



Epidemiologisches Bulletin

8. Juni 2009 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Aus Indien importierte Koinfektion mit dem Dengue- und Chikungunya-Virus – Informationen zum Erkrankungsrisiko

Dengue- und Chikungunya-Fieber sind durch Mücken übertragene Arbovirosen und in vielen tropischen und subtropischen Ländern endemisch. Ausbrüche beider Erreger sind sowohl saisonalen, als auch über die Jahre hinweg periodischen Schwankungen unterworfen. Insbesondere in Anrainerstaaten des Indischen Ozeans traten in den letzten Jahren verstärkt lokale und großräumige Chikungunya-Epidemien auf, offenbar zum Teil gleichzeitig mit Dengue-Fieber.

Die 25-jährige deutsche Patientin arbeitete seit August 2008 in einem Sozialprojekt in Chennai (früher: Madras) im Bundesstaat Tamil Nadu, Südost-Indien. Nach einer kurzen Prodromalphase erfolgte die erstmalige Dokumentation von Fieber ($>38^{\circ}\text{C}$) am 16. September, welches von Muskel- und Gelenkschmerzen begleitet wurde. Im weiteren Verlauf entwickelte sich ein stammbetonter Hautausschlag bei maximalen Fieberschüben bis 39°C . Im Rahmen einer ambulanten Untersuchung konnten schmerzhaft axilläre und inguinale Lymphknotenschwellungen sowie eine cervikale Hautrötung dokumentiert werden. Es erfolgte eine supportive fiebersenkende Therapie. Trotz sinkenden Fiebers stellte sich am 7. Krankheitstag eine azyklische Gebärmutterblutung ein, die über einen Zeitraum von 10 Tagen andauerte. Am 11. Krankheitstag kam es zu erneutem Fieber, welches durch fiebersenkende Arzneimittel nicht zurückging. Begleitet von allgemeinem Unwohlsein verschlimmerten sich die initial rückläufigen Lymphknotenschwellungen, die Muskel- und Gelenkschmerzen. Die Patientin kehrte daraufhin am 21. Krankheitstag nach Deutschland zurück.

In ihren Serumproben konnten am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNI) im Nationalen Referenzlabor anti-Chikungunya-Virus sowie anti-Dengue-Virus IgG und IgM nachgewiesen werden. Der Nachweis von Dengue-Virus Nicht-Strukturprotein 1 (NS1-Antigen ELISA, Panbio) und neutralisierenden Antikörpern gegen Dengue- und Chikungunya-Virus ließ die Diagnose einer akuten oder kürzlich abgelaufenen Dengue- und Chikungunya-Virus-Koinfektion zu. Da die azyklische Gebärmutterblutung als eines der Definitionskriterien eines Dengue-hämorrhagischen Fiebers gilt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Dengue- und Chikungunya-Virus-Koinfektion zu einem schwerwiegenderen klinischen Verlauf führt als eine alleinige Infektion mit einem der beiden Erreger. In jedem Fall sollten erkrankte Reiserückkehrer aus Indien auf beide Erreger hin labordiagnostisch untersucht werden.

Dies unterstreicht auch der Fall einer 56-jährigen Patientin, die sich im März 2009 in der tropenmedizinischen Ambulanz des BNI vorstellte. Die Patientin hatte zuletzt im Januar 2009 ihre nach Tamil Nadu ausgewanderte Verwandtschaft besucht, und erkrankte bei diesem Aufenthalt im südlich von Chennai gelegenen Pondicherry mit Fieber bis $39,9^{\circ}\text{C}$, Gliederschmerzen und Erbrechen. Sie entfieberte am 5. Tag unter Ausbildung eines rötelnähnlichen Hautausschlages, welcher sich von den Armen auf den Stamm ausbreitete und nach einer Woche unter Juckreiz abheilte. In der Folgezeit litt die Patientin unter starken Gelenk- und Muskelschmerzen, die ihr zeitweilig das Treppensteigen nahezu unmöglich machten. Bei der Vorstellung der Patientin im März 2009 war die Symptomatik zwar bereits deutlich gebessert, es bestanden

Diese Woche 23/2009

Dengue- und Chikungunya-Fieber
Importierte Koinfektion aus
Indien

Neue Influenza A/H1N1
Zur aktuellen nationalen und
internationalen Lage

Public Health
Arzneimittelerfassung im
Rahmen von DEGS

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten**
Aktuelle Statistik
20. Woche 2009
(Datenstand: 3. Juni 2009)

**Monatsstatistik
nichtnamentlicher Meldungen
des Nachweises
ausgewählter Infektionen
März 2009**
(Datenstand: 1. Juni 2009)
erscheint in diesem Monat im
Internet unter www.rki.de >
Infektionsschutz > Epidemiolo-
gisches Bulletin 23/2009



jedoch weiterhin Muskelschmerzen in den Waden und Druckschmerzhaftigkeit der Hand- und Fußgelenke. In den Serumproben fanden sich sowohl anti-Dengue-Virus als auch anti-Chikungunya-Virus IgG, allerdings nur anti-Chikungunya-Virus IgM bei negativem Dengue-Virus NS1-Antigentest. Es konnte die Diagnose einer akuten Chikungunya-Virus-Infektion sowie einer früher durchgemachten Dengue-Virus-Infektion gestellt werden. Auf Nachfrage erinnerte sich die Patientin an einen fieberhaften Infekt bei ihrem letzten Verwandtschaftsbesuch 5 Jahre zuvor, welcher klinisch mit einer Dengue-Virus-Infektion vereinbar war.

Gemäß IfSG § 7.1 („andere Erreger hämorrhagischer Fieber“) sind Dengue- und Chikungunya-Virus-Infektionen melde- und übermittlungspflichtig – auch bei nicht hämorrhagisch klinischen Verlauf. Bei akuten Doppelinfektionen mit zwei meldepflichtigen Erregern sind grundsätzlich beide Infektionen übermittlungspflichtig, da das IfSG eher die Infektion als den Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Leider wurde im ersten Fall nur die Dengue-Infektion der korrekt gemeldeten Doppelinfektion übermittelt. Die akute Chikungunya-Infektion des zweiten geschilderten Falles befindet sich auf dem Wege der Übermittlung.

Insgesamt wurden bundesweit 28 Dengue-Virus-Infektionen nach Indien-Aufhalten mit Erkrankungsdaten zwischen September 2008 und Mai 2009 übermittelt. Die darin enthaltenen 12 Fälle aus den ersten 19 Meldewochen 2009 stellen eine klare Zunahme gegenüber dem Vergleichszeitraum der Vorjahre dar (1–4 Infektionen, Median: 3). Leider sind zumindest genauere Aufenthaltsregionen nur für 2 dieser 28 Fälle bekannt (1x Ostküste, 1x Delhi). Bei einer 28-jährigen Patientin wurde neben Dengue-Fieber auch eine Infektion mit *Salmonella* Typhi festgestellt.

2009 wurde bislang nur die hier beschriebene Chikungunya-Virus-Infektionen nach Aufenthalt in Indien übermittelt. 2008 kamen nach Sri Lanka (n=9) die

meisten der 17 in Deutschland diagnostizierten Chikungunya-Erkrankungen aus Indien (n=4). Der Infodienst ProMED enthielt im September 2008 einen Bericht über Chikungunya-Ausbrüche in mehreren Regionen Indiens: Die Westküsten-Staaten Karnathaka, Kerala und Maharashtra waren hauptsächlich betroffen, aber Fälle wurden auch aus Gujarat und Goa (ebenfalls Westküste), Andhra Pradesh und Tamil Nadu (Ostküste um Chennai) sowie dem Staat Haryana (Hinterland von Delhi) berichtet.¹ In West-Bengalen (Nord-Ostküste) wurde im Oktober ein gleichzeitiger Dengue- und Chikungunya-Ausbruch beschrieben.²

Wie in den Vorjahren, in denen über 70 % aller Fälle aus Indien von September bis Dezember übermittelt wurden, kam es auch Ende 2008 zu einer saisonalen Dengue-Epidemie, die zeitlich und räumlich mit weitverbreiteten Chikungunya-Ausbrüchen überlappte. Aktuelle Meldedaten von Dengue (März–Mai 2009) sowie aktuelle ProMED-Berichte über Chikungunya-Ausbrüche in Gujarat (März) und Karnathaka (Mai)³ lassen vermuten, dass weiterhin beide Viren in stärkerem Maße in Indien zirkulieren. Grundsätzlich ist bei Reisen nach Indien und in andere Dengue- und Chikungunya-Virus Endemiegebiete auf Vektorprophylaxe zu achten. Bei fieberigen Erkrankungen sollte unbedingt ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden, nicht zuletzt um Malaria auszuschließen.

Literatur

1. ProMED Archiv-Nummer 20080923.3010, 23.09.2008
2. ProMED Archiv-Nummer 20081014.3248, 14.10.2008
3. ProMED Archiv-Nummer 20090314.1050, 14.03.2009 unter <http://www.promedmail.org>

Gemeinsamer Bericht von Dr. Jonas Schmidt-Chanasit und Dr. Guido Hegasy (BNI), Dr. Stefan Schilling (Medizinische Klinik II, Schwerpunkt Infektiologie, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main) und Dr. Christina Frank (Abt. für Infektionsepidemiologie, RKI), die als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: FrankC@rki.de).

Neue Influenza A/H1N1: Aktuelle nationale und internationale Lage

In **Deutschland** sind bislang 38 bestätigte Fälle der Neuen Influenza A/H1N1 gemeldet worden (Stand 04.06.2009). Der überwiegende Anteil der Fälle wird weiterhin importiert (82%, 31/38 Fälle). Im Gegensatz zu den anfangs hauptsächlich aus Mexiko eingereisten Fällen, werden die bestätigten Fälle nun fast ausschließlich aus den USA importiert. Bei den 7 nicht importierten Fällen handelt es sich bei 6 um Kontaktpersonen, die sich an Reiserückkehrern infiziert hatten, davon waren 2 ohne Symptome und wurden allein aufgrund der labor diagnostischen Untersuchung durch die RKI-Teams festgestellt. Bei einem bestätigten Fall handelt es sich um eine Person die beruflich im Münchner Flughafen tätig war und bei der kein bewusster Kontakt zu bestätigten Fällen nachgewiesen werden konnte. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich überwiegend um jüngere Personen ohne Vorerkrankungen (durchschnittliches Alter: 32 Jahre, 63 % männlich). Die bestätigten Fälle wurden aus 9 BL gemeldet (2 BB, 2 BW, 10 BY, 3 HE, 1 HH, 12 NRW, 1 SN, 5 ST, 2 TH). Klinisch zeigen die meisten Fälle einen milden Verlauf mit nur kurzzeitigem Temperaturanstieg und einer der saisonalen Influenza ähnlichen Symptomatik.

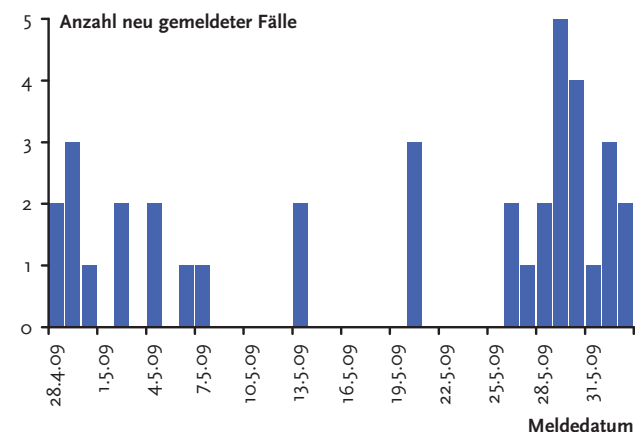


Abb. 1: An das RKI gemeldete Influenza A/H1N1-Fälle, Deutschland, 2009

Aktuell kann ein Anstieg der gemeldeten Fälle beobachtet werden (s. Abb. 1). Somit kann weiterhin für Deutschland keine Entwarnung gegeben werden, es muss mit weiteren Fällen gerechnet werden.

Weltweit werden 20.309 bestätigte Fälle aus 66 Ländern berichtet (Stand 04.06.2009). Todesfälle sind bislang

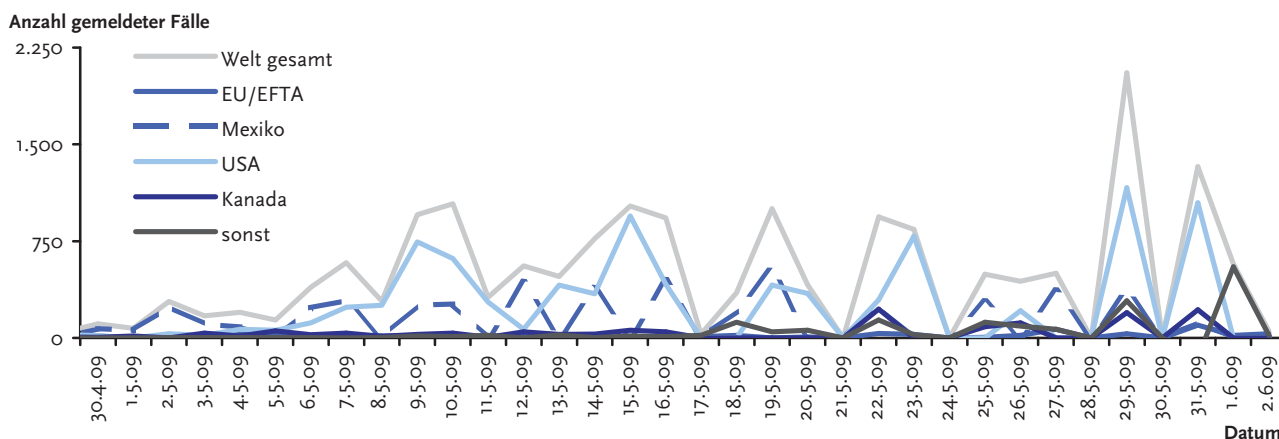


Abb. 2: Neue weltweit gemeldete, bestätigte Influenza A/H1N1-Fälle nach Meldedatum und Region, 2009, Quelle: WHO

nur vom amerikanischen Kontinent und hier wiederum überwiegend aus Mexiko berichtet worden (insgesamt 117 Todesfälle: 97 Mexiko, 17 USA, 2 Kanada, 1 Costa Rica). Aus den USA werden weiterhin die weltweit höchsten Fallzahlen gemeldet. Abfallende Inzidenzen sind zum großen Teil Folge einer geänderten Strategie in der nur ausgewählte Fälle überhaupt einer Diagnostik zugeführt werden. Auch in Mexiko und Kanada werden sinkende Fallzahlen gemeldet. Inwieweit es sich hierbei aber um einen echten Rückgang der Fälle handelt, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden (s. Abb. 2).

Innerhalb der EU sind 712 bestätigte Fälle in 26 Ländern aufgetreten, darunter wurden 259 autochthone Infektionen erfasst. England und Spanien weisen innerhalb Europas die höchsten Fallzahlen auf. Für mehrere Fälle gibt es keine klare Zuordnung zu Infektionsquelle und Ort. Eine mögliche autochthone Übertragung von Mensch zu Mensch erscheint hier zumindest wahrscheinlich, wird

jedoch von den örtlichen Behörden derzeit noch nicht bestätigt. Aus diesem Grund sollte die Indikation zur diagnostischen Abklärung sich nicht all zu streng an der Reiseanamnese orientieren, wenn andere klinische oder epidemiologische Verdachtsmomente auf die Möglichkeit einer Infektion mit Neuer Influenza A/H1N1 hinweisen.

Aufgrund der wahrscheinlich beschränkten Immunität gegen das neue Virus hat der Erreger das Potenzial sich weiter weltweit auszubreiten. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass auch Varianten mit höherer Virulenz entstehen könnten. Wichtig ist die internationale Situation, insbesondere die Entwicklung auf der südlichen Halbkugel wachsam zu verfolgen. Für die Bevölkerung in Deutschland wird nach wie vor keine allgemeine Gefährdung durch die neue Grippe gesehen. Generell empfohlene persönliche Hygienemaßnahmen sollten aber besonders beachtet werden.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie im Robert Koch-Institut.

Informationen zu DEGS: Arzneimittelerfassung

Seit November 2008 führt das Robert Koch-Institut (RKI) die Feldarbeit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) durch. Die Studienpopulation besteht aus ehemaligen Teilnehmern des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 (BGS98) sowie aus Personen, deren Adressen per Zufallsauswahl neu aus den Einwohnermelderegistern der 180 Studienorte (*Sample Points*) gezogen werden (s. *Epid Bull* 49/2008). Das Untersuchungsprogramm umfasst schriftliche Befragungen (s. *Epid Bull* 10 und 19/2009), körperliche Untersuchungen und Funktionstests, Laboranalysen von Blut- und Urinproben, ein ärztliches - (s. *Epid Bull* 14/2009) sowie ein Arzneimittel-Interview. Im Folgenden werden die Inhalte des Arzneimittel-Interviews vorgestellt:

Hintergrund und Zielstellung: Die Anwendung von Arzneimitteln stellt eine wesentliche Säule in der Prävention und Therapie von Gesundheitsstörungen und Krankheiten dar. Eine valide Erfassung der Arzneimittelanwendung im Rahmen von Gesundheitssurveys ist deshalb beim Monitoring der gesundheitlichen Lage sowie bei der Quantifizierung des Inanspruchnahmeverhaltens medizinischer Leistungen von besonderem Interesse. Die meisten Untersuchungen zur Arzneimittelanwendung basieren auf Verordnungsdaten. Rückschlüsse auf die Arzneimittelanwendung sind damit nur bedingt möglich, da zum einen die *Compliance* maßgeblich dafür ist, was tatsächlich angewendet wird und zum anderen der gesamte Bereich der Selbstmedikation durch Verordnungsdaten nicht abgebildet wird.

DEGS kann diese Informationslücken schließen und bietet neben einer repräsentativen Momentaufnahme des ambulanten Arzneimittelverbrauchs in Deutschland die Möglichkeit, Arzneimittelaten mit den an-

deren Daten zu speziellen Themengebieten zu verknüpfen. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Ergebnissen zur Soziodemografie, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Lebensbedingungen, zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie zur Morbidität und Leistungsfähigkeit ermöglicht dieser Datenfundus so die Identifikation von Determinanten und Auswirkungen des Arzneimittelanwendungsverhaltens.

Erhebungsmethodik: Die Erfassung des Arzneimittelgebrauchs erfolgt in einem standardisierten Laptop gestützten persönlichen Interview durch das Untersuchungspersonal. Befragt werden alle StudienteilnehmerInnen. Es wird der gesamte Arzneimittelgebrauch in den letzten 7 Tagen vor der Untersuchung erhoben. Diese detaillierte Erhebung bezieht sich nicht nur auf die rezeptierten Arzneimittel, sondern auch auf Präparate der Selbstmedikation, worin sowohl die freiverkäuflichen OTC-Produkte (*Over The Counter*-Produkte) als auch auf anderem Wege (z. B. Hausapotheke) beschaffte Präparate eingehen. Die Erfassung der angewendeten Präparate erfolgt über Einscannen der Pharmazentralnummer oder über Eingabe des Präparatnamens als Freitext. Im Einladungsschreiben werden die Frauen und Männer deshalb gebeten, sämtliche Packungen der angewendeten Arzneimittel ins Studienzentrum mitzubringen. Neben dem Namen werden u. a. Indikation, Dosierung, Darreichungsform, Einnahmefrequenz, Herkunft des Medikaments und Anwendungsdauer dokumentiert. Die Praktikabilität der Erhebungsmethodik wurde in einem Pretest überprüft.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Anfragen** zu DEGS unter degs@rki.de.

DEGS
Studie zur Gesundheit Erwachsener
in Deutschland

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

20. Woche 2009 (Datenstand: 03.06.2009)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	113	1.947	1.794	1	30	25	4	78	85	55	670	977	4	45	16
Bayern	154	2.258	1.850	2	39	35	18	256	348	75	1.045	1.246	1	54	37
Berlin	42	605	705	0	16	6	7	160	57	16	275	278	0	10	16
Brandenburg	54	539	533	0	10	4	3	118	85	12	266	379	0	7	2
Bremen	8	101	123	0	0	2	0	10	16	0	42	97	0	1	3
Hamburg	25	473	531	0	8	4	0	8	11	9	216	173	0	11	9
Hessen	63	1.056	941	0	4	2	1	43	40	32	541	705	0	14	13
Mecklenburg-Vorpommern	34	444	456	0	1	4	1	74	86	26	288	298	0	2	0
Niedersachsen	75	1.411	1.415	1	35	29	9	155	84	52	874	1.095	0	7	16
Nordrhein-Westfalen	304	4.287	4.233	4	44	60	22	344	432	130	2.214	2.388	1	16	28
Rheinland-Pfalz	48	889	918	0	22	19	7	92	92	31	516	686	0	6	7
Saarland	16	292	350	1	3	1	1	15	18	10	130	175	0	1	0
Sachsen	68	1.363	1.577	1	19	34	12	232	313	61	652	1.103	1	11	5
Sachsen-Anhalt	30	456	385	2	4	3	10	155	150	21	372	616	0	6	2
Schleswig-Holstein	41	594	593	1	11	8	0	15	31	9	227	329	1	6	0
Thüringen	33	525	531	0	0	5	7	226	269	19	374	622	0	5	4
Deutschland	1.108	17.240	16.935	13	246	241	102	1.981	2.117	558	8.702	11.167	8	202	158

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B +			Hepatitis C +		
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	1	30	24	1	27	34	17	338	392
Bayern	5	70	58	2	34	36	25	436	477
Berlin	2	31	34	1	26	29	13	236	291
Brandenburg	2	16	3	0	7	9	1	25	45
Bremen	0	5	2	0	2	0	1	11	19
Hamburg	0	7	17	1	18	7	3	68	37
Hessen	2	30	24	0	16	26	3	117	141
Mecklenburg-Vorpommern	0	12	10	0	3	8	2	26	21
Niedersachsen	2	27	27	0	11	29	6	103	139
Nordrhein-Westfalen	5	72	72	3	65	65	17	314	362
Rheinland-Pfalz	1	16	15	1	32	30	5	110	129
Saarland	0	4	12	0	4	7	1	23	29
Sachsen	0	10	11	0	17	11	5	84	116
Sachsen-Anhalt	0	9	10	0	3	8	5	67	63
Schleswig-Holstein	0	15	11	0	9	7	5	72	81
Thüringen	0	9	7	1	11	8	1	65	33
Deutschland	20	363	337	10	285	314	110	2.095	2.375

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,

20. Woche 2009 (Datenstand: 03.06.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	
8	56	80	168	12.408	14.528	150	2.600	3.896	12	202	240	0	6	21	Baden-Württemberg
11	140	159	238	16.385	14.917	308	5.550	6.020	15	324	352	0	7	15	Bayern
1	33	42	285	5.157	5.207	36	2.072	1.677	9	126	137	0	16	22	Berlin
4	42	64	122	6.382	6.539	104	3.849	3.347	4	43	52	0	8	6	Brandenburg
1	9	5	8	1.325	622	2	216	233	1	19	12	0	0	7	Bremen
3	38	29	23	3.406	3.150	17	1.130	1.509	8	38	49	0	3	3	Hamburg
6	78	76	74	7.612	8.088	72	2.039	2.220	4	88	114	0	7	21	Hessen
1	27	30	40	3.358	6.509	63	2.559	3.514	2	57	59	0	22	15	Mecklenburg-Vorpommern
13	104	122	171	10.541	14.576	109	3.612	4.686	6	64	85	1	30	41	Niedersachsen
8	218	217	296	30.293	31.525	251	7.446	9.703	15	210	300	1	57	35	Nordrhein-Westfalen
7	66	76	144	6.656	7.554	60	2.022	3.014	4	82	98	2	9	5	Rheinland-Pfalz
0	17	17	20	1.711	2.457	17	524	509	0	18	17	0	2	1	Saarland
10	163	219	208	12.370	13.331	265	5.624	8.767	7	92	116	2	22	26	Sachsen
3	58	82	114	6.924	5.813	61	2.892	3.790	3	36	46	0	2	14	Sachsen-Anhalt
3	45	77	11	3.963	5.867	37	846	1.953	4	28	18	0	3	3	Schleswig-Holstein
12	123	144	72	6.132	8.818	171	2.879	4.207	2	46	24	0	7	7	Thüringen
91	1.217	1.439	1.994	134.623	149.501	1.723	45.860	59.045	96	1.473	1.719	6	201	242	Deutschland

Weitere Krankheiten											Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose					
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.			
2009		2008	2009		2008	2009		2008			
0	26	26	9	37	344	6	206	210	Baden-Württemberg		
1	54	41	0	24	191	10	209	257	Bayern		
0	22	12	3	21	21	4	96	118	Berlin		
1	8	7	0	4	2	2	33	34	Brandenburg		
0	3	2	0	0	1	0	27	11	Bremen		
0	4	2	3	202	1	5	82	58	Hamburg		
0	12	11	0	17	33	5	139	147	Hessen		
0	4	8	0	0	6	1	37	26	Mecklenburg-Vorpommern		
2	21	18	1	59	9	6	138	154	Niedersachsen		
6	68	49	1	61	36	27	449	455	Nordrhein-Westfalen		
0	17	11	2	8	33	3	75	84	Rheinland-Pfalz		
0	3	3	0	1	8	1	33	23	Saarland		
0	12	11	0	1	2	2	74	74	Sachsen		
0	4	6	0	0	1	3	49	69	Sachsen-Anhalt		
0	11	5	0	6	5	1	39	29	Schleswig-Holstein		
0	7	7	0	0	14	1	39	52	Thüringen		
10	276	219	19	441	707	77	1.725	1.801	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

20. Woche 2009 (Datenstand: 03.06.2009)

Krankheit	20. Woche 2009	1.–20. Woche 2009	1.–20. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	54	55	180
Brucellose	0	5	13	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	19	43	123
Dengue-Fieber	5	113	105	273
FSME	6	14	8	289
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	16	12	59
Hantavirus-Erkrankung	1	15	114	243
Hepatitis D	0	2	2	7
Hepatitis E	2	29	41	104
Influenza	16	26.784	14.042	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	88	61	152
Legionellose	2	116	136	524
Leptospirose	1	23	21	66
Listeriose	3	113	91	307
Ornithose	0	4	10	22
Paratyphus	2	10	14	86
Q-Fieber	2	62	163	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	4	9	15
Typhus abdominalis	2	21	19	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya: Harburg, 55 Jahre, weiblich (17. Meldewoche, Infektionsland Indien, 10. Chikungunya-Fall 2009)

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

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann
Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-2459

Vertrieb und Abonnentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde
Tel.: 030.9487813
Fax: 030.9484781-50
E-Mail: info@pvsberlin.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 03018.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273