



# Epidemiologisches Bulletin

18. Februar 2005/Nr. 7

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Zu Tollwuterkrankungen nach Organtransplantation

Die Gefahr, sich in Deutschland mit Tollwut zu infizieren, ist äußerst gering. Die letzten beiden Todesfälle traten hier in den Jahren 1996 und 2004 auf. In beiden Fällen handelte es sich um importierte Erkrankungen im Zusammenhang mit Tierbissen bei Auslandsaufenthalten (s. *Epid. Bull.* 42/04).

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) informierte in einer aktuellen Pressemitteilung vom 16. Februar 2005 (<http://www.dso.de/>) über mögliche Tollwuterkrankungen bei insgesamt drei von sechs Organempfängern einer Ende des letzten Jahres verstorbenen Organspenderin. Diese Patienten, bei denen Ende vergangenen Jahres Lungen, Niere-Pankreas und eine Niere transplantiert worden waren, befinden sich in einem kritischen Zustand. Die übrigen drei Transplantatempfänger (2 Corneae, 1 Leber) zeigen keine Symptome von Tollwut.

Die Organspenderin hatte im Krankenhaus einen Herzstillstand erlitten und war mehrfach reanimiert worden. Hierdurch konnte zwar die Kreislaufsituation stabilisiert werden, aber es trat in Folge des Sauerstoffmangels der Hirntod ein. Klinische Hinweise auf eine Tollwuterkrankung lagen weder den behandelnden Ärzten noch dem Entnahmeteam vor.

Das Bernard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNI) in Hamburg und das Konsiliarlabor für Tollwut am Universitätsklinikum Essen, Institut für Virologie; konnten am 16. bzw. 17.2.2005 die Diagnose Tollwut sowohl bei der verstorbenen Spenderin als auch bei zwei Empfängern bestätigen.

Die Übertragung des Tollwutvirus (Rabiesvirus) auf den Menschen erfolgt in der Regel durch den Biss eines infizierten Tieres, sie ist jedoch auch über Hautverletzungen oder direkten Kontakt von infektiösem Material (z. B. Speichel, Nervengewebe, Liquor) mit der Schleimhaut möglich.

Übertragungen von Mensch zu Mensch durch Transplantationen sind bisher nur in wenigen Einzelfällen bekannt geworden. Zuletzt wurde im Jahr 2004 ausgehend von einem Spender in den USA über Tollwuterkrankungen bei Organempfängern berichtet. (s. a. *MMWR* July 9, 2004/53 Dispatch; 1; *MMWR* July 1, 2004/53 Dispatch; 1-3).

Im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen erhielten von exponierten Kontaktpersonen insgesamt 174 Personen auf Grund der durchgeführten Risikoeinschätzung eine postexpositionelle Prophylaxe in Form einer simultanen Gabe von Tollwut-Immunglobulin zur passiven Immunisierung und einer aktiven Impfung mit Rabies-Vakzine (zur Risikoeinschätzung siehe unter [http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/rabies/organ\\_update\\_070204.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/rabies/organ_update_070204.htm))

Vorsorglich wurden auch in Deutschland in den Transplantationszentren, im Krankenhaus und bei der DSO alle mit der Spenderin und den infizierten Patienten in Kontakt getretenen Personen aktiv und passiv immunisiert.

Diese Woche

7/2005

### Tollwut:

- ▶ Zu aktuellen Erkrankungen nach Organtransplantation
- ▶ Impfindikationen für Kontaktpersonen

### Tuberkulose:

DZK und RKI zum Engpass bei der Tuberkulinversorgung in Deutschland

### Salmonellose:

Fall-Kontroll-Studie zu einem Ausbruch von *Salmonella Bovismorbificans* – erste Ergebnisse

### Veranstaltungshinweis

### In eigener Sache

### Meldepflichtige

### Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

4. Woche 2005

(Stand: 16. Februar 2005)

### Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation

### HIV/AIDS:

Multiresistentes Virus mit rascher Krankheitsprogression



Das RKI hat in Absprache mit dem Konsiliarlabor und dem BNI Informationen zu **Impfindikationen wegen Kontakt zu einer an Tollwut erkrankten oder dessen verdächtigen Person** entwickelt, die in der nachfolgenden Übersicht zusammengestellt sind.

Weitere Informationen zur Tollwut finden sich im Internet unter:

<http://www.rki.de> unter Infektionskrankheiten A–Z,  
<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/rabies/default.htm>.

## Impfindikationen wegen Kontakt zu einer an Tollwut erkrankten oder dessen verdächtigen Person

(in Anlehnung an Empfehlungen der CDC, Stand: 16.02.2005)

Kontakt zu einer an Tollwut erkrankten oder dessen verdächtigen Person kann bei folgenden Personengruppen auftreten:

### Häusliche oder sonstige Kontaktpersonen:

► Direkter Kontakt mit **verletzter Haut** oder **Schleimhaut** zu **Speichel** oder Erbrochenem des Erkrankten, z. B.: Trinken aus demselben Glas; Essen von demselben Teller bzw. mit demselben Besteck; gemeinsame Nutzung von Zahnbürsten; Küssen, Sexualkontakt zum Erkrankten.

### Behandelndes Personal im Krankenhaus:

► **Ungeschützter** direkter Kontakt mit **verletzter Haut** oder **Schleimhaut** zu **Liquor** oder **Speichel** des Erkrankten, z. B. bei **Beatmung**, **Absaugen** oder **Intubation** oder Operation des Erkrankten. Auch nach Nadelstich-Exposition – wegen eines möglichen Kontaktes zu Nervengewebe.

### OP-Personal:

► **Ungeschützter** Haut- oder Schleimhautkontakt zu Organen (insbesondere Nervengewebe) eines an Tollwut Erkrankten (Entnahme- bzw. Transplantations-Team).

### Laborpersonal:

► **Ungeschützter** Kontakt zu Untersuchungsproben des Patienten: Organmaterial – ZNS oder anderes Nervengewebe sowie Liquor.

In den oben genannten Fällen sollte wie folgt verfahren werden unter der Annahme, dass eine Infektionsgefahr maximal 14 Tage vor Erkrankungsbeginn besteht:

1. Bei **nicht auszuschließender Verletzung der Haut oder Schleimhautkontakt** – **kombinierte postexpositionelle Behandlung** simultan mit Tollwut-Immunglobulin (20 IE/kg Körpergewicht, einmalig) und Impfstoff (postexpositionelles Schema).
2. Bei früher bereits prä- oder postexpositionell geimpften Personen nur aktive Impfung – siehe Fachinformation des entsprechenden Impfstoffes.

Im **speziellen Fall eines wahrscheinlich Infizierten** (eines noch nicht erkrankten Empfängers eines infektiösen Organs) könnten exponierte Kontaktpersonen ggf. auch vor Auftreten einer Symptomatik beim Exponierten geimpft werden.

## Information des DZK und des RKI zum aktuellen Engpass bei der Tuberkulinversorgung in Deutschland

Der Hersteller des einzigen bisher in Deutschland für Intradermaltests nach Mendel-Mantoux verwendeten Tuberkulins, die Firma Chiron Vaccines Behring, hat im vergangenen Jahr überraschend die Produktion von Tuberkulin Behring GT eingestellt. Derzeit werden nur noch Restbestände vertrieben. Als Grund für die Produktionseinstellung wurde die Erneuerung des Werks in Marburg angeführt. Eine Modernisierung der Tuberkulinproduktion hätte sich nach Einschätzung des Herstellers nicht mehr gelohnt.

Im November 2004 fand zu diesem Thema in Berlin ein Treffen von Vertretern von Chiron Vaccines Behring, des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tu-

berkulose (DZK), des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt.

Nach Aussage der Vertreter von Chiron Vaccines Behring gingen eigene Berechnungen davon aus, dass die Bestände an GT 10 den Bedarf bis zum April des Jahres 2005 decken würden. Die Zuverlässigkeit dieser Berechnungen musste allerdings aufgrund der Umstellung vom Stempeltestverfahren, dessen Produktion bereits im Jahr 2003 ausgelaufen war, auf die Testung nach Mendel-Mantoux hinterfragt werden. Mittlerweile sind die Bestände an GT 10 bereits erschöpft, geringe Restbestände existieren derzeit noch für die Dosierungen GT 100 und GT 1000.

Als Übergangslösung bietet Chiron Vaccines Behring den Import des von Chiron S.r.l. in Siena hergestellten italienischen Tuberkulins Biocine PPD 5 IE lyophil an. Dieses kann über eine in Deutschland ansässige Firma bezogen werden (weitere Informationen: <http://www.chiron-behring.de> und [http://www.chiron-behring.de/cont\\_184.php?news\\_id=487](http://www.chiron-behring.de/cont_184.php?news_id=487)).

Da es sich um ein in Deutschland nicht zugelassenes Produkt handelt, ist die Einzelverordnung nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz notwendig. Der Verkauf des Biocine-Test PPD lyophil erfolgt ebenfalls bereits aus Restbeständen, da auch das italienische Werk in Siena die Produktion schon eingestellt hat. Die Tuberkulinversorgung Italiens und Deutschlands soll nach Aussage von Chiron Vaccines Behring jedoch bis 2008 gewährleistet sein.

Langfristig will Chiron Vaccines Behring die Versorgung Deutschlands und Italiens durch in Großbritannien im Werk Liverpool produziertes Tuberkulin (PPD Evans) sicherstellen. Auch dieses Werk wird zur Zeit modernisiert, die Produktion soll jedoch im April des Jahres 2006 wieder aufgenommen werden. Die Auslieferung wird voraussichtlich ab Mai 2006 möglich sein.

Bioäquivalenzstudien für die genannten Tuberkuline liegen nach Auskunft von Chiron Vaccines Behring nicht vor.

Als weitere Möglichkeit können, neben den erwähnten Tuberkulinen der Firma Chiron Vaccines Behring, auch das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Standardtuberkulin empfohlene und in vielen europäischen Ländern bereits eingeführte Tuberkulin RT 23 des Statens Serum Institut (Kopenhagen, Dänemark; [www.ssi.dk/tuberculin](http://www.ssi.dk/tuberculin)) sowie das in den USA verwendete PPD-S (Tubersol) importiert werden.

Es wird angenommen, dass die Tuberkuline folgender Dosen äquivalent sind: 10 TE Behring und 5 IE Biocine PPD und wahrscheinlich auch 10 U Evans PPD, 5 TU PPD-S (USA) und 2 TU RT23-SSI.

Zusammen mit dem RKI und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bemüht sich das DZK intensiv um eine Problemlösung, da eine kontinuierliche Tuberkulinversorgung Deutschlands zu diagnostischen Zwecken und im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen zwingend notwendig ist. Angestrebtes Ziel sollte zudem die Verwendung eines einheitlichen Tuberkulins in allen Regionen sein, da ansonsten ein standardisiertes Vorgehen und die Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene gefährdet sind.

**Für das zukünftig in Deutschland verwendete Tuberkulin sollten folgende Anforderungen erfüllt sein:**

- ▶ Bioäquivalenz zum internationalen Referenz-Tuberkulin PPD-S (Seibert) um eine standardisierte Dosis und standardisierte Interpretation der Testergebnisse\* zu gewährleisten.

- ▶ Gute Datenlage bzw. umfangreiche Produkterfahrung
- ▶ Zulassung für Deutschland
- ▶ Verlässliche und unkomplizierte Liefer- und Verfügbarkeit
- ▶ Möglichst verbraucherfreundliche Produkteigenschaften (Anwendungszeiträume, Lagerung, verfügbare Dosen)
- ▶ Möglichst geringe Rate an Starkreaktionen
- ▶ Möglichst geringe Kreuzreagibilität mit nichttuberkulösen Mykobakterien
- ▶ Akzeptables Preis-Leistungs-Verhältnis

\* Optimal wäre eine nachgewiesene Bioäquivalenz zum bisher verwendeten Tuberkulin, um die bisherigen Erfahrungen in der Interpretation ohne größere Schwierigkeiten übertragen zu können.

Um den derzeitigen Engpass in der Tuberkulinversorgung zu überbrücken, ist der Import leider unumgänglich. Das PEI informiert zum aktuellen Stand und zum Bezug von Arzneimitteln gemäß § 73 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes auf seiner Homepage (<http://www.pei.de/professionals/tuberkulinversorgung.htm>).

Zur Frage der Haftung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst im Falle der Anwendung eines in Deutschland nicht zugelassenen Produktes nahm das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg am 11.2.2005 in einem Schreiben an die Landratsämter bzw. Bürgermeisterämter folgendermaßen Stellung: „Bei hoheitlicher Tätigkeit des Arztes – z. B. bei Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes – haftet grundsätzlich der Staat bzw. die Körperschaft, in deren Dienst der Arzt steht. Eine persönliche Haftung des verschreibenden Arztes des Gesundheitsamts kommt – in Form eines Rückgriffs – nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit in Betracht (Art. 34 Satz 2 GG). Bei der Verschreibung von Einzeleinfuhrpräparaten nach § 73 Abs. 3 AMG richtet sich die Verantwortlichkeit des Arztes bei Pflichtverletzungen nach den allgemeinen Grundsätzen des Schadensersatzrechts. Je nachdem, in welchem Land das Arzneimittel zugelassen ist, sind dabei höhere Sorgfalts- und Prüfpflichten bei der Verschreibung zu beachten. Bei einem in einem EU-Mitgliedsstaat zugelassenen Arzneimittel dürften insoweit allerdings keine besonderen Anforderungen bestehen.“

Das Statens Serum Institut in Kopenhagen prüft derzeit die Möglichkeit einer Zulassung des RT 23-SSI in Deutschland. Chiron Vaccines Behring strebt keine Zulassung für das Biocine-Tuberkulin an, hat aber die Absicht, eine Zulassung für das Evans-Tuberkulin in Deutschland zu beantragen. Bis in Deutschland wieder ein zugelassenes Tuber-

kulin zur Verfügung steht, wäre es – insbesondere in Fällen, wo ein Lagerbestand an Tuberkulin unverzichtbar ist, wie beispielsweise im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in Krankenhausapotheken – überaus hilfreich, wenn eine Ausnahmeregelung für den Import unter Umgehung des §73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz erwirkt werden könnte.

Zusammenfassend liegt zum jetzigen Zeitpunkt keine endgültige Lösung vor. Es wird aber weiter intensiv daran gearbeitet, so bald wie möglich in Deutschland wieder ein

zugelassenes und qualitativ hochwertiges Tuberkulin zur Verfügung haben. Ein ausführlicher Bericht zu der beschriebenen Problematik wird voraussichtlich im Aprilheft des *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* erscheinen.

Gemeinsamer Bericht des DZK und des RKI.

**Ansprechpartner** beim DZK ist Herr Prof. Dr. Robert Loddenkemper, (loddheck@zedat.fu-berlin.de), beim RKI Herr PD Dr. Walter Haas (haasw@rki.de).

## Zu einem überregionalen Ausbruch von *Salmonella Bovismorbificans*: Erste Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie

Seit Ende des Jahres 2004 kam es in Deutschland zu einer überregionalen Häufung von Infektionen durch *Salmonella (S.) Bovismorbificans* (s. a. *Epid. Bull.* 05/05). Das Serovar *S. Bovismorbificans* findet sich in den Jahren 2001 bis 2003 regelmäßig unter den 10 häufigsten Serovaren der übermittelten Salmonellosen. So wurden 152 Fälle im Jahr 2003, 186 Fälle im Jahr 2002 und 388 Fälle im Jahr 2001 erfasst, dies entspricht einem Anteil von 0,3% (Jahre 2003 und 2002) bzw. 0,5% (Jahr 2001) an den gemeldeten Salmonellosen.

Der nachfolgende Bericht fasst den aktuellen Stand des Ausbruchs und die bisher vorliegenden Ergebnisse einer vom RKI in Kooperation mit den betroffenen Bundesländern durchgeführten Fall-Kontroll-Studie zusammen.

Seit der 49. Meldewoche 2004 wurden an das RKI mit Stand vom 17.02.2005 insgesamt 410 Nachweise von *S. Bovismorbificans* übermittelt (s. Abb. 1). Darunter befand sich auch ein Todesfall aus Nordrhein-Westfalen, der kausal mit einer Infektion durch *S. Bovismorbificans* in Zusammenhang steht. Durch Feintypisierung von Isolaten von Patienten und Schweinefleischproben mittels Lyso-typie und Pulsfeld-Gelelektrophorese am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am RKI, Standort Wernigerode, und am

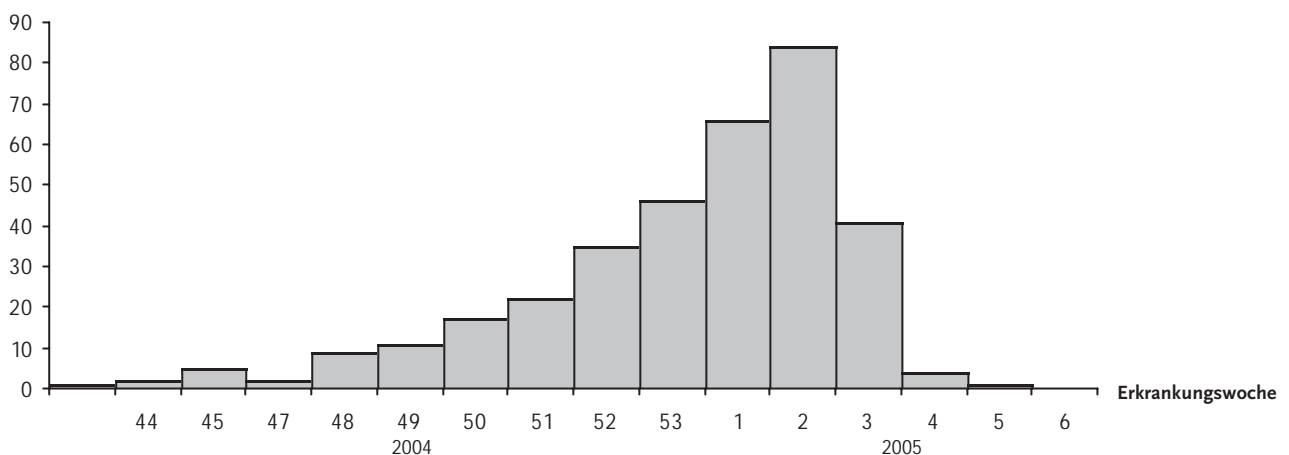
Nationalen Veterinärmedizinischen Referenzlabor (NRL) am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) konnte ein gemeinsamer Ausbruchsstamm identifiziert werden. Die überwiegende Anzahl der Erkrankungsfälle wurde dabei in den nördlichen und westlichen Bundesländern gemeldet.

Erste Befragungen einiger Erkrankter durch Mitarbeiter der zuständigen Gesundheitsämter vor Ort sowie Untersuchungsbefunde des NRL lenkten den Verdacht schon früh auf **Produkte aus rohem Schweinefleisch als Vehikel bei diesem Ausbruch**. Gemeinsam mit den hauptsächlich betroffenen Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Hamburg und Niedersachsen) wurde eine Fall-Kontroll-Studie zur Bestätigung dieser Hypothese durchgeführt.

Als **Fallpersonen** wurden in den oben genannten Bundesländern lebende Personen über 18 Jahre eingeschlossen, die nach dem 1. Januar 2005 an einer durch *S. Bovismorbificans* verursachten Gastroenteritis erkrankten und die in der Woche vor Erkrankungsbeginn nicht verreisert waren. Für jeden Erkrankten wurde eine **Kontrollperson** durch ein Zufallsverfahren ausgewählt und befragt.

Bis zum 15. Februar 2005 wurden insgesamt 91 Fall- und 85 Kontroll-Personen in die Studie eingeschlossen. Die

Anzahl d. Erkr.



**Abb. 1:** Übermittelte *S. Bovismorbificans*-Fälle nach Erkrankungswoche (n=336; 74 übermittelte Fälle ohne Angabe der Erkrankungswoche wurden nicht berücksichtigt)

Lebensmittel	Fallpersonen (n = 91)	Kontrollpersonen (n = 85)	OR	95%-KI	p
Schweinehackfleisch, roh	24	4	7,3	2,3–21,9	<0,001
Rohwurst	40	31	1,4	0,7–2,5	n.s.
Rohes Schweinehack oder/und Rohwurst	54	32	2,4	1,3–4,4	0,004
Sprossen	5	2	2,4	0,5–12,8	n.s.
Gebrautes Schweinehack	29	31	0,8	0,4–1,5	n.s.
Roher Schinken	16	20	0,7	0,3–1,5	n.s.
Geflügel	18	24	0,6	0,3–1,3	n.s.
Rohe Eier	2	3	0,6	0,1–3,8	n.s.
Kopfsalat	6	12	0,4	0,2–1,2	n.s.
Eisbergsalat	17	21	0,7	0,3–1,4	n.s.
Rohes Rinderhack	1	3	0,3	0,03–3,0	n.s.

Tab. 1: Fall-Kontroll-Studie zum Ausbruch von *S. Bovismorbificans* 2005, Expositionen der Erkrankten und der Kontrollpersonen, vorläufige Ergebnisse

vorläufigen Ergebnisse der Analysen sind in Tabelle 1 dargestellt. Von den erfragten Lebensmitteln zeigte der Verzehr von rohem Schweinehackfleisch einen deutlichen und statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Erkrankung (Odds Ratio=7,3; 95% KI: 2,3–22,  $p < 0,001$ ). Obwohl der Verzehr von Rohwürsten allein in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Erkrankung steht, können durch den Verzehr von rohem Schweinehackfleisch und/oder Rohwürsten 60 % der Erkrankungsfälle erklärt werden. Bei den Rohwürsten ist besonders Zwiebelmettwurst im vorliegenden Ausbruch als ein wahrscheinliches Vehikel zu betrachten.

Auf der Basis dieser Ergebnisse sowie der Ergebnisse von mehreren Lebensmittelproben, bei denen der Ausbruchstamm nachgewiesen wurde, erfolgen zurzeit intensive Bemühungen zur Lebensmittellrückverfolgung, um so eine mögliche Ausbruchsquelle auf der Ebene der Fleischlieferanten zu identifizieren.

Wir bitten die Gesundheitsämter, zum jetzigen Zeitpunkt keine neuen Patienten mehr mit Nachweis von *S. Bovismorbificans* in die Fall-Kontroll-Studie einzuschließen.

Neu gemeldete Fälle mit *S. Bovismorbificans* sollten jedoch auch weiterhin gezielt nach dem Verzehr von rohem Schweinehackfleisch bzw. von Rohwürsten (besonders Zwiebelmettwurst) befragt werden. Gegebenfalls sollten auch die Einkaufsorte dieser Lebensmittel erfragt werden.

Isolate von neu eingehenden Stuhl- oder Lebensmittelproben (sowie evtl. noch vorhandene Isolate älteren Datums) sollten zur weiteren Feintypisierung an das NRZ in Wernigerode unter nachfolgender Adresse geschickt werden. Ansprechpartner dort ist Herr Dr. W. Rabsch, Tel.: 01888.754-4318.

NRZ für Salmonellen u. a. bakterielle Enteritiserreger am Robert Koch-Institut (Bereich Wernigerode)  
Burgstraße 37, 38855 Wernigerode

Bericht aus dem Fachgebiet Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen (FG 35) des RKI.

Ansprechpartner sind Herr Dr. A. Jansen (JansenA@rki.de) und Herr Dr. A. Gilsdorf (GilsdorfA@rki.de).

#### Veranstaltungshinweis:

##### 7. Düsseldorf-Aachener Symposium für Krankenhaushygiene Dogmen, Mythen und Rituale in der Krankenhaushygiene

Termin: 6. April 2005

#### Veranstaltungsort:

Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstraße 30, 40225 Düsseldorf  
MNR-Klinik, Hörsaal 13

#### Themen:

Hygienemaßnahmen im Zeitalter von *evidence-based medicine* und DRGs;  
Händehygiene, Flächendesinfektion, Kleiderordnung, Trennung septisch/aseptisch; Antibiotikaeinsatz

#### Veranstalter:

Priv.-Doz. Dr. med. R. Schulze-Röbbecke, Institut für Hygiene,  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Priv.-Doz. Dr. med. S.W. Lemmen, Zentralbereich Krankenhaushygiene,  
Universitätsklinikum Aachen

#### Information und Anmeldung:

Andrea Ohmenhäuser  
Tel.: 0211.8112618  
E-Mail: ohmenha@uni-Düsseldorf.de.

#### In eigener Sache:

##### Hinweis auf den neuen Internetauftritt des Robert Koch-Instituts

Um dem Bedarf an rasch verfügbarer umfangreicher Information in fachlich hoher Qualität noch besser als bisher entgegenzukommen, hat das RKI seine Internet-Seiten neu gestaltet (s. a. *Epid. Bull.* 3/2005). Insbesondere wurde das Layout modernisiert und das Navigationssystem verbessert.

Die Veränderungen sollen es dem Nutzer erleichtern, die gewünschten Informationen rasch und unkompliziert aufzufinden. So sind etwa die viel genutzten Seiten „Infektionskrankheiten von A–Z“ jetzt direkt von der Homepage aus abrufbar. Die neuen Internetseiten sind seit Freitag, dem 18.02.2005, im Internet wie bisher unter <http://www.rki.de> verfügbar.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 16.2.2005 (4. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darrmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	71	248	222	5	8	4	3	14	17	52	325	309	2	11	8
Bayern	64	281	253	3	10	12	7	43	37	85	353	308	4	10	5
Berlin	25	85	75	1	1	0	1	11	8	37	190	134	3	20	3
Brandenburg	29	95	111	0	3	0	2	15	12	24	131	82	0	2	2
Bremen	2	6	16	0	0	0	0	1	2	16	41	32	0	0	0
Hamburg	7	44	69	1	1	2	1	3	2	33	150	119	0	0	1
Hessen	62	185	143	0	1	0	5	10	3	55	190	203	2	5	3
Mecklenburg-Vorpommern	14	54	75	0	0	1	5	20	23	23	90	54	0	0	3
Niedersachsen	59	220	261	0	2	6	0	9	14	73	334	231	0	0	2
Nordrhein-Westfalen	158	605	488	1	8	7	26	90	53	212	1.056	778	0	3	3
Rheinland-Pfalz	29	142	129	1	3	8	5	17	12	37	179	141	0	1	3
Saarland	6	30	20	0	1	0	0	2	2	11	50	56	0	0	1
Sachsen	37	172	183	2	4	3	5	29	37	66	293	205	0	4	0
Sachsen-Anhalt	32	125	119	1	5	1	18	52	36	24	124	91	0	1	1
Schleswig-Holstein	21	70	80	0	3	1	5	11	6	41	152	113	0	1	0
Thüringen	32	151	131	0	0	0	5	31	28	22	128	70	1	5	2
<b>Deutschland</b>	<b>648</b>	<b>2.513</b>	<b>2.375</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	<b>88</b>	<b>358</b>	<b>292</b>	<b>811</b>	<b>3.786</b>	<b>2.926</b>	<b>12</b>	<b>63</b>	<b>37</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B +			Hepatitis C +		
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	5	12	16	3	13	12	16	72	78
Bayern	2	8	25	1	9	9	26	89	115
Berlin	2	12	6	0	1	7	17	67	61
Brandenburg	0	0	2	0	0	2	0	4	2
Bremen	0	1	3	0	1	2	0	3	2
Hamburg	1	2	2	1	1	4	2	2	2
Hessen	9	22	8	0	4	5	7	33	35
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	4	1	3	1	1	4	2
Niedersachsen	1	5	7	2	4	8	15	56	62
Nordrhein-Westfalen	8	34	23	0	17	27	31	98	92
Rheinland-Pfalz	1	4	8	5	14	5	18	50	30
Saarland	0	1	1	0	0	3	0	0	1
Sachsen	0	3	1	0	1	2	0	6	8
Sachsen-Anhalt	1	2	1	2	8	3	3	7	9
Schleswig-Holstein	0	7	2	0	1	3	3	16	6
Thüringen	0	0	5	1	5	2	4	13	5
<b>Deutschland</b>	<b>31</b>	<b>115</b>	<b>114</b>	<b>16</b>	<b>82</b>	<b>95</b>	<b>143</b>	<b>520</b>	<b>510</b>

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-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,



Stand v. 16.2.2005 (4. Woche 2005)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
5	30	32	354	1.515	239	42	141	190	16	51	37	0	8	1	Baden-Württemberg
22	59	34	218	908	86	87	259	209	17	58	31	0	1	3	Bayern
2	12	10	172	866	149	90	280	105	8	23	17	0	2	1	Berlin
6	12	9	193	1.158	234	139	325	133	4	6	3	0	2	0	Brandenburg
1	5	3	7	99	43	4	11	3	1	2	3	1	2	0	Bremen
0	6	9	16	163	110	31	91	46	0	6	5	0	1	1	Hamburg
6	23	24	158	816	68	74	228	109	4	18	10	0	1	2	Hessen
3	14	13	164	947	159	86	247	80	10	23	11	1	13	1	Mecklenburg-Vorpommern
12	36	42	256	1.998	348	67	226	134	5	13	12	1	4	8	Niedersachsen
16	74	60	604	3.082	381	213	720	356	14	65	41	2	6	7	Nordrhein-Westfalen
9	39	28	432	1.107	239	36	135	162	4	17	9	0	1	2	Rheinland-Pfalz
2	9	12	18	164	4	19	55	15	1	3	4	0	0	0	Saarland
15	57	55	189	1.489	249	177	663	400	8	36	15	2	5	1	Sachsen
5	29	29	85	554	94	207	556	240	3	13	10	1	3	1	Sachsen-Anhalt
7	11	10	37	262	11	24	65	51	0	2	3	0	0	0	Schleswig-Holstein
10	45	29	158	977	140	54	181	208	0	7	2	0	0	0	Thüringen
121	461	399	3.061	16.105	2.554	1.350	4.183	2.441	95	343	213	8	49	28	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
2	2	4	0	1	2	9	39	59	Baden-Württemberg	
3	8	4	3	5	3	13	43	56	Bayern	
0	4	3	0	0	0	7	18	23	Berlin	
1	3	2	0	0	0	7	11	9	Brandenburg	
0	1	0	0	0	0	1	5	5	Bremen	
0	0	1	0	1	0	4	10	13	Hamburg	
0	4	9	12	58	0	8	41	42	Hessen	
0	2	2	0	0	0	2	8	13	Mecklenburg-Vorpommern	
0	3	2	0	0	1	9	52	37	Niedersachsen	
3	13	17	1	2	1	22	102	124	Nordrhein-Westfalen	
0	1	3	0	0	0	2	16	21	Rheinland-Pfalz	
0	0	1	0	0	0	1	5	7	Saarland	
1	1	4	0	3	0	0	11	13	Sachsen	
0	3	3	0	0	0	1	16	20	Sachsen-Anhalt	
0	1	1	0	1	1	0	6	13	Schleswig-Holstein	
2	4	6	0	0	0	5	12	5	Thüringen	
12	50	62	16	71	8	91	395	460	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 eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Stand v. 16.2.2005 (4. Woche 2005)

Krankheit	4. Woche 2005	1.–4. Woche 2005	1.–4. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	3	18	5	624
Brucellose	1	4	0	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	5	11	77
Dengue-Fieber	1	4	13	120
FSME	0	1	0	269
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	5	2	54
Hantavirus-Erkrankung	8	31	2	240
Influenza	177	325	614	3.485
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	4	9	5	67
Legionellose	3	28	34	471
Leptospirose	1	3	4	57
Listeriose	2	22	31	295
Ornithose	1	1	0	14
Paratyphus	1	3	3	106
Q-Fieber	1	3	5	111
Trichinellose	0	0	0	5
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	1	2	4	82

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

**Hinweise zur aktuellen ARE/Influenza-Situation**

In der 6. KW ist in Deutschland die Influenza-Aktivität weiter angestiegen. In fast allen Regionen baut sich die saisonale Influenzawelle weiter auf. Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist bundesweit stark erhöht. Sie ist in allen AGI-Regionen bis auf Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern deutlich angestiegen, ebenso stiegen die Werte der Konsultationsinzidenz und der EISS-Index (Indikator der Aktivität von ARE). Der Anstieg der Konsultationsinzidenz war wie schon in der 5. KW bei Kindern und Jugendlichen besonders ausgeprägt.

In der 6. KW Woche wurden im NRZ Berlin insgesamt 83 Influenza-A-Viren, darunter 4 A- (ohne Subtyp), 59 A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)- und 16 A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)-Viren sowie 3 Influenza-B-Viren nachgewiesen. Die Positivenrate betrug 27,6%.

**Quelle:** Wochenbericht für die 6. Woche 2005 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) und dem NRZ für Influenza am RKI.

**Zu einem multiresistenten HI-Virus bei einem Patienten in New York mit rascher Krankheitsprogression**

Mediziner haben bei einem Patienten in New York (USA) ein multiresistentes AIDS-Virus entdeckt, das bereits im Rahmen der Primärinfektion zu einem deutlichen Immundefekt führte. Nach Einschätzung des RKI ist eine Infektion mit einem multiresistenten Virus bislang zwar selten, wird aber auch in Deutschland beobachtet. Aufgrund der derzeit vorhandenen Informationen kann noch nicht eingeschätzt werden, wie ungewöhnlich der Krankheitsverlauf tatsächlich ist und ob dies auf Eigenschaften des Erregers oder eine besondere Disposition des Patienten zurückgeführt werden muss.

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.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2628  
E-Mail: EpiBull@rki.de

**Redaktion**

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)  
unter Mitarbeit von  
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und  
Dr. med. Ulrich Marcus  
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)  
E-Mail: SteffensI@rki.de;  
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann  
Tel.: 01888.754-2455  
E-Mail: FehrmannS@rki.de  
Fax.: 01888.754-2459

**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 infektions-epidemiologischen 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 dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per 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** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter:  
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

**Druck**

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

**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 A14273