



Epidemiologisches Bulletin

1. Dezember 2006 / Nr. 48

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Norovirus-Gastroenteritiden haben in den letzten Wochen deutlich zugenommen – steht eine neue Winterepidemie bevor?

Empfehlungen für Hygienemaßnahmen

Seit Anfang Oktober (40. Meldewoche) hat die Norovirus-Aktivität bundesweit deutlich zugenommen. Innerhalb von drei Wochen haben sich die Zahl der Erkrankungsfälle sowie die Zahl der Ausbrüche verdreifacht. Im Zeitraum zwischen der 40. und der 43. Meldewoche ist die Zahl der wöchentlich übermittelten Erkrankungen von 378 auf 1.315 gestiegen und die Zahl der Ausbrüche hat von 17 auf 58 zugenommen (s. Abb. 1). Es ist von einer erheblichen Untererfassung der Norovirus-Gastroenteritiden auszugehen, da nicht jeder Ausbruch sowie nicht jede sporadisch auftretende Einzelerkrankung labordiagnostisch abgeklärt werden.

Norovirus-Erkrankungen treten im gesamten Jahresverlauf auf, zeigen jedoch einen ausgeprägten saisonalen Gipfel in den Herbst- und Wintermonaten. Insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen, wie z. B. in Krankenhäusern, Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen, verursachen Noroviren Gastroenteritis-Ausbrüche, die ein erhebliches Ausmaß annehmen können. Die aktuelle Situation ist mit dem Beginn des Infektionsgeschehens der Winter 2002/2003 und 2004/2005 vergleichbar, in deren Verlauf sich eine epidemieartige Zunahme der Norovirus-Erkrankungen in Deutschland entwickelt hatte. Im Vergleich zu den Wintern mit relativ niedriger Aktivität (2001/2002, 2003/2004, 2005/2006) begann die Saison in beiden Wintern deutlich früher und erreichte bereits um den Jahreswechsel ihr Maximum (s. Abb. 2). Für diese besonderen Infektionsgeschehen war das vorherrschende Zirkulieren neuer Varianten des Genotyps GII.4 verantwortlich.

Inwieweit die aktuelle Situation einen ähnlichen Verlauf ankündigt, wie in den Wintern 2002/2003 und 2004/2005 beobachtet, lässt sich momentan noch nicht sicher beurteilen. Bei der Interpretation der Daten muss ein Diagnose- und Meldeverzug von 2 bis 3 Wochen berücksichtigt werden. Auch wenn zum jetzigen Zeitpunkt die weitere Dynamik der Norovirus-Situation in Deutschland noch nicht eindeutig abgeschätzt werden kann, ist es sinnvoll, nochmals an die empfohlenen Maßnahmen zur Eindämmung von Norovirus-Ausbrüchen zu erinnern.

Das Robert Koch-Institut hat seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) mit Einführung der Meldepflicht für Norovirus-Infektionen die Möglichkeit, die Epidemiologie der Noroviren genau zu beobachten und möchte an dieser Stelle insbesondere Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige des öffentlichen Gesundheitsdienstes ansprechen, die mit Norovirus-Ausbrüchen besonders konfrontiert sind.

Die Norovirus-Erkrankungen sind durch abrupt einsetzendes heftiges Erbrechen gekennzeichnet. Beim ersten Hinweis auf einen Norovirus-bedingten Gastroenteritis-Ausbruch sollten – ohne mikrobiologische Ergebnisse abzuwarten – unverzüglich notwendige Maßnahmen zur Verhütung weiterer Infektionen eingeleitet werden, die im RKI-Ratgeber „Noroviren“ aufgeführt und hier zur Erleichterung nochmals kurz dargestellt sind.

Diese Woche

48/2006

Norovirus-Infektionen:

Deutliche Zunahme von Gastroenteritiden

Schutzimpfungen:

Impfquote bei der Schuleingangsuntersuchung Deutschland 2005

Aus dem RKI

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
45. Woche 2006
(Stand: 29. November 2006)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur aktuellen Situation



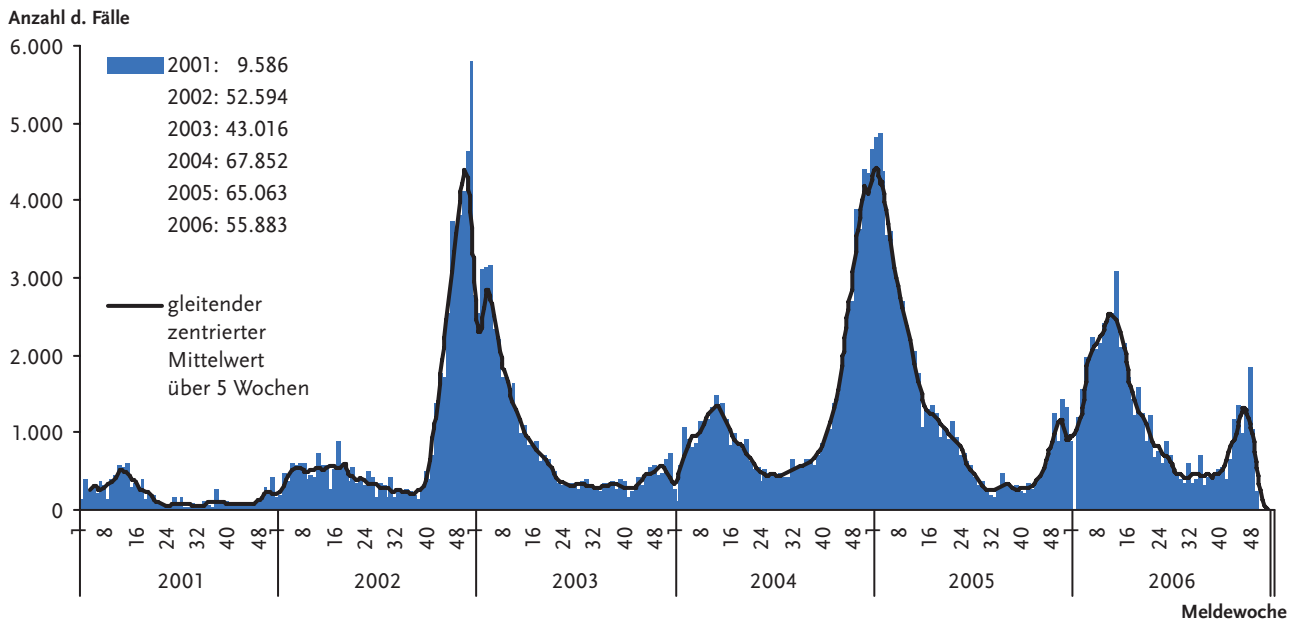


Abb. 1: Übermittelte Norovirus-Gastroenteritiden nach Meldewoche, Deutschland, 2001 bis 2006

Die wichtigsten empfohlenen Maßnahmen zur Eindämmung von Norovirus-Ausbrüchen sind (s. RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte „Noroviren“, www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter > Noroviren):

- ▶ Isolierung betroffener Patienten in einem Zimmer mit eigenem WC; ggf. Kohortenisolierung;
- ▶ Unterweisung der Patienten hinsichtlich korrekter Händehygiene, Händedesinfektion mit einem viruzid wirksamen Händedesinfektionsmittel und Pflege der Patienten mit Einweghandschuhen, Schutzkittel und ggf. Mund-Nasen-Schutz (z. B. bei potenziellem Erbrechen oder Kontakt mit Erbrochenem);
- ▶ sorgfältige Händehygiene, Händedesinfektion mit einem viruzid wirksamen Händedesinfektionsmittel nach Ablegen der Einweghandschuhe und vor Verlassen des Isolationszimmers;
- ▶ tägliche (in Sanitärbereichen ggf. häufigere) Wischdesinfektion aller patientennahen Kontaktflächen inkl. Türgriffen mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit (als Wirkstoffe sollten Perverbindungen oder Aldehyde bevorzugt werden);
- ▶ kontaminierte Flächen (z. B. mit Erbrochenem) sofort, nach Anlegen eines Mund-Nasen-Schutzes, gezielt desinfizierend reinigen;
- ▶ Pflegeutensilien personenbezogen verwenden und desinfizieren;
- ▶ Bett- und Leibwäsche als infektiöse Wäsche in einem geschlossenen Wäschesack transportieren und in einem (chemo-thermischen) Waschverfahren bei $\geq 60^\circ\text{C}$ reinigen;
- ▶ Geschirr kann in der Regel wie üblich maschinell gereinigt werden;
- ▶ Kontaktpersonen (z. B. Besucher, Familie) sind auf die mögliche Mensch-zu-Mensch-*(face-to-face)*-Übertragung als Schmier- oder Tröpfcheninfektion (insbesondere bei Erbrechen) hinzuweisen und in der korrekten Händedesinfektion zu unterweisen;
- ▶ Minimierung der Patienten-, Bewohner- und Personalbewegung zwischen den Bereichen/Stationen, um die Ausbreitung innerhalb der Einrichtung nach Möglichkeit zu verhindern (Hinweis auf die Infektionsgefahr bei notwendiger Verlegung eines Erkrankten auf eine andere Station!);
- ▶ Verlegungen in andere Bereiche der stationären Versorgung oder zwischen Gemeinschaftseinrichtungen sollten erst 72 Stunden nach Auftreten des letzten Erkrankungsfalles aus einer von einem Ausbruch betroffenen Einrichtung erfolgen. Hiervon ausgenommen sind Patienten, die nach einer Erkrankung bereits genesen sind.
- ▶ Stationen oder Bereiche, die aufgrund eines Norovirus-Ausbruches für Neuaufnahmen von Patienten gesperrt waren, sollten frühestens 72 Stunden nach Auftreten des letzten Krankheitsfalles und nach erfolgter Schlussdesinfektion wieder geöffnet werden.

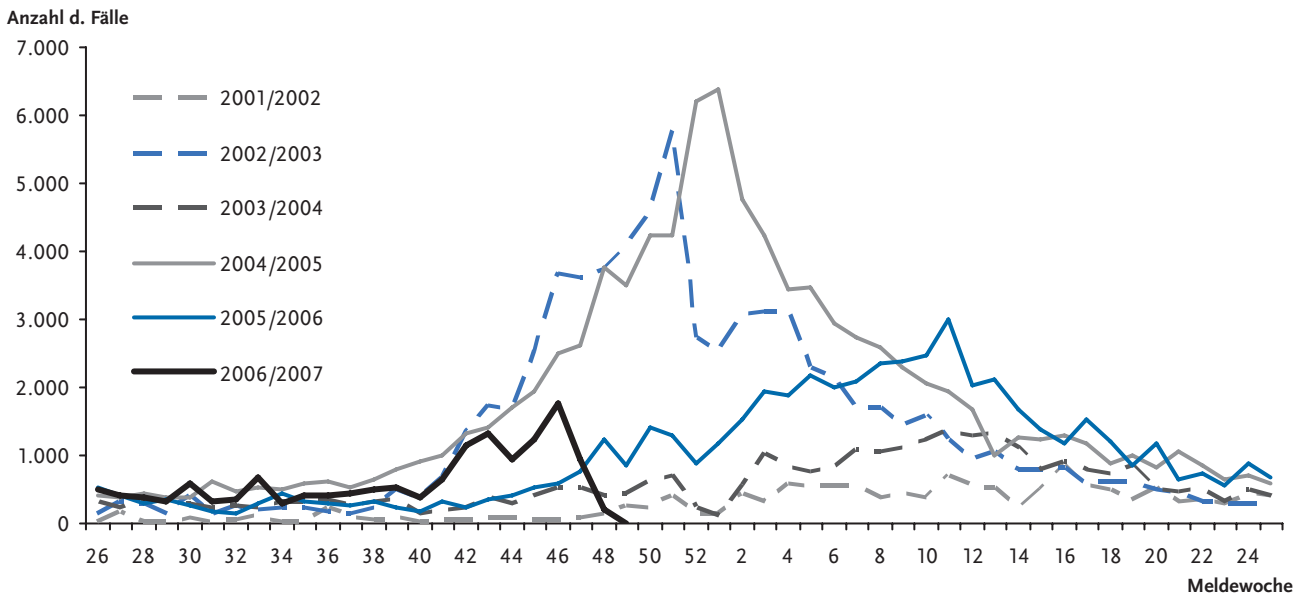


Abb. 2: Übermittelte Norovirus-Gastroenteritiden nach Meldewoche, Deutschland, Saison 2001/2002 bis 2006/2007

Für die Diagnostik im Rahmen von Ausbrüchen genügt es in der Regel, wenn Stuhlproben von 3 bis 5 Erkrankten auf Noroviren untersucht werden.

Weitere Informationen zu Norovirus-Infektionen und zum Management von Ausbrüchen finden sich auf der Homepage des Robert Koch-Instituts (s. Kasten).

Hinweise zur Labordiagnostik

Im Konsiliarlabor für Noroviren werden molekulargenetische Methoden (RT-PCR gilt derzeit als Goldstandard) in der Primärdiagnostik und Genotypdifferenzierung von Noroviren eingesetzt. Letztere Untersuchungen dienen u. a. zur Erfassung der Erregervariabilität, der Identifizierung der in Deutschland zirkulierenden Virusstämme sowie der Aufklärung von Infektketten.

Neben dem molekularen Norovirus-RNA-Nachweis kommen in Deutschland in vielen Laboren verstärkt kommerzielle Antigen-EIAs in der Routine zur Anwendung. Diese EIAs sollten aber insbesondere bei Einzeluntersuchungen nicht die einzige Stütze der Norovirus-Diagnostik sein; hier ist der molekulare Virusnachweis angezeigt. Zudem sollte man bei der Einleitung einer Norovirus-Diagnostik stets das klinische Bild der Norovirus-Infektion im Auge behalten. So besteht eine Indikation zur Norovirus-Diagnostik z. B. bei Patienten mit Erbrechen (mit oder ohne Diarrhö), sofern keine andere Ursache für die Symptome bekannt ist. Insbesondere bei Häufungen von Durchfall und Erbrechen in Gemeinschaftseinrichtungen (Kliniken, Altenheimen etc.) sollte frühzeitig eine Diagnose angestrebt werden. Sollte hier der Norovirus-Nachweis geführt über Antigen-EIAs negativ sein, obwohl der klinische Verlauf und die Ausbreitung der Infektion Norovirus-typisch sind, sollte zur Kontrolle die RT-PCR eingesetzt werden.

Leistungsangebot des Konsiliarlaboratoriums:

- ▶ Norovirus-RNA – Nachweis aus Stuhlproben und Erbrochenem
- ▶ Beratung und Unterstützung zum Norovirus-Nachweis
- ▶ Molekulare Feincharakterisierung (Genotypdifferenzierung)

Ansprechpartner für Informationen:

- ▶ Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen
Dr. Judith Koch
Tel.: 030 18.754-3484, E-Mail: KochJ@rki.de
- ▶ Konsiliarlaboratorium für Noroviren
Robert Koch-Institut
PD Dr. Eckhard Schreier
Tel.: 030 18.754-2379, E-Mail: SchreierE@rki.de

Weitere Informationsquellen:

- ▶ RKI-Ratgeber für Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte „Erkrankungen durch Noroviren“ (www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter > Noroviren)
- ▶ Hinweise zum Management von Ausbrüchen durch Noroviren in Krankenhäusern (www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Informationen zu ausgewählten Erregern)
- ▶ Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren (www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Desinfektion)
- ▶ Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen (www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene > Reinigung, Desinfektion, Sterilisation)
- ▶ Infektionsprävention in Heimen – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene > Betriebsorganisation in speziellen Bereichen)

Bericht aus dem Fachgebiet Gastroenterologische Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Judith Koch (KochJ@rki.de).

Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2005

Erstmals Daten aus allen Bundesländern verfügbar

Für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Impfprogrammen sind aktuelle belastbare Daten über die Epidemiologie impfpräventabler Infektionskrankheiten sowie über den Immun- und Impfstatus der Bevölkerung notwendig. Eine wichtige Datenquelle für die Ermittlung des Impfstatus sind die Daten, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen durch die Gesundheitsämter oder von ihnen beauftragte Ärzte nach § 34 Abs. 11 IfSG erhoben werden. Das Robert Koch-Institut ist mit der zentralen Erfassung und Analyse der aggregierten Impfquoten betraut.

Die Schuleingangsuntersuchungen zeigen über die Jahre einen kontinuierlichen Anstieg der Impfungen. Ein Vergleich der bei den Schuleingangsuntersuchungen 1996, 2002 und 2005 ermittelten Impfquoten bei Kindern mit vorgelegtem Impfausweis zeigt, dass der hohe Anteil der gegen Diphtherie, Tetanus und Polio geimpften Kinder in dem beobachteten Zeitraum noch leicht angestiegen ist, ebenso der Anteil der Kinder mit erster Masernimpfung (s. Abb. 1). Besonders deutlich fiel der Anstieg bei den Hepatitis-B-, HiB-, Pertussis-Impfungen und der 2. Masernimpfung aus. So lag 1996 die Impfquote für Pertussis bundesweit bei 34,5%, im Jahr 2005 dagegen schon bei 91,9%. Neben dem Anstieg der Impfquoten ist auch ein langsamer Anstieg des Anteils der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis festzustellen. Im Jahr 1996 wurde bundesweit von 88,2% der einzuschulenden Kinder ein Impfausweis vorgelegt, 2005 bereits von 91,2%.

Für 2005 liegen dem RKI erstmals Impfdaten aus allen Bundesländern vor. Die Impfquoten der Vorschulkinder

mit vorgelegtem Impfausweis für Diphtherie (97,5%), Tetanus (97,8%) und Poliomyelitis (96,2%) sind weiterhin als sehr gut einzustufen. Bei Pertussis sind die Impfquoten vor allem in den alten Bundesländern weiter angestiegen, sie liegen aber deutlich hinter den in den neuen Bundesländern erreichten Impfquoten zurück (s. Tab. 1, S. 431). Immer noch unzureichend für einen Schutz dieser Altersgruppen sind die Impfquoten für die seit 1995 von der STIKO empfohlenen Hepatitis-B-Impfungen mit 86%, ebenso wie für die Masernimpfungen.

Insgesamt sind die einzuschulenden Kinder in den neuen Bundesländern besser geimpft als in den alten Bundesländern. Am deutlichsten fällt dieser Unterschied bei der 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung auf: So liegt die Impfquote in den neuen Bundesländern mit 84,6% um 11,5 Prozentpunkte höher als in den alten Bundesländern. Betrachtet man die Spannweite der Impfquoten, die in den Bundesländern durchschnittlich erzielt wurden, so zeigen sich vor allem bei der Pertussis-, der HiB-, der Hepatitis-B- sowie der Masern-Mumps-Röteln-Impfung zwischen den Ländern große Unterschiede.

Diese Impfdaten stellen den maximal erreichten Impfschutz dar und müssen vermutlich etwas nach unten korrigiert werden, da sie nur auf den Daten der Kinder mit Impfausweis beruhen. Diese haben vermutlich einen etwas besseren Impfschutz als Kinder, die ihren Impfpass nicht vorlegen. Verallgemeinerbare Daten dazu liegen jedoch nicht vor.

Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention der Abteilung für Infektions-epidemiologie des RKI.

Ansprechpartnerin ist Sabine Reiter (ReiterS@rki.de).

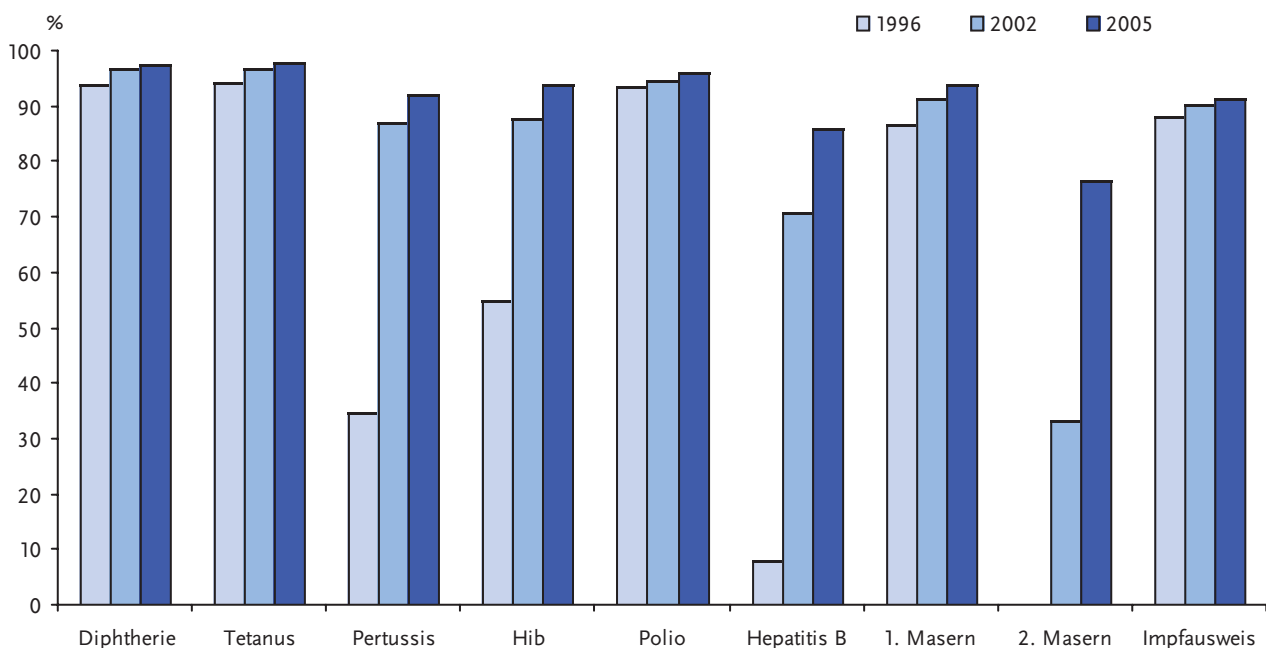


Abb. 1: Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 1996/2002/2005

Bundesland	Anzahl untersuchter Kinder	davon Impfausweis vorgelegt (%)	Impfquoten in %											
			Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Hib	Polio	Hep. B	Masern		Mumps		Röteln	
									1.	2.	1.	2.	1.	2.
Baden-Württ.	107.097	92,2	98,2	98,7	91,3	92,8	95,9	82,4	93,0	72,4	92,9	72,3	91,9	71,4
Bayern	131.984	93,7	97,1	97,8	89,7	92,4	95,6	78,0	90,8	67,9	90,6	67,7	90,0	67,2
Berlin	27.684	91,1	95,7	95,9	92,1	93,5	97,5	88,5	93,5	78,8	93,1	78,4	92,8	78,1
Brandenburg	24.706	93,3	99,0	99,2	95,5	95,5	98,2	91,7	96,9	85,6	96,5	85,2	96,2	84,9
Bremen	5.617	85,0	98,6	98,8	89,4	92,2	95,2	84,9	92,9	67,8	91,5	66,1	86,1	61,3
Hamburg	10.704	90,2	95,7	96,1	92,9	90,9	94,8	84,0	94,4	79,2	93,8	78,6	92,9	77,5
Hessen	63.175	92,4	98,3	98,7	92,6	94,7	96,5	86,1	95,1	74,1	94,7	73,8	93,7	72,3
Mecklenb.-Vorp.	13.582	91,5	97,5	97,6	96,1	95,8	98,7	93,5	97,3	87,1	97,2	86,9	97,1	86,9
Niedersachsen	87.145	91,1	96,0	96,2	93,5	94,8	96,9	89,4	94,7	74,6	94,4	74,4	93,7	73,4
NRW	182.245	87,9	97,9	98,3	90,6	93,1	96,0	87,7	94,4	74,7	94,1	74,5	93,3	73,6
Rheinld.-Pfalz	43.483	91,0	96,6	95,6	94,3	94,7	95,8	89,6	94,4	74,9	94,4	75,0	93,9	74,5
Saarland	9.817	91,5	95,1	95,2	91,4	94,3	94,7	90,4	95,2	81,0	94,5	80,6	94,1	80,2
Sachsen	31.123	93,4	96,8	96,9	96,5	95,7	95,0	92,0	98,3	84,1	98,1	83,9	97,9	83,5
Sachsen-Anhalt	17.301	92,0	98,0	98,3	95,0	96,4	97,2	93,1	97,2	84,2	97,2	84,2	97,2	84,2
Schlesw.-Holst.	30.667	89,4	97,9	98,7	91,2	93,2	96,2	86,7	94,0	76,9	93,7	76,7	93,0	76,2
Thüringen	17.545	93,8	99,1	99,3	94,7	94,9	98,1	89,2	97,5	83,5	97,2	83,3	97,1	83,1
Dtld. gesamt	803.875	91,2	97,5	97,8	91,9	93,7	96,2	86,0	94,0	76,6	93,7	76,4	93,0	75,6
Alte Bundesld.	699.618	90,9	97,4	97,7	91,4	93,4	96,1	85,1	93,5	73,3	93,3	73,1	92,5	72,3
Neue Bundesld.	104.257	93,0	98,2	98,3	95,5	95,6	97,1	91,8	97,4	84,8	97,2	84,6	97,1	84,4

Tab. 1: Impfquoten in Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2005 (n = 733.030) nach Bundesländern. Für Sachsen wurden bei der Masern-, Mumps-, Röteln-Impfung die Daten aus den 2. Klassen verwendet. Stand: November 2006

Aus dem RKI: Professor Dr. Helmut Tschäpe tritt in den Ruhestand

Das überaus fruchtbare wissenschaftliche Wirken von Prof. Dr. Helmut Tschäpe, Leiter des Fachgebietes „Bakterielle Infektionen“ und Leiter der Außenstelle Wernigerode des Robert Koch-Instituts des RKI, wurde anlässlich des Erreichens der Altersgrenze am 27. Oktober 2006 mit einer Akademischen Feierstunde im Robert Koch-Institut in Wernigerode gewürdigt.

40 Jahre zuvor hatte er hier 1966 am damaligen Institut für Experimentelle Epidemiologie seine Tätigkeit aufgenommen. Die Erforschung der molekular-epidemiologischen Grundlagen des Auftretens und der Verbreitung bakterieller Erreger gastrointestinaler Infektionen und ihre Charakterisierung im Hinblick auf Virulenz- und Resistenzeigenschaften blieb über vier Jahrzehnte das zentrale Thema seiner beruflichen Tätigkeit. Die verschiedenen von ihm geleiteten Arbeitsgruppen konnten mehrfach wissenschaftliche Pionierarbeit leisten und haben zukunfts-trächtige Konzepte etabliert. Trotz erheblicher politisch bedingter Schwierigkeiten gelang es ihm schon vor der Wende, die wenigen Möglichkeiten einer internationalen Zusammenarbeit, z. B. mit Forschergruppen in Bristol, London und Boston, intensiv zu nutzen. An der Martin-Luther-Universität Halle, wo er 1972 zum Dr. rer. nat. und 1975 zum Dr. sc. nat. promoviert worden war und seit 1978 im Fachbereich Genetik lehrte, wurde Helmut Tschäpe zum Professor ernannt.

Sichtbarer Ausdruck seiner Kreativität und besonders ausgeprägten Kooperativität sind 286 mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern publizierte Arbeiten in internationalen Zeitschriften, eine Reihe von Buchbeiträgen, die aktive Beteiligung an Forschungsnetzwerken sowie auch die Betreuung zahlreicher Diplomanden und Doktoranden. Seine Monographie „Plasmide, Biologische Grundlagen, praktische Bedeutung“ (1987) ist noch heute ein wichtiges deutschsprachiges Kompendium.

Aus der Sicht der Epidemiologie ist die in ihm personalisierte enge Verbindung von Mikrobiologie und Epidemiologie sowie von theoretischen und angewandten Fragen hervorzuheben. Bereits in der DDR hatte er mit seinem Team Referenzfunktionen (Lysozym, Plasmide u. a.) wahrgenommen, nach 1990 war er für das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen u. a. Enteritiserreger, zunächst gemeinsam mit Prof. Dr. J. Bockemühl, Hamburg, verantwortlich. Auch das *Epidemiologische Bulletin* verdankt ihm manchen Bericht und fachlichen Rat.

Die Leitung des RKI wünscht Herrn Professor Tschäpe für die neue Lebensphase alles Gute, nicht zuletzt Gesundheit, und dankt auch an dieser Stelle für sein erfolgreiches Wirken als Wissenschaftler und Leiter im Sinne der Aufgaben des Instituts.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 29.11.2006 (45. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
	2006			2005			2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	111	4.838	5.262	4	117	100	5	309	257	116	5.387	5.531	0	117	122		
Bayern	119	4.864	6.241	5	211	238	35	929	924	130	7.195	7.610	3	151	188		
Berlin	36	1.930	2.812	0	14	30	1	76	161	23	1.682	1.725	1	49	123		
Brandenburg	33	1.671	2.142	1	24	41	4	286	226	36	1.629	1.770	0	18	27		
Bremen	7	273	506	0	4	6	1	30	36	12	220	251	1	19	2		
Hamburg	37	1.367	1.760	1	28	24	1	29	19	19	923	768	0	23	42		
Hessen	54	2.396	3.147	0	21	21	4	133	118	81	3.127	2.964	0	44	87		
Mecklenburg-Vorpommern	22	1.517	1.882	0	8	12	9	304	262	37	1.312	988	0	6	13		
Niedersachsen	68	3.469	4.606	2	157	108	8	246	191	109	3.984	4.028	0	36	37		
Nordrhein-Westfalen	280	11.556	14.352	5	246	222	18	1.113	960	253	9.268	8.679	0	49	88		
Rheinland-Pfalz	53	2.150	2.683	0	46	72	9	246	247	91	2.787	3.076	0	35	74		
Saarland	12	783	913	0	10	10	1	39	38	8	719	606	0	2	4		
Sachsen	80	3.750	4.713	2	70	40	21	874	672	49	3.170	3.503	5	75	102		
Sachsen-Anhalt	36	1.220	1.672	0	26	28	11	519	531	36	1.727	1.942	2	19	36		
Schleswig-Holstein	39	1.608	2.052	2	52	49	1	73	100	40	1.181	1.222	0	14	24		
Thüringen	29	1.260	1.550	1	22	15	11	355	396	36	1.937	1.979	1	43	84		
Deutschland	1.016	44.652	56.293	23	1.056	1.016	140	5.561	5.138	1.076	46.248	46.642	13	700	1.053		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
	2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	1	99	96	1	103	110	20	1.121	981		
Bayern	2	130	171	6	114	134	28	1.322	1.594		
Berlin	3	112	84	0	64	77	20	785	868		
Brandenburg	2	20	27	0	20	12	3	88	88		
Bremen	0	14	14	0	3	9	1	23	33		
Hamburg	1	51	34	0	39	23	0	56	48		
Hessen	5	129	104	2	77	81	6	392	423		
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	7	0	14	16	2	71	72		
Niedersachsen	2	73	112	0	80	112	11	506	614		
Nordrhein-Westfalen	12	263	252	8	270	246	14	887	1.156		
Rheinland-Pfalz	2	57	64	1	82	87	4	383	508		
Saarland	0	13	6	0	12	18	0	37	51		
Sachsen	1	24	25	0	40	35	1	230	249		
Sachsen-Anhalt	1	15	21	3	32	65	2	192	193		
Schleswig-Holstein	0	30	33	1	28	24	7	236	220		
Thüringen	2	17	17	0	43	32	1	141	166		
Deutschland	34	1.060	1.067	22	1.021	1.081	120	6.470	7.264		

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. 29.11.2006 (45. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
7	214	300	132	5.087	4.170	17	4.447	2.927	10	540	575	2	129	121	Baden-Württemberg
6	509	502	93	4.223	3.867	33	7.449	5.787	9	538	729	0	66	60	Bayern
1	124	160	39	2.512	3.776	13	2.053	2.241	13	265	286	2	87	52	Berlin
5	179	198	91	2.544	3.957	8	4.029	3.496	4	54	69	1	40	49	Brandenburg
0	18	29	8	297	476	0	309	234	0	20	42	0	16	27	Bremen
3	79	114	181	2.905	1.430	3	1.345	944	2	82	110	1	15	12	Hamburg
7	241	221	97	1.899	2.305	9	2.445	1.949	1	200	205	1	28	53	Hessen
3	141	145	35	2.164	3.284	8	3.739	3.326	2	120	180	0	135	118	Mecklenburg-Vorpommern
11	468	476	94	4.467	4.873	13	5.135	3.229	7	193	209	4	127	133	Niedersachsen
20	714	796	75	7.924	8.820	36	10.003	7.114	13	581	774	6	210	237	Nordrhein-Westfalen
3	244	303	87	2.117	3.310	5	3.125	2.206	6	187	156	1	30	32	Rheinland-Pfalz
1	79	102	1	114	791	0	604	488	0	33	29	1	2	3	Saarland
13	546	600	145	6.867	7.433	55	9.672	8.613	6	191	328	4	130	177	Sachsen
5	289	310	55	2.696	2.392	22	3.760	4.389	2	75	132	1	29	52	Sachsen-Anhalt
3	157	187	15	1.419	1.264	2	1.226	932	1	50	59	0	7	12	Schleswig-Holstein
11	432	480	51	4.076	3.487	15	4.472	3.332	3	65	79	0	22	31	Thüringen
99	4.434	4.923	1.199	51.311	55.635	239	63.813	51.207	79	3.194	3.962	24	1.073	1.169	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
3	46	50	0	119	21	5	540	630	Baden-Württemberg	
1	78	77	0	65	320	15	662	861	Bayern	
0	21	23	0	57	39	4	283	283	Berlin	
1	18	22	0	9	7	4	80	127	Brandenburg	
3	7	6	0	2	1	2	63	54	Bremen	
1	8	12	0	15	7	4	168	156	Hamburg	
0	21	29	0	62	257	4	395	502	Hessen	
0	10	12	0	2	1	1	62	109	Mecklenburg-Vorpommern	
1	41	58	0	79	37	12	381	377	Niedersachsen	
3	138	142	1	1.721	29	15	1.186	1.264	Nordrhein-Westfalen	
1	16	18	1	57	19	0	191	248	Rheinland-Pfalz	
0	7	10	0	0	0	2	70	77	Saarland	
0	26	29	0	1	15	2	155	182	Sachsen	
0	21	13	0	6	3	7	127	149	Sachsen-Anhalt	
1	16	14	0	69	6	0	108	108	Schleswig-Holstein	
0	10	28	0	7	1	3	122	116	Thüringen	
15	484	543	2	2.271	763	80	4.593	5.243	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

Stand v. 29.11.2006 (45. Woche 2006)

Krankheit	45. Woche 2006	1.–45. Woche 2006	1.–45. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	4	492	111	138
Brucellose	1	32	24	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	72	74	91
Dengue-Fieber	4	139	127	144
FSME	4	513	409	431
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	58	74	79
Hantavirus-Erkrankung	1	48	426	448
Hepatitis D	0	15	12	15
Hepatitis E	0	43	49	54
Influenza	3	3.757	12.696	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	92	59	70
Legionellose	6	476	477	556
Leptospirose	0	37	50	58
Listeriose	1	376	426	510
Ornithose	0	22	30	33
Paratyphus	2	65	50	56
Q-Fieber	4	194	404	416
Trichinellose	0	21	0	0
Tularämie	0	0	3	15
Typhus abdominalis	1	65	67	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:**Hessen, 45 Jahre, männlich
(Infektionsland Indien; 51. Chikungunya-Fall 2006)**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza**

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) befindet sich insgesamt auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Der Praxisindex als Indikator für die Morbidität durch ARE war in der vergangenen Woche auf dem Niveau der Vorwoche und hat in vier der zwölf AGI-Regionen die Werte der Hintergrundaktivität erreicht (Hessen, Schleswig-Holstein/Hamburg) bzw. geringfügig überschritten (Brandenburg/Berlin, Nordrhein-Westfalen). Da in dieser Saison bisher nur sehr sporadisch Influenza-Erkrankungen an das RKI übermittelt wurden, ist der leichte Anstieg des Praxisindex aber nicht mit einer Influenza-Zirkulation in Zusammenhang zu bringen. In den seit der 40. Woche beim NRZ eingegangenen Patientenproben konnten noch keine Influenzaviren nachgewiesen werden.

Internationale Situation: Auch in anderen europäischen Ländern werden bisher nur vereinzelte Influenza-Erkrankungen gemeldet.

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland: Aktuell gibt es keine Fälle von Infektionen mit hochpathogenen Influenzaviren vom Subtyp A/H5N1 bei Wildvögeln oder Hausgeflügelbeständen in Deutschland. Die Wahrscheinlichkeit eines Eintrags von A/H5N1-Viren ausgehend von Wildvögeln in die Hausgeflügelbestände Deutschlands wird aber nach wie vor als hoch eingeschätzt. Weitere Infos finden sich unter <http://www.fli.bund.de> (Friedrich-Loeffler-Institut).

International: In Südkorea gab es einen Ausbruch aviärer Influenza A/H5N1 bei Hühnern. Vorsorglich wurde weiteres Geflügel gekeult und ein Beobachtungsbezirk von 10 km um die Ausbruchsfarm errichtet.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 47. Woche 2006 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, <http://influenza.rki.de/agi>), dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 030 18.754-0
Fax: 030 18.754-26 28
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
im Auftrag des Robert Koch-Institutes und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 030 18.754-23 24
E-Mail: KiehlW@rki.de, MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 030 18.754-24 55
Fax.: 030 18.754-24 59
E-Mail: FehrmannS@rki.de**Vertrieb und Abonentenservice**Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.94 87 81-3**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 E 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit E 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** (Polling) unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „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