allem bei Habichten, festgestellt wurden.⁷ Ein labor diagnostischer Einzelfall beim Menschen wurde aus **Italien** (Veneto) berichtet.⁵ Zudem wurden in Sizilien⁸ und der spanischen Region Cadiz⁹ Infektionen bei Pferden diagnostiziert. Ein im Juli aus Portugal (Region um Lissabon) berichteter menschlicher Verdachtsfall¹⁰ konnte labor diagnostisch hingegen nicht bestätigt werden.

Auch weitere Mittelmeer-Anrainerstaaten berichten über West-Nil-Aktivität: In **Israel** werden aktuell 24 labor diagnostisch bestätigte und 6 wahrscheinliche menschliche Erkrankungsfälle registriert.⁶ In Marokko wurden Infektionen bei Pferden diagnostiziert.¹¹

Somit erstreckt sich die WNV-Aktivität in diesem Sommer auf mehrere EU-Länder und angrenzende Staaten. Auffällig ist, dass alle genannten Gebiete in sommerwarmen Regionen und meist an oder in der Nähe von Flussniederungen bzw. -deltas liegen. Das griechische Ausbruchsgelände wird dieses Jahr erstmalig beschrieben. Reisenden in die betroffenen Gebiete werden persönliche Schutzmaßnahmen gegen Mückenstiche (bedeckende Kleidung, Gebrauch von Repellentien) angeraten.

Im Gegensatz zu den meisten hier beschriebenen Ausbruchsbereichen herrschen in Deutschland zurzeit keine sehr sommerlichen Klimabedingungen mehr vor. Obwohl auch in Deutschland Culex-Mücken verbreitet sind, ist hier somit wahrscheinlich nicht mit einem aktuellen Ausbruch von West-Nil-Fieber zu rechnen. Bisherige Studien, inkl. Serosurveys bei Vogel-Beringern¹² und Vögeln^{13–16} selbst, haben in Deutschland nie eine autochthone Infektion belegen können.

Bei anamnestic begründetem Verdacht auf eine importierte oder autochthone Infektion bietet das NRZ für tropische Infektionserreger am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (Bernhard-Nocht-Straße 74, 20359 Hamburg, E-Mail: labordiagnostik@bni-hamburg.de, Tel.: 040/428 18-401) Diagnostik auf WNV an.

Literatur

1. ProMED 20100915.3342 – West Nile Virus – EURASIA (06): RUSSIA, ROMANIA. URL: http://www.promedmail.org/pls/apex/f?p=2400:1001:2357089932047654::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1000,84831
2. Griechisches Gesundheitsministerium: Weekly Report West Nile Virus Infection, Greece, 10 September 2010. URL: http://www.keelpno.gr/keelpno/2010/id990/report_total_20100910_en.pdf
3. Papa A, Perperidou P, Tzouli A, Castilletti C: West Nile Virus-Neutralizing Antibodies in Humans in Greece. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2010; Aug 25
4. Papa A, Danis K, Baka A, Bakas A, Douglas G, Lytras T, et al.: Ongoing outbreak of West Nile virus infections in humans in Greece, July – August 2010. *Euro Surveill* 2010;15(34)
5. Türkisches Gesundheitsministerium: Presse Information – Infektionen mit West-Nil-Virus (in türkischer Sprache). URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF8F742D0D711251E9C66FF13E126BBA>
6. ECDC Update: West Nile Transmission in Europe, 10 Sep 2010. URL: http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvice/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f-77d4-4ad8-b6d6-bf0f23083f30&ID=940&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvic%2FLists%2FECDC%20Reviews
7. ProMED 20100914.3312 – WEST NILE VIRUS – EURASIA (05): GREECE, HUNGARY, AUSTRIA. URL: http://www.promedmail.org/pls/apex/f?p=2400:1001:3038697318162194::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1000,84796
8. OIE-Bericht vom 7.9.2010. West Nile Fever, Italy. URL: http://www.oie.int/wahis/public.php?page=single_report&pop=1&reportid=9680
9. OIE-Bericht vom 10.9.2010. West Nile Fever, Spain. URL: http://www.oie.int/wahis/public.php?page=single_report&pop=1&reportid=9695
10. ProMED 20100802.2588. West Nile Virus – Portugal. URL: http://www.promedmail.org/pls/apex/f?p=2400:1001::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1000,83924
11. OIE-Bericht vom 7.9.2010. West Nile Fever, Marokko. URL: http://www.oie.int/wahis/public.php?page=single_report&pop=1&reportid=9679
12. Linke S, Muehlen M, Niedrig M, Ellerbrok H, Kaiser A, Fiedler W, et al.: Assessing the exposure of German and Austrian bird ringers to West Nile virus (Flavivirus) and evaluating their potential risk of infection. *J Ornithology* 2008; 149: 217–215
13. Hlinak A, Muhle RU, Werner O, Globig A, Starick E, Schirmer H, et al.: A virological survey in migrating waders and other waterfowl in one of the most important resting sites of Germany. *J Vet Med B Infect Dis Vet Public Health* 2006; 53: 105–110
14. Linke S, Niedrig M, Kaiser A, Ellerbrok H, Müller K, Müller T, et al.: Serologic evidence of West Nile virus infections in wild birds captured in Germany. *Am J Trop Med Hyg* 2007; 77: 358–364
15. Timmermann U, Becker N: Mosquito-borne West Nile virus (WNV) surveillance in the Upper Rhine Valley, Germany. *J Vector Ecol* 2010; 35: 140–143
16. Ziegler U, Seidowski D, Globig A, Fereidouni SR, Ulrich RG, Groschup MH: Sentinel birds in wild-bird resting sites as potential indicators for West Nile virus infections in Germany. *Arch Virol* 2010;155: 965–969

Bericht aus dem Fachgebiet 35 „Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen“ des RKI. Als **Ansprechpartnerin** steht Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de) zur Verfügung.

Hinweis: Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch!

Hygiene-Preis der Rudolf Schülke Stiftung

Der Preis wird im Jahr 2011 für hervorragende wissenschaftliche Untersuchungen auf den Gebieten

Hygiene – Mikrobiologie – Öffentliche Gesundheit

ausgeschrieben.

Erwünscht sind Arbeiten, die sich mit der Prävention und Kontrolle übertragbarer Erkrankungen befassen.

Berücksichtigt werden insbesondere Arbeiten zur Entwicklung und Anwendung von Präventionsstrategien und von antimikrobiell bzw. antiviral wirksamen Stoffen und Verfahren zur Antiseptik, Desinfektion und Konservierung.

Arbeiten über den Zusammenhang zwischen solchen Anwendungen und Fragen der Epidemiologie sowie der Ökologie gesundheitlich relevanter Mikroorganismen und über Immunprophylaxe sind ebenso erwünscht wie Arbeiten über Konsequenzen für die Öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsökonomie.

Eingereicht werden können Arbeiten, die nach dem **1. Januar 2009** in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder einer Schriftenreihe in deutscher oder englischer Sprache erschienen sind bzw. über deren Annahme eine Bescheinigung des Herausgebers vorgelegt wird.

Der Preis ist mit € 15.000,- dotiert und wird im Rahmen einer Feierstunde an eine Einzelpersonlichkeit oder an eine Gruppe verliehen. In Ausnahmefällen kann der Preis geteilt werden. Über die Verleihung entscheidet ein Preisrichterkollegium, dessen Beschluss unanfechtbar ist. Der Rechtsweg bleibt ausgeschlossen.

Bewerber möchten ihre Arbeit bis zum **15. Februar 2011** als pdf-Datei per E-Mail an andrea.rodewald@schuelke.com senden. Alternativ kann die Arbeit in 10-facher Ausfertigung bis zum 15. Februar 2011 (Poststempel) an das **Sekretariat der Rudolf Schülke Stiftung, Robert-Koch-Str. 2, 22851 Norderstedt**, gesendet werden.

Die Fachvertreter an den Universitäten und entsprechenden Institutionen können Vorschläge für die Verleihung des Preises an die gleichen Adressen richten.

Enterovirus-Überwachung in Deutschland

Vor allem in den warmen Sommermonaten wird jährlich ein erhöhtes Auftreten von enteroviral bedingten fieberhaften Erkrankungen beobachtet. Aufgrund der kühleren Temperaturen im Frühjahr hat in diesem Jahr die Enterovirus-Saison relativ spät begonnen. Enteroviren sind die Erreger der klassischen Sommergrippe, von Exanthem-erkrankungen wie Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK) und Herpangina, hämorrhagischer bzw. nichteitriger Konjunktivitis, Myokarditis/Perikarditis sowie von aseptischer Meningitis und Enzephalitis. Innerhalb der Familie der Picornaviren sind dem Genus Enterovirus neben den drei Polioviren (Typ 1,-2,-3) derzeit 28 Coxsackie-, 29 ECHO- und 39 neuere Enterovirusserotypen zugeordnet. Enteroviren sind weltweit verbreitet und verursachen vor allem in Asien regelmäßig große Epidemien mit fatalen Krankheitsverläufen. So wurden in diesem Jahr in China mehr als 1 Million Fälle von HFMK registriert, mehr als 530 Kinder sind an den Komplikationen gestorben.

Die Übertragung erfolgt hauptsächlich fäkal-oral, in einigen Fällen auch über Tröpfcheninfektion bzw. direkten Kontakt mit Bläscheninhalt. Aufgrund der hohen Stabilität der Enteroviren werden auch kontaminierte Gegenstände (Spielzeug in Kindertagesstätten) sowie verunreinigtes Oberflächenwasser als weitere Infektionsquellen angesehen. Die Erkrankten können die Viren mehrere Wochen mit dem Stuhl ausscheiden. Konsequente Händehygiene reduziert das Infektionsrisiko. Die Therapie der meist selbstlimitierenden Erkrankungen erfolgt symptomatisch. Eine Impfung gegen die Nicht-Polio-Enteroviren bzw. eine spezifische antivirale Therapie steht nicht zur Verfügung.

Für ein besseres Verständnis der Epidemiologie enteroviraler Infektionen ist eine flächendeckende Überwachung der zirkulierenden Enterovirusserotypen von großer Bedeutung. Da es sich nicht um meldepflichtige Erkrankungen oder Erreger nach IfSG handelt, ist das NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) auf die Unterstützung der einsendenden Kliniken sowie Hinweise der jeweiligen Gesundheitsämter angewiesen. So wurden am NRZ PE

u. a. Stuhlproben von Kindern aus mehreren Bundesländern untersucht, die im Rahmen einer Ferienfreizeit an einer gemeinsamen Paddeltour im Landkreis Waren/Müritz teilgenommen hatten und mit Symptomen einer aseptischen Meningitis stationär behandelt wurden. Bei allen Patienten im Alter zwischen 10 und 15 Jahren konnten ECHO-30-Viren nachgewiesen werden.

Für die **Enterovirus-Diagnostik** eignen sich bevorzugt Stuhl- und Liquorproben, wobei Stuhlproben bereits wenige Tage nach Erkrankungsbeginn der Liquorprobe deutlich überlegen sind. Die Proben können im Rahmen der Enterovirus-Surveillance, die allen Kinderkliniken und neurologischen Kliniken zur Abklärung aseptischer Meningitiden/Enzephalitiden bzw. akuter schlaffer Lähmungen zur Verfügung steht, **unentgeltlich** untersucht werden. Hierfür wurde ein bundesweites Labornetzwerk (LaNED) etabliert. Durch die qualitativ hochwertige Enterovirus-Surveillance wird eine differenzialdiagnostische Abklärung der aseptischen Meningitiden/Enzephalitiden unterstützt. Zudem ist es möglich, Ausbrüche frühzeitig zu erkennen und somit zum Infektionsschutz beizutragen. Neben diesen individual- und bevölkerungsmedizinischen Aspekten stellt sie ein verlässliches Überwachungssystem zum Nachweis der Poliofreiheit in Deutschland dar. Im Rahmen von Krankheitshäufungen (z. B. HFMK) wird die Enterovirus-Diagnostik am NRZ PE ebenfalls **kostenlos** angeboten.

Nähere Informationen zur Enterovirus-Surveillance erteilt die Geschäftsstelle der Nationalen Polio-Kommission am RKI (Dr. Katrin Neubauer, Tel.: 030.18754-2865, E-Mail: EVSURV@rki.de) oder das NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren (Dr. Sabine Diedrich, Tel.: 030.18754-2378, E-Mail: DiedrichS@rki.de).

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Sindy Böttcher vom NRZ PE (Tel.: 030.18754-2869, E-Mail: BoettcherS@rki.de).

Wir danken Dr. Bauer vom Gesundheitsamt Neubrandenburg für die Zusammenarbeit bei der Aufklärung der Meningitis-Häufung im Landkreis Waren/Müritz.

Veranstaltungshinweis

9. Göttinger Forum: Krankenhaus- und Kommunalhygiene für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Termin: 25. und 26. November 2010

Veranstaltungsort: Hörsaal des Max-Planck-Instituts für biophysikalische Chemie, Am Faßberg 11, 37077 Göttingen

Veranstalter: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Krankenhaushygiene des Klinikums Oldenburg

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Matthias Pulz (Hannover), Dr. Jörg Herrmann (Oldenburg)

Themen: Möglichkeiten und Grenzen molekularbiologischer Diagnostik, Bedeutung multiresistenter gramnegativer Erreger; sexuell übertragbare Erkrankungen; Legionellenausbruch durch Kühltürme; Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen: Konzepte und Aktionen; Vermeidbarkeit

nosokomialer Infektionen; Erwartungen des Krankenhaushygienikers an den ÖGD; RLT-Anlagen im OP; die neue DIN 1946 Teil 4; Evidenzbasierte Medizin; Geoinformationssysteme; Sommerhitze als Thema für den ÖGD und Altenheime

Organisation:

Helga Wirries

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)

Roesebeckstraße 4-6, 30 449 Hannover

Tel.: 05 11.45 05-101, Fax: 05 11.45 05-140

E-Mail: fortbildung@nlga.niedersachsen.de

Weitere Informationen: www.nlga.niedersachsen.de > Aktuelles > Fortbildungen

Hinweis: Die Zertifizierung bei der Ärztekammer Niedersachsen ist beantragt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

34. Woche 2010 (Datenstand: 15.9.2010)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	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.
Baden-Württemberg	147	3.980	4.178	4	47	48	7	163	148	83	1.674	1.629	3	43	68
Bayern	148	4.144	5.191	7	115	87	10	467	523	120	2.124	2.715	2	49	91
Berlin	71	1.855	1.554	0	23	28	11	82	292	15	569	469	7	57	19
Brandenburg	59	1.298	1.388	1	14	18	9	178	213	21	563	608	0	4	8
Bremen	12	288	247	0	3	0	0	13	15	7	72	92	0	2	2
Hamburg	50	1.280	1.085	0	14	19	0	22	20	7	259	403	0	20	23
Hessen	133	2.958	2.550	0	14	10	4	61	72	62	1.047	1.301	1	43	29
Mecklenburg-Vorpommern	80	1.312	1.262	0	4	6	7	186	139	12	435	566	0	5	5
Niedersachsen	160	3.975	3.239	2	100	69	21	395	331	64	1.637	1.738	0	12	16
Nordrhein-Westfalen	431	10.981	9.483	7	107	90	24	630	585	168	3.425	4.781	3	48	31
Rheinland-Pfalz	96	2.354	2.060	0	60	45	3	144	165	38	867	1.050	1	17	28
Saarland	28	842	777	0	5	4	0	16	24	8	204	250	0	3	1
Sachsen	174	3.700	3.122	4	38	46	24	403	454	54	1.406	1.430	1	21	29
Sachsen-Anhalt	47	914	1.027	0	17	11	11	298	302	31	800	855	0	5	12
Schleswig-Holstein	86	1.672	1.423	0	13	19	0	38	35	11	396	457	1	4	8
Thüringen	37	1.088	1.263	1	12	8	24	451	362	36	848	853	0	7	8
Deutschland	1.759	42.641	39.849	26	586	508	155	3.547	3.680	737	16.326	19.197	19	340	378

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	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.
Baden-Württemberg	1	87	119	21	10.905	13.054	15	3.564	3.187	10	346	337	0	24	13
Bayern	12	253	292	90	22.395	17.679	24	6.017	6.663	10	414	492	0	40	21
Berlin	2	56	66	19	3.519	5.968	8	1.977	2.404	10	241	233	7	50	36
Brandenburg	0	71	77	10	6.312	6.962	9	3.102	4.368	3	60	62	1	22	19
Bremen	1	18	18	4	803	1.368	1	332	260	0	19	31	1	3	3
Hamburg	1	44	71	2	2.404	3.758	2	1.167	1.300	1	73	75	0	14	7
Hessen	4	135	155	22	8.174	8.149	5	2.223	2.387	9	179	153	3	43	13
Mecklenburg-Vorpommern	0	38	51	22	7.729	3.634	7	2.031	3.209	3	89	93	4	21	37
Niedersachsen	7	205	225	40	12.528	11.374	20	4.330	4.345	7	133	123	15	79	84
Nordrhein-Westfalen	9	492	394	68	25.590	31.849	31	7.857	9.006	14	414	357	5	106	124
Rheinland-Pfalz	3	142	123	16	7.633	7.221	12	2.488	2.390	6	116	122	1	18	22
Saarland	0	20	27	10	1.651	1.775	5	633	605	0	16	25	0	0	4
Sachsen	11	277	337	42	10.990	13.653	35	4.360	6.931	10	235	161	6	73	68
Sachsen-Anhalt	3	116	118	42	11.240	7.722	19	2.580	3.269	1	52	58	1	13	15
Schleswig-Holstein	0	63	83	6	3.923	4.337	10	1.317	1.059	1	50	48	0	3	4
Thüringen	7	172	229	47	10.539	6.646	19	2.965	3.402	0	49	71	1	34	20
Deutschland	61	2.189	2.385	461	146.335	145.149	222	46.943	54.785	85	2.486	2.441	45	543	490

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

34. Woche 2010 (Datenstand: 15.9.2010)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.
Baden-Württemberg	0	38	55	1	44	55	12	555	559
Bayern	1	69	108	1	63	69	13	777	792
Berlin	2	31	43	0	42	45	9	416	424
Brandenburg	0	12	25	0	8	13	0	45	53
Bremen	0	4	6	0	1	5	1	19	18
Hamburg	0	20	14	0	19	29	3	92	103
Hessen	4	32	54	1	44	31	11	202	199
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	16	1	12	6	0	36	45
Niedersachsen	7	46	49	0	19	19	12	206	183
Nordrhein-Westfalen	5	86	117	5	120	97	14	481	522
Rheinland-Pfalz	0	32	31	1	46	50	7	180	181
Saarland	0	15	5	0	8	11	3	57	49
Sachsen	1	5	20	1	20	29	6	196	160
Sachsen-Anhalt	0	15	13	0	18	10	3	71	111
Schleswig-Holstein	1	9	22	0	15	14	5	96	106
Thüringen	1	13	18	1	9	19	6	83	95
Deutschland	22	430	596	12	488	502	105	3.512	3.600

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.	34.	1.–34.	1.–34.
Baden-Württemberg	1	27	37	0	100	67	7	368	358
Bayern	2	40	64	0	119	42	7	441	403
Berlin	1	20	28	3	79	32	8	195	173
Brandenburg	0	5	12	1	15	4	2	59	69
Bremen	0	1	6	0	1	0	1	24	48
Hamburg	0	5	6	0	15	209	3	120	128
Hessen	0	14	16	0	27	21	10	266	267
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	7	0	0	0	2	26	61
Niedersachsen	0	23	27	0	13	69	4	179	215
Nordrhein-Westfalen	2	68	89	3	160	73	11	719	759
Rheinland-Pfalz	0	12	20	0	21	14	3	111	128
Saarland	0	4	3	0	1	1	1	36	46
Sachsen	0	13	16	0	3	2	2	109	127
Sachsen-Anhalt	0	6	9	2	4	0	7	108	89
Schleswig-Holstein	0	5	19	3	12	23	1	54	62
Thüringen	0	9	11	0	1	1	3	64	71
Deutschland	6	254	370	12	571	558	72	2.879	3.004

gegeben. 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). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

34. Woche 2010 (Datenstand: 15.9.2010)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	34. Woche	1.–34. Woche	1.–34. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Erkrankung am Auge	6	335	109	169
Brucellose	2	13	10	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	62	63	89
Dengue-Fieber	19	298	193	298
FSME	7	164	245	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	37	38	66
Hantavirus-Erkrankung	48	1.672	41	181
Hepatitis D	1	7	5	7
Hepatitis E	0	114	66	108
Influenza zusätzliche aggregierte Übermittlungen +	1	2.963 199	41.388	175.607 53.070
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	109	138	185
Legionellose	19	406	307	502
Leptospirose	3	38	56	92
Listeriose	7	247	262	396
Ornithose	1	16	15	26
Paratyphus	1	38	22	76
Q-Fieber	19	194	147	191
Trichinellose	0	2	0	1
Tularämie	1	16	5	10
Typhus abdominalis	7	55	30	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Vom 18.11.2009 bis zum 18.1.2010 konnten Fälle der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 auch aggregiert übermittelt werden. Darunter waren Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprachen.

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

1. Baden-Württemberg, 27 Jahre, männlich (Infektionsland Südostasien)
2. Baden-Württemberg, 29 Jahre, weiblich (Infektionsland Indonesien) (22. und 23. Chikungunya-Fall 2010)

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 (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-Abruffunktion** 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