



Epidemiologisches Bulletin

12. Januar 2007 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut: Fragen und Antworten zur Möglichkeit einer Impfung gegen Rotaviruserkrankungen

Die STIKO nimmt in der Rubrik „Häufig gestellte Fragen (FAQ)“ ergänzend zu ihren Empfehlungen, Begründungen und Hinweisen zu Sachverhalten von allgemeinem oder aktuellem Interesse Stellung.

Seit Sommer 2006 sind in Deutschland zwei orale Impfstoffe gegen Rotaviren verfügbar. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat sich mit der Frage einer Impfung gegen Rotaviruserkrankungen beschäftigt, diese aber bisher nicht generell empfohlen. Innerhalb der Ärzteschaft sind seit Zulassung der Impfstoffe zunehmend Fragen zu deren Anwendung entstanden. Die STIKO möchte mit den folgenden Ausführungen einige dieser Fragen beantworten. Zur Anwendung der beiden Impfstoffe sind die Fachinformationen der Hersteller zu beachten. Zur weiteren Information wird auf die dazu vorliegenden wissenschaftlichen Publikationen (auch aus dem RKI) und auf die Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (www.dakj.de) hingewiesen.

Wer ist in Deutschland von Infektionen durch Rotaviren betroffen? Welche Krankheit wird durch den Erreger ausgelöst?

Rotaviren sind in Deutschland – neben den Noroviren – häufig nachgewiesene Erreger von akuten Durchfallerkrankungen. Der Erkrankungsgipfel einer Infektion mit Rotaviren liegt in den ersten Lebensjahren. Bis zum 3. Lebensjahr sind über 90% der Kinder infiziert, bis zum 5. Lebensjahr ist in der Regel bei allen Kindern eine Rotavirusinfektion abgelaufen. Reinfektionen oder Infektionen mit anderen Serotypen sind möglich, verlaufen in der Regel jedoch klinisch weniger schwer. Infektionen können alle Altersgruppen betreffen, jedoch werden Krankheitsverläufe, die eine Krankenhausbehandlung notwendig machen, vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern sowie bei älteren Personen beobachtet. Erkrankungen durch Rotaviren verlaufen in Deutschland aufgrund der gesicherten medizinischen Versorgung nur selten tödlich.

Für wen ist eine Impfung gegen Rotaviren sinnvoll?

Die in Deutschland zugelassenen Impfstoffe gegen Rotaviren sind nur für Säuglinge bis zur 24. bzw. 26. Lebenswoche zugelassen (produktspezifische Zulassung beachten), so dass nur junge Säuglinge geimpft werden können. Da Kinder in der Regel spätestens bis zum 5. Lebensjahr mit Rotavirus infiziert werden, können unter den Kindern nur unzureichend Risikogruppen definiert werden, die ein erhöhtes Risiko für eine Rotavirusinfektion aufweisen. Es ist zu erwägen, Säuglinge unter Berücksichtigung ihrer individuellen sozialen und gesundheitlichen Situation durch eine Impfung vor einer Rotavirusinfektion zu schützen. Zum Beispiel können Säuglinge, die in Kindertagesstätten o.ä. versorgt werden, von einer Impfung gegen Rotaviren profitieren.

Diese Woche

2/2007

Schutzimpfungen:

Impfung gegen Rotaviruserkrankungen – STIKO antwortet auf häufig gestellte Fragen (FAQ)

Rotaviruserkrankungen:

- ▶ Zum aktuellen Vorkommen in Deutschland
- ▶ Ausgewählte Literaturhinweise

In eigener Sache

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
51. Woche 2006
(Stand: 10. Januar 2007)

Malaria:

Erkrankungen nach Rückkehr aus Goa

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur aktuellen Situation



Wie ist die Wirksamkeit der beiden in Deutschland zugelassenen Impfstoffen gegen Rotaviren zu beurteilen?

Die Wirksamkeit (Effektivität) beider Rotavirusimpfstoffe ist hoch. In den Zulassungsstudien konnte für die Verhinderung einer schweren Rotaviruserkrankung eine Effektivität von 96–98 % nachgewiesen werden. Über 90 % aller Krankenhausbehandlungen wegen Rotavirusinfektionen können durch die Impfung gegen Rotaviren verhindert werden. In den Zulassungsstudien wurde eine Reduktion von 74–87 % aller Rotaviruserkrankungen – unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung – durch die Impfung beschrieben.

Wie lange hält der Schutz an, der durch eine Impfung gegen Rotaviren aufgebaut wird?

Die derzeit vorliegenden Daten aus den Zulassungsstudien lassen eine Bewertung der Dauer des Impfschutzes nicht zu. Es liegen Hinweise dafür vor, dass nach einer vollständigen Immunisierung gegen Rotaviren ein Schutz für 2 bis 3 Jahre besteht.

Was ist bei der Gabe der in Deutschland zugelassenen Impfstoffe gegen Rotaviren zu beachten?

Für beide in Deutschland zugelassenen Rotavirusimpfstoffe konnten in umfangreichen Zulassungsstudien (> 130.000 Studienteilnehmer) eine gute Wirksamkeit und geringe Nebenwirkungen nachgewiesen werden. Beide Impfstoffe

werden – je nach Impfstoff in 2 bzw. 3 Dosen – oral verabreicht. Die erste Gabe des Impfstoffs erfolgt ab der 6. Lebenswoche, die letzte Dosis sollte entsprechend des zugelassenen Impfschemas vor Vollendung der 24. bzw. 26. Lebenswoche verabreicht werden. Der eng umschriebene Zeitraum für eine Immunisierung gegen Rotaviren soll die Gefahr einer Invagination (Darmeinstülpung) minimieren. Invaginationen wurden im Zusammenhang mit der Gabe eines Rotavirusimpfstoffs beschrieben, der 1998 in den USA zugelassen war und nach wenigen Monaten wegen der vermehrt beobachteten Invaginationen wieder vom Markt genommen wurde. In den Zulassungsstudien der aktuell in Deutschland zugelassenen Rotavirusimpfstoffe konnte wissenschaftlich valide gezeigt werden, dass das Risiko einer Invagination nach Gabe der Impfstoffe nicht erhöht ist (s. u.).

Liegen Unterschiede zwischen den beiden in Deutschland zugelassenen Impfstoffen gegen Rotaviren vor?

Bei beiden Impfstoffen gegen Rotaviren handelt es sich um Lebendimpfstoffe. Der eine Impfstoff enthält ein lebendes humanes Rotavirus, Stamm RIX 4414, Serotyp G1/P[8]. Der andere beinhaltet lebende human-bovine Rotavirus-Reassortanten der Serotypen G1, G2, G3, G4 und P[8]. Beide Impfstoffe sind vergleichbar bezüglich ihrer Wirksamkeit, ihrer Sicherheit und Verträglichkeit. Unterschiedliche Impfstoffschemata (2 bzw. 3 Dosen) sind zu beachten.

Zum aktuellen Auftreten von Rotavirusinfektionen in Deutschland

Daten zu Rotaviruserkrankungen in Deutschland liegen dem Robert Koch-Institut seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 vor. Nach IfSG § 7 Absatz 1 sind alle labordiagnostisch gesicherten Nachweise von Rotaviren meldepflichtig. Für das Jahr 2005 wurden 54.240 Erkrankungen auf dem Meldeweg übermittelt, für 2006 (bis zur 50. Woche) 65.785.

Die Meldedaten spiegeln nur einen kleinen Teil der tatsächlichen Morbidität wider (Diagnostik in der Regel nur bei schweren Verläufen u. a.). Es wird eine typische Saisonalität mit einem Gipfel in den Monaten März/April beobachtet. Die Meldeinzidenz ist in den neuen Bundesländern deutlich höher (vermutlich unterschiedliches Diagnose- und Meldeverhalten).

Die höchste altersspezifische Inzidenz findet sich bei unter 5-Jährigen (75 % aller Rotavirus-Infektionen) mit einer besonderen Beteiligung der Kinder im 1. und 2. Lebensjahr.

Im Jahr 2005 betrafen aber immerhin auch rund 8 % der übermittelten Erkrankungen Personen im Alter von über 60 Jahren. Nach aktuellen Schätzungen werden in Deutschland jährlich zwischen 13.000 und 24.000 Kinder unter 5 Jahren wegen einer Rotaviruserkrankung in einem Krankenhaus behandelt. Vorwiegend Kleinkinder bedürfen einer stationären Behandlung. Nosokomiale Rotaviruserkrankungen besitzen eine erhebliche praktische Bedeutung. Die Letalität von Rotaviruserkrankungen ist in entwickelten Ländern, wie Deutschland sehr gering (0,1 %). In Deutschland wurden im Jahr 2004 sechs und im Jahr 2005 vier Sterbefälle aufgrund einer RV-Infektion gemeldet.

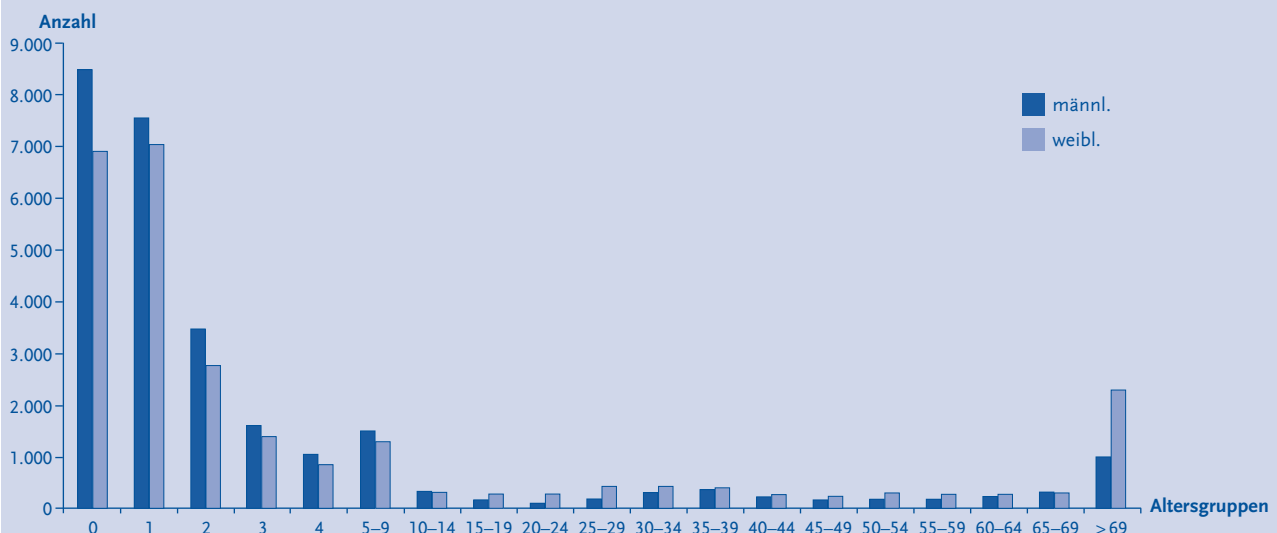


Abb. 1: Dem RKI für das Jahr 2005 übermittelte Rotaviruserkrankungen nach Alter und Geschlecht (n = 54.222; Fälle mit Angaben zur Erkrankung, zum Geburtsdatum und Geschlecht; Datenstand: November 2006)

Welche Nebenwirkungen können im Zusammenhang mit einer Impfung gegen Rotaviren beobachtet werden?

In den Fachinformationen der beiden verfügbaren Rotavirusimpfstoffe sind folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) als „sehr häufig“ oder „häufig“ aufgeführt: Reizbarkeit, Appetitverlust, Durchfall, Erbrechen, Blähungen, Bauchschmerzen, Fieber und Müdigkeit, Infektionen der oberen Luftwege.

In den Zulassungsstudien beider in Deutschland zugelassenen Rotavirusimpfstoffe wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen Gabe des Impfstoffs und einer Invagination festgestellt werden kann. Dazu wurde die Häufigkeit von aufgetretenen Invaginationen nach Impfstoffgabe und nach Placebogabe miteinander verglichen. In den Studien lag das Relative Risiko (RR) für das Auftreten einer Invagination nach Gabe von Impfstoffen gegen Rotaviren unter oder um 1 (RR nach der 1. Dosis des einen in Deutschland zugelassenen Impfstoffes RR = 0,5, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,07–3,8; nach der 2. Dosis RR = 0,99, 95% KI 0,3–3,2; RR nach Gabe des anderen in Deutschland zugelassenen Impfstoffes RR = 0,8, 95% KI 0,3–1,8). Die europäische Zulassungsbehörde hat derzeit keinen Hinweis auf ein vermehrtes Auftreten von Invaginationen im Zusammenhang mit der Impfung gegen Rotaviren.

Können die in Deutschland zugelassenen Impfstoffe gegen Rotaviren gleichzeitig mit anderen Impfstoffen verabreicht werden?

Eine gleichzeitige Gabe der in Deutschland zugelassenen Impfstoffe gegen Rotaviren mit Impfstoffen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, *Haemophilus influenzae* Typ b und Hepatitis B – entweder monovalent gegeben oder mit hexavalenten Kombinationsimpfstoffen – ist möglich (s. Fachinformationen). Der Rotavirusimpfstoff kann gleichzeitig mit dem siebervalenten konjugierten Pneumokokkenimpfstoff verabreicht werden.

Werden die Impfviren der Rotavirusimpfstoffe im Stuhl der Säuglinge ausgeschieden?

Da es sich bei den Impfstoffen gegen Rotavirus um Lebendimpfstoffe handelt, können die Impfviren im Stuhl des Impflings ausgeschieden werden. Eine Ausscheidung des Impfvirus tritt zumeist in den ersten sieben Tagen nach der 1. Dosis der Impfung auf. Bei beiden in Deutschland zugelassenen Impfstoffen gegen Rotaviren werden Impfviren im Stuhl bei 9–17% der Impflinge nachgewiesen. Eine Übertragung des ausgeschiedenen Impfvirus auf Kontaktpersonen kann beobachtet werden, verläuft aber in der Regel ohne klinische Symptome. Trotzdem sollten Impfstoffe gegen Rotaviren bei Säuglingen, die Kontakt zu immunsupprimierten Personen haben, nur mit Vorsicht angewendet werden.

Immunsupprimierte Personen sollten bei Kontakt mit gegen Rotaviren geimpften Säuglingen besondere Hygienemaßnahmen beachten (z. B. ihre Hände waschen, wenn sie die Windel des Säuglings gewechselt haben).

Übernehmen die Krankenkassen die Kosten für die Impfung gegen Rotaviren bei Säuglingen?

Die Erstattung der Kosten von Impfungen sind Satzungsleistungen der Krankenkassen. In der Regel werden die von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen von den Kassen übernommen. Derzeit ist die Impfung gegen Rotaviren nicht als Standardimpfung von der STIKO empfohlen. Eltern sollten bei ihrer Krankenkasse prüfen, ob die Impfung gegen Rotavirus durch die Krankenkasse übernommen wird oder nicht.

Zur aktuellen Bedeutung der Erkrankungen durch Rotaviren

Hinweise auf ausgewählte Literatur:

1. Soriano-Gabarro M, Mrukowicz J, Vesikari T, Verstraeten T: Burden of rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25 (1 Suppl): S7–S11
2. RKI: Infektionsepidemiologische Jahrbücher 2001–2005, Berlin. www.rki.de > Infektionsschutz > Jahrbuch und > SurvStat@RKI
3. Frühwirth M, Heiniger U, Ehlen B et al.: International variation in disease burden of gastroenteritis in children with community and nosocomially acquired infection. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20: 784–791
4. Ehlen B, Laubereau B, Karmaus W et al.: Prospective population-based study on rotavirus disease in Germany. *Acta Paediatr* 2002; 91:769–775
5. Oh DY, Gaedicke G, Schreier E: Viral agents of acute gastroenteritis in German children: prevalence and molecular diversity. *J Med Virol* 2003; 71: 82–93
6. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 55 (RR-12), August 11, 2006
7. Vesikari T, Matson DO, Dennehy P et al., and the Rotavirus Efficacy and Safety Trial (REST) Study Team: Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. *N Engl J Med* 2006; 354(1): 23–33
8. Ruiz-Palacios GM, Perez-Schael I, Raul Velazquez I et al., and the Human Rotavirus Vaccine Study Group: Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. *N Engl J Med* 2006; 354(1): 11–22
9. Simonsen L, Viboud C, Elixhauser A et al.: More on RotaShield and intussusception: the role of age at the time of vaccination. *J Infect Dis* 2005; 192 Suppl 1: S36–43
10. Rothman KJ, Young-Xu Y, Arellano F: Age dependence of the relation between reassortant rotavirus vaccine (RotaShield) and intussusception. *J Infect Dis* 2006; 193(6): 898; author reply 898–899
11. Desselberger U, Bosch J, Wolleswinkel-van den J et al.: Rotavirus types in Europe and their significance for vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25 (1 Suppl): S30–S41
12. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.: Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen. Empfehlung zur Rotavirusimpfung vom Juni 2006. Einsehbar unter: www.dakj.de.

Für diese Literaturliste danken wir Frau Dr. med. Miriam Wiese-Posselt, Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI.

In eigener Sache

Verantwortliche Redakteurin des *Epidemiologischen Bulletins* ist seit dieser Woche Frau Dr. med. Jamela Seedorf. Nach ihrem Studium in Berlin sammelte sie seit 1994 berufliche Erfahrungen in der Pädiatrie, Arbeitsmedizin, Infektiologie und Mikrobiologie. Drei Jahre war sie in Südafrika tätig (Klinik infektionsbedingter Krankheiten, Labordiagnostik, Studien; Diplom für Tropenmedizin). In den letzten Jahren schloss sie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel eine Weiterbildung zur Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie ab und arbeitete dort zusätzlich im Zentrum für Impf- und Reisemedizin. Wir bitten, Frau Seedorf in das der Redaktion bisher entgegengebrachte Vertrauen einzubeziehen und das *Bulletin* weiterhin durch Beiträge, Hinweise und Rat zu unterstützen. Als **Vertreter** wurde Dr. Ulrich Marcus (Abteilung für Infektionsepidemiologie) eingesetzt.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 10.1.2007 (51. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.		
	2006			2005			2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	104	5.605	5.779	3	140	113	3	354	282	88	6.054	6.241	2	139	132		
Bayern	107	5.555	6.871	5	236	257	26	1.059	1.058	82	7.923	8.354	2	168	220		
Berlin	37	2.196	3.044	0	17	32	1	98	194	12	1.805	1.870	0	58	131		
Brandenburg	32	1.902	2.359	0	26	52	3	314	256	36	1.838	1.975	0	21	28		
Bremen	3	315	533	0	4	7	0	33	41	5	250	271	0	20	3		
Hamburg	13	1.571	1.944	0	32	29	0	35	20	6	1.007	844	2	29	47		
Hessen	46	2.767	3.409	0	21	23	5	145	134	43	3.611	3.293	1	47	90		
Mecklenburg-Vorpommern	20	1.706	2.060	0	8	14	4	346	302	14	1.419	1.077	0	6	15		
Niedersachsen	65	3.914	5.008	1	167	124	9	305	219	82	4.447	4.511	0	38	40		
Nordrhein-Westfalen	275	13.267	15.580	2	273	250	22	1.256	1.092	165	10.433	9.722	0	58	96		
Rheinland-Pfalz	67	2.521	2.994	4	59	76	5	272	277	52	3.212	3.456	0	45	75		
Saarland	23	910	1.003	0	11	10	4	50	45	28	848	693	0	2	7		
Sachsen	49	4.244	5.201	1	78	52	17	999	753	38	3.540	3.825	1	85	122		
Sachsen-Anhalt	27	1.382	1.851	0	29	34	14	589	589	28	1.931	2.149	0	26	40		
Schleswig-Holstein	17	1.772	2.226	0	60	53	0	75	109	12	1.300	1.343	0	15	27		
Thüringen	31	1.462	1.745	0	24	21	14	428	446	24	2.137	2.222	1	45	89		
Deutschland	916	51.089	61.607	16	1.185	1.147	127	6.358	5.817	715	51.755	51.846	9	802	1.162		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.		
	2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	2	124	108	2	114	123	25	1.280	1.132		
Bayern	2	145	187	1	129	154	16	1.515	1.828		
Berlin	0	121	95	0	69	80	21	883	984		
Brandenburg	0	22	28	0	22	15	1	96	101		
Bremen	0	15	15	0	3	9	0	25	33		
Hamburg	0	52	39	1	44	28	6	75	50		
Hessen	0	145	111	2	94	93	8	449	479		
Mecklenburg-Vorpommern	1	16	10	0	15	19	3	82	89		
Niedersachsen	4	91	126	1	89	120	9	587	678		
Nordrhein-Westfalen	3	300	289	6	298	282	12	980	1.322		
Rheinland-Pfalz	0	62	73	1	91	104	3	436	553		
Saarland	0	13	8	1	15	19	1	40	61		
Sachsen	0	27	27	0	45	42	4	262	292		
Sachsen-Anhalt	0	17	25	1	40	69	5	217	220		
Schleswig-Holstein	1	35	38	0	32	26	4	264	245		
Thüringen	0	18	20	1	48	35	5	161	182		
Deutschland	13	1.203	1.199	17	1.148	1.218	123	7.352	8.249		

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. 10.1.2007 (51. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
3	239	333	569	7.188	4.848	12	4.577	3.060	15	618	653	0	137	136	Baden-Württemberg
10	587	559	761	6.540	4.749	70	7.863	6.095	9	604	851	1	72	70	Bayern
1	144	183	359	4.089	4.124	21	2.157	2.425	2	303	323	2	96	64	Berlin
2	210	212	333	3.753	4.180	44	4.187	3.685	2	60	74	2	51	51	Brandenburg
0	21	31	4	322	509	3	316	237	0	21	45	0	18	29	Bremen
1	85	130	53	3.458	1.574	9	1.390	1.030	1	94	126	0	17	13	Hamburg
8	277	265	70	2.817	2.604	16	2.547	2.058	5	224	231	0	33	55	Hessen
4	161	161	155	3.074	3.451	61	3.948	3.396	3	134	192	1	146	133	Mecklenburg-Vorpommern
7	528	546	418	6.451	5.200	29	5.267	3.472	3	223	232	0	138	144	Niedersachsen
17	826	910	694	10.285	9.469	78	10.330	7.667	7	652	873	1	226	263	Nordrhein-Westfalen
4	286	348	220	3.014	3.430	34	3.214	2.342	1	211	179	0	33	35	Rheinland-Pfalz
3	91	115	112	283	813	4	617	501	0	33	33	0	2	3	Saarland
3	620	661	286	8.398	8.089	22	10.094	8.839	2	225	360	0	149	207	Sachsen
8	334	365	138	3.674	3.140	33	4.019	4.446	2	88	150	0	36	57	Sachsen-Anhalt
2	175	207	79	1.805	1.323	3	1.250	987	0	52	64	0	8	13	Schleswig-Holstein
5	491	539	200	5.387	4.227	26	4.600	3.535	1	72	85	0	25	32	Thüringen
78	5.075	5.565	4.451	70.538	61.730	465	66.376	53.775	53	3.614	4.471	7	1.187	1.305	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
2	51	52	0	121	22	8	610	698	Baden-Württemberg	
0	85	86	1	68	323	23	766	967	Bayern	
0	23	30	0	57	39	9	321	325	Berlin	
0	18	23	0	9	7	1	96	146	Brandenburg	
1	8	7	0	2	1	1	68	61	Bremen	
0	10	14	1	16	10	3	194	181	Hamburg	
0	24	33	0	64	259	8	456	561	Hessen	
1	14	13	0	2	1	4	80	123	Mecklenburg-Vorpommern	
2	45	67	1	76	37	5	412	428	Niedersachsen	
2	152	165	0	1.726	34	30	1.378	1.426	Nordrhein-Westfalen	
1	19	20	0	57	19	3	226	299	Rheinland-Pfalz	
0	7	10	0	0	0	0	83	88	Saarland	
1	33	30	0	1	16	4	182	218	Sachsen	
0	22	17	1	7	3	5	155	173	Sachsen-Anhalt	
0	17	14	0	69	6	3	123	116	Schleswig-Holstein	
1	14	29	0	7	1	3	136	134	Thüringen	
11	542	610	4	2.282	778	110	5.286	5.944	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. 10.1.2007 (51. Woche 2006)

Krankheit	51. Woche 2006	1.–51. Woche 2006	1.–51. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	4	562	133	138
Brucellose	0	35	29	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	80	88	91
Dengue-Fieber	5	166	141	144
FSME	0	535	431	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	60	79	79
Hantavirus-Erkrankung	6	71	445	448
Hepatitis D	0	16	15	15
Hepatitis E	0	44	54	54
Influenza	13	3.786	12.735	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	113	68	70
Legionellose	3	540	551	556
Leptospirose	0	42	58	58
Listeriose	9	470	505	512
Ornithose	0	24	33	33
Paratyphus	1	71	56	56
Q-Fieber	2	202	414	416
Trichinellose	0	22	0	0
Tularämie	0	0	15	15
Typhus abdominalis	0	72	78	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Hinweis auf importierte Malariafälle aus Goa

Seit Mitte Dezember 2006 wurden in Deutschland drei Malaria-Erkrankungen (*Plasmodium falciparum*) bei Reiserückkehrern diagnostiziert, die sich jeweils für 2–3 Wochen im Staat Goa an der Westküste Indiens aufgehalten hatten. Aus Dänemark und Schweden wird ebenfalls über mehrere importierte Malaria-Fälle aus Goa berichtet. Goa gilt normalerweise als ein Gebiet mit sehr geringer Malaria-Transmission. Die gehäuft aufgetretenen Fälle stehen wahrscheinlich im Zusammenhang mit verstärkten Regenfällen in den letzten 3 Monaten. Bei Reisen nach Goa sollten adäquate Mückenschutzmaßnahmen gegen die dämmerungs- und nachtaktiven Anophelesmücken durchgeführt werden. Die Mitführung eines geeigneten Medikaments zur Notfallselbstbehandlung der Malaria (falls bei Fieber nicht innerhalb von 24 Stunden eine geeignete medizinische Einrichtung konsultiert werden kann) ist sinnvoll, ggf. ist nach individueller Beratung durch reisemedizinische Institutionen auch eine Malaria-Chemoprophylaxe zu erwägen. Tritt bei Reisenden in Malaria-Risikogebiete während der Reise oder nach der Rückkehr Fieber auf, sollte unbedingt eine Untersuchung auf Malaria erfolgen.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) befindet sich insgesamt noch auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Der Praxisindex als Indikator für die Morbidität durch ARE lag in der vergangenen Woche bundesweit etwas oberhalb des Hintergrundniveaus. In der 1. Kalenderwoche 2007 wurden weitere Influenzanachweise geführt.

Internationale Situation: Europa: Die Aktivität der ARE in Europa übersteigt weiterhin nicht das für diese Jahreszeit typische Hintergrundniveau.

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel: **Deutschland:** Aktuell gibt es weiterhin keine Fälle von Infektionen mit hochpathogenen Influenzaviren vom Subtyp A/H5N1 bei Wildvögeln oder Hausgeflügelbeständen.

Aviäre Influenza bei Menschen: International: Einzelne weitere Erkrankungen in **Indonesien**.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 1. Woche 2007 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, <http://influenza.rki.de/agi>), dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

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.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl

Redaktionsassistentz: Sylvia Fehrmann

Tel.: 030.18754-2455

Fax.: 030.18754-2459

E-Mail: FehrmannS@rki.de

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-Abbruffunktion** (Polling) unter 030.18754-2265 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