



Epidemiologisches Bulletin

24. Januar 2011 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Lepra – Herausforderung an Wissenschaft und Menschlichkeit

Die **Bestandsaufnahme zur Kontrolle der Lepra** ist von Teilerfolgen geprägt. Bei Infektionskrankheiten mit einer langen Inkubationszeit und einem nicht unerheblichen Anteil an zumindest über lange Zeiträume asymptomatischen (und mindestens potenziellen) Überträgern wie Tuberkulose, HIV und auch Lepra steht die Menschheit nach wie vor vor großen Herausforderungen.

Autochthone Lepra-Erkrankungen gibt es in Deutschland schon seit Jahrzehnten nicht mehr. 2010 wurden zwei aus Asien importierte Erkrankungen dieser meldepflichtigen (§ 7, Abs. 1 IfSG) Erkrankung registriert. Weltweit blieb die Zahl neuer Erkrankungen im Jahr 2009 mit 244.796 Fällen mehr oder weniger konstant. 93% aller Neuerkrankungen ereigneten sich in 16 Ländern, die 2009 jeweils über mehr als 1.000 Neuerkrankungen verzeichneten.*

Die Rate der bereits bei Diagnose behinderten Patienten hat sich von 2,9% 2003 auf 5,9% im Jahr 2009 fast verdoppelt – ein Hinweis, dass die Krankheit von den Gesundheitssystemen zu spät diagnostiziert und therapiert wird. Die Erkrankungsrate der Kinder unter 15 Jahren ist ein Proxy-Indikator für die Transmission. Sie ist mit 9,2% seit 6 Jahren nur leicht rückläufig (2003: 11,8%).

Auf den ersten Blick scheint eine **Eradikation der Lepra** im Bereich des Möglichen:

1. Das kausale Agens ist bekannt und mit Mikroskopie oder PCR nachweisbar (*M. leprae*).
2. Die Unterbrechung der Transmission ist durch eine wirksame Medikamentenkombination möglich (es gibt bis dato keine nennenswerten Resistenzen).
3. Nach heutigem Wissensstand kann nur der Mensch von Lepra befallen werden und nur er überträgt das Bakterium (abgesehen vom nicht relevanten amerikanischen Gürteltier).
4. Nur 5% aller Menschen können überhaupt an Lepra erkranken.
5. Historisch belegt die Datenlage eindeutig, dass mit verbesserten hygienischen Lebensbedingungen die Lepra auch vor der medikamentösen Ära in weiten Teilen der Welt ausgerottet wurde.

Trotzdem kennen wir weder das Reservoir außerhalb des Menschen noch den genauen Transmissionsmechanismus und haben nicht verstanden, warum jemand erkrankt oder nicht erkrankt.

Operationale Vereinfachungen im Krankheitsmanagement (Diagnose ohne bakteriellen Nachweis, Standardtherapie – Multi-Drug-Therapie¹) haben um die Jahrtausendwende zu einem erfreulichen Abwärtstrend geführt, allerdings auch zu qualitativen Einbußen. Diese bestehen u. a. in einer (unbekannt) hohen Zahl an nicht erkannten Fällen, zudem werden über 15% der Patienten mit der stark multibazillären Form (bazillärer Index von 4+) mit der Standardtherapie von 12 Monaten nicht ausreichend behandelt.² Die qualitätssichernde systematische mikroskopische Kontrolle vor und nach Therapie wird von der WHO aus pragmatischen Erwägungen nicht mehr weltweit empfohlen.

Diese – angesichts anderer Erkrankungen – verständlichen strategischen Entscheidungen führen dennoch zu der unbefriedigenden Situation, dass es seit Jahren keine wirklichen Fortschritte gibt. Im Gegenteil: Die *Times of India* be-

* Indien: 133.717, Brasilien: 37.610, Indonesien: 17.260, Bangladesch: 5.239, Demokratische Republik Kongo: 5.062, Äthiopien: 4.417, Nepal: 4.394, Nigeria: 4.219, Myanmar: 3.147, Tansania: 2.654, Sudan: 2.100, Sri Lanka: 1.875, Philippinen: 1.795, China: 1.597, Madagaskar: 1.572, Mosambik: 1.191

Diese Woche

3/2011

Lepra

Herausforderung an Wissenschaft und Menschlichkeit – zum Welt-Lepra-Tag

Poliomyelitis

Zum Ausbruch in der Republik Kongo

Antibiotikaresistenz

Bericht des NRZ für gram-negative Krankenhausreger: Nachgewiesene Carbapenemasen 1. November–31. Dezember 2010

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

52. Woche 2010

(Datenstand: 19. Januar 2011)

ARE/Influenza

► Zur Situation in der 2. Woche 2011

► RKI-Ratgeber Influenza aktualisiert



Das Expertengremium der WHO bekräftigte auf seiner 8. Sitzung vom 12. bis zum 19. Oktober 2010 die bestehende Strategie der WHO.³ Diese wird auch gemeinsam mit den in der ILEP (*International Leprosy Federation*: www.ilep.uk.org) zusammengefassten Lepra-Organisationen vertreten und besteht aus drei wichtigen Elementen:

1. Verbesserung operationaler Aspekte wie:

- aktive Fallsuche durch Screening von Kontaktpersonen von Leprakranken, die im gleichen Haushalt leben
- die Einführung weiterer Qualitätsindikatoren, welche den erfolgreichen Therapieabschluss einschließen (bisher berichten weniger als 50% aller Länder darüber)
- Einbindung der durch Lepra behinderten Menschen in ein integriertes, gemeindenahes allgemeines Konzept für Menschen mit Behinderungen

2. Forschung insbesondere in folgenden Bereichen:

- Immundiagnostik: Identifizierung speziesspezifischer Antigene für alle Formen der Lepra
- besseres Verständnis der Transmission und Identifikation eines nicht menschlichen Reservoirs dieses obligat intrazellulären Bakteriums
- Identifikation von menschlichen Biomarkern, die das Krankheitsrisiko und einen Therapieerfolg belegen können
- Entwicklung eines Impfstoffes, der die Infektion verhindert und/oder die Behandlung verkürzt

- Da mehr als 20% der diagnostizierten Patienten bereits Nervenschäden haben und Behinderungen durch Nervenschäden und Immunreaktionen entstehen können, ist auch hier die Prävention und Therapie zu verbessern.

3. Soziale Gerechtigkeit, Gesetze und Menschenrechte:

- Trotz Bekenntnissen zu den Menschenrechten und Ratifizierungen von UN-Konventionen ändern auch heute noch viele Staaten Gesetze nicht, in denen Leprakranke diskriminiert werden. England, die USA, China^{**}, Ungarn, der Irak, Namibia, Taiwan, Thailand, Südafrika, die Vereinigten Arabischen Emirate und andere Länder haben Gesetze, in denen Visa-, Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen für Menschen, die an Lepra erkrankt sind und waren, verweigert werden können.

Seit Januar 2010 haben die USA die strengen Einreisebestimmungen für HIV-positive Menschen gelockert – für Lepra sind sie nicht verändert worden.

- Weitere legale Diskriminierungen bestehen in vielen Ländern in Bezug auf die Bewegungsfreiheit (z. B. in Zügen, Reisefreiheit), Recht auf Eigentum, Wahlrecht, freie Wahl politischer Ämter und freie Wahl des Ehepartners usw.

^{**} Bei den Olympischen Spielen 2008 in Peking gab es einen Erlass der chinesischen Behörden, dass Menschen, bei denen Lepra diagnostiziert wurde, nicht zu den Spielen einreisen dürfen.

richtete am 14. Dezember 2010 von allein 30 neuen Leprafällen, die während eines Surveys im August 2010 in Stadtvierteln der Stadt Pune in Indien gefunden wurden. Darunter waren 60% infektiöse multibazilläre Patienten. Die Vermutung, dass die Dunkelziffer insbesondere in Indien hoch ist, hat die Regierung veranlasst, eine nationale Prävalenzstudie durchzuführen, deren Ergebnisse im Juli 2011 vorliegen werden.

Die Lepra ist mehr als eine Krankheit – sie bleibt ein Symbol, das weiterhin unsere Intelligenz, aber auch unsere Menschlichkeit herausfordern wird.

Dramatischer Polioausbruch in der Republik Kongo

Seit Mitte Oktober verzeichnet die Republik Kongo (Kongo-Brazzaville) ein ungewöhnlich hohes Auftreten akuter schlaffer Paresen (*acute flaccid paralysis*, AFP) in der Region um die Hafenstadt Pointe Noire, die nicht zuletzt aufgrund der Ölförderung als Wirtschaftszentrum des Landes gilt. Bis zum 11.1.2011 wurden der WHO offiziell 476 AFP-Fälle mit 179 Todesfällen gemeldet; davon sind derzeit 39 Fälle laborbestätigt (Nachweis von Wildtyp-Poliiovirus 1). Da zunächst eine andere Ursache vermutet wurde, liegt jedoch von vielen Patienten kein adäquates Probenmaterial vor, so dass von einer weitaus höheren Positivenrate ausgegangen werden muss. Zahlen des Roten Kreuzes bzw. der Regierung Kongo verweisen auf 524 AFP-Fälle und 219 Tote. Sequenzanalysen ergaben eine hohe Übereinstimmung mit dem in Angola zirkulierenden Virus, das ursprünglich aus Indien stammt und auch für einen Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo seit Mai 2010 verantwortlich ist. Die Republik Kongo war seit dem Jahr 2000 dank extensiver Impfprogramme poliofrei.

Untypisch für den aktuellen Polioausbruch in der Republik Kongo ist die Verschiebung der Altersverteilung der Betroffenen nach oben (über 15 Jahre) sowie der hohe Anteil männlicher Patienten (mehr als 67% der Patienten sind

Literatur

- Robert Koch-Institut: Zum Welt-Lepra-Tag 2008: Elimination ist nicht Eradikation! *Epid Bull* 2008; 4: 29–30
- Shetty VP et al.: The effect of corticosteroids usage on bacterial killing, clearance and nerve damage in leprosy; Part 3 – Study of two comparable groups of 100 multibacillary (MB) patients each, treated with MDT 1 steroids vs MDT alone, assessed at 6 months post – release from 12 months MDT. *Lepr Rev* 2010; 81: 41–58
- WHO: Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy 2011–2015; Operational Guidelines (updated)

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Adolf Diefenhardt, Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW), der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: adolf.diefenhardt@dahw.de).

männlich und zwischen 15 und 25 Jahren alt). Besonders besorgniserregend sind die ungewöhnlich explosiv ansteigenden Fallzahlen und die dramatisch hohe Mortalitätsrate von ca. 40%. Typischerweise ist die Poliomyelitis eine Erkrankung, die vor allem Kinder unter 5 Jahren betrifft, die Mortalität liegt bei ca. 5%.

Das ungewöhnlich hohe Alter der AFP-Patienten könnte aus einer unzureichenden Immunisierung während der politischen Unruhen in der zweiten Hälfte der 1990-iger Jahre resultieren. Erwachsene Frauen haben vermutlich durch den meist intensiveren Kontakt zu geimpften Kindern aufgrund der stillen Feiung eine Immunität gegen Polioviren erworben. Die schnelle Ausbreitung innerhalb weniger Wochen und die hohen Fallzahlen sind laut WHO und UNICEF auf die katastrophalen Lebensbedingungen in der Region Pointe-Noire (verschmutztes Trinkwasser, unzureichende Hygiene) zurückzuführen. Die laufenden epidemiologischen und serologischen Untersuchungen sollen aufklären, ob mögliche Kofaktoren (weitere, noch nicht identifizierte Infektionserreger, Grunderkrankungen, Umweltfaktoren etc.) bei den fatalen Verläufen eine Rolle spielen. Polioinfektionen bei Erwachsenen zeigen meist schwerere Verläufe als bei Kindern, wobei vor allem die bulbäre Form auftritt, die zu Herzversagen und Atemstillstand führt.

Die hohe Mortalitätsrate könnte auf ein viel größeres Infektionsgeschehen als bisher angenommen hinweisen, bei dem die milder verlaufenden Infektionen möglicherweise gar nicht bemerkt bzw. registriert werden.

Im Hinblick auf das Ziel der globalen Polioeradikation und die jüngsten Erfolge in Nigeria (98 % Reduktion der Fälle 2010 im Vergleich zu 2009) ist eine schnelle Eindämmung des Ausbruchsgeschehens von besonderer Bedeutung. Die Regierung der Republik Kongo initiierte mit Unterstützung von WHO, UNICEF, Rotary International und den US-CDC am 12.11.2010 eine zunächst dreistufige Impfkampagne mit dem monovalenten OPV₁-Impfstoff (mOPV₁), bei der die gesamte Bevölkerung des Landes und den angrenzenden Regionen in Cabinda (Angola) und der

Demokratischen Republik Kongo (insgesamt 4,3 Mio. Menschen) geimpft wurden.

Der aktuelle Polioausbruch in der Republik Kongo verdeutlicht einmal mehr das hohe Risiko nicht geimpfter Bevölkerungsgruppen, an Polio zu erkranken, und erfordert eine erhöhte Aufmerksamkeit aller gesundheitsüberwachenden Institutionen.

Quellen: www.polioeradication.org, www.euro.who.int, operations update RedCross, Grard et al., 2010, sciencemag-News 24.12.2010

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Sindy Böttcher (E-Mail: BoettcherS@rki.de) und Dr. Sabine Diedrich (E-Mail: DiedrichS@rki.de) vom Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren, die als **Ansprechpartnerinnen** zur Verfügung stehen.

Bericht des NRZ für gramnegative Krankenhauserreger

Carbapenemase-tragende gramnegative Erreger im Zeitraum 1. November bis 31. Dezember 2010

Carbapenemasen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NRW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
<i>K. pneumoniae</i> mit KPC 2	2	1									1		3			
<i>K. pneumoniae</i> mit KPC 2 u. VIM 1										1						
<i>K. pneumoniae</i> mit KPC 3		1	5							1						
<i>K. pneumoniae</i> mit OXA 48			1				2						1			
<i>E. coli</i> mit OXA 48			1													
<i>K. pneumoniae</i> mit OXA 162			1													
<i>A. baumannii</i> mit OXA 23		5	1	1		1	1			1			1		2	
<i>A. baumannii</i> mit OXA 58		1					1			1						
<i>E. coli</i> mit VIM 1			2													
<i>K. pneumoniae</i> mit VIM 1	1															
<i>K. oxytoca</i> mit VIM 1	1															
<i>E. cloacae</i> mit VIM 1		1					1				1					
<i>C. freundii</i> mit VIM 1										1						
<i>S. marcescens</i> mit VIM 1						1										
<i>P. aeruginosa</i> mit VIM 1							1									
<i>K. pneumoniae</i> mit VIM 4													1			
<i>P. aeruginosa</i> mit VIM 2													1		3	
<i>P. aeruginosa</i> mit IMP 7													1			
<i>E. coli</i> mit NDM 1							1									
<i>K. pneumoniae</i> mit NDM 1		1														
<i>E. cloacae</i> mit GIM 1										1						

Tab. 1: Anzahl der im NRZ für gramnegative Krankenhauserreger nachgewiesenen Carbapenemasen im Zeitraum 1.11.2010–31.12.2010

BW: Baden-Württemberg; BY: Bayern; BE: Berlin; BB: Brandenburg; HB: Bremen; HH: Hamburg; HE: Hessen; MV: Mecklenburg-Vorpommern; NI: Niedersachsen; NRW: Nordrhein-Westfalen; RP: Rheinland-Pfalz; SL: Saarland; SN: Sachsen; ST: Sachsen-Anhalt; SH: Schleswig-Holstein; TH: Thüringen

Das NRZ für gramnegative Krankenhauserreger bietet als Serviceleistung eine zügige und **kostenfreie Abklärung auf Carbapenemasen** an.

Enterobacteriaceae, die die folgenden Kriterien erfüllen, können eingesandt werden:

- ▶ Verminderte Ertapenem-Empfindlichkeit:
Agardiffusion (Ertapenem 10 µg):
Hemmhofdurchmesser ≤ 21 mm **oder** MHK ≥ 2 mg/l
- ▶ Verminderte Meropenem-Empfindlichkeit:
Agardiffusion (Meropenem 10 µg):
Hemmhofdurchmesser ≤ 21 mm **oder** MHK ≥ 2 mg/l
- ▶ Verminderte Imipenem-Empfindlichkeit: MHK ≥ 2 mg/l
- ▶ Bei *Proteus* spp., *Providencia* spp. und *Morganella* spp. ist eine isolierte MHK-Erhöhung für Imipenem bei unauffälliger MHK für Meropenem (≤ 0,25 mg/l) durch andere Mechanismen als Carbapenemasen bedingt und bedarf keiner weiteren Abklärung.

P.-aeruginosa-Isolate mit folgenden Kriterien können eingesandt werden:

- ▶ Resistenz gegen Imipenem
- ▶ und Resistenz gegen Meropenem
- ▶ und Resistenz gegen Ceftazidim
- ▶ und positives Ergebnis eines phänotypischen Tests auf Metallo-Beta-laktamase (z. B. MBL-Etest oder EDTA-Synergietest)

Entsprechende Isolate können an folgende Adresse gesendet werden:

NRZ für gramnegative Krankenhauserreger

Abteilung für Medizinische Mikrobiologie, Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum
Tel.: 0234.32-26938 oder 0234.32-27467

Es sollten dazu **Einsendescheine** der NRZ-Homepage verwendet werden (<http://memiserf.medmikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/>).

Bericht des NRZ für gramnegative Krankenhauserreger. **Ansprechpartner** ist Dr. Martin Kaase (E-Mail: Martin.Kaase@rub.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2010 (Datenstand: 19.1.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	62	6.144	6.506	0	73	74	1	261	256	26	2.642	2.833	2	84	101
Bayern	48	6.391	7.804	0	180	138	2	701	830	17	3.534	4.670	5	119	124
Berlin	25	3.005	2.468	0	36	44	3	284	396	7	840	764	1	120	48
Brandenburg	3	2.020	2.180	0	19	21	0	288	350	0	812	989	0	13	14
Bremen	3	446	412	0	5	2	0	20	26	2	125	136	0	12	6
Hamburg	14	2.030	1.776	0	24	27	0	41	47	1	403	668	0	37	43
Hessen	19	4.535	4.002	0	16	14	0	93	117	3	1.663	2.067	0	76	55
Mecklenburg-Vorpommern	19	2.024	2.035	0	7	9	4	296	249	28	717	878	0	7	5
Niedersachsen	33	5.833	5.095	0	151	120	3	586	607	18	2.399	2.889	2	24	21
Nordrhein-Westfalen	136	16.745	14.904	1	177	153	8	952	959	50	5.328	7.640	0	90	53
Rheinland-Pfalz	22	3.566	3.238	1	84	81	1	217	261	6	1.462	1.697	0	49	40
Saarland	7	1.255	1.210	0	9	9	0	26	37	3	324	387	0	5	1
Sachsen	66	5.637	4.865	2	75	73	7	735	853	11	1.954	2.127	3	54	51
Sachsen-Anhalt	15	1.502	1.607	0	23	16	5	498	539	3	1.173	1.346	0	11	14
Schleswig-Holstein	17	2.602	2.303	0	24	30	0	72	65	1	591	801	0	6	14
Thüringen	23	1.792	1.951	0	18	17	6	739	591	5	1.261	1.277	3	15	20
Deutschland	512	65.527	62.356	4	921	828	40	5.809	6.183	181	25.228	31.169	16	722	610

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	0	127	178	141	12.249	14.705	61	4.174	3.672	1	525	512	0	41	56
Bayern	2	372	442	359	25.318	21.055	66	6.955	7.648	9	681	780	1	66	66
Berlin	1	81	96	99	4.556	7.717	23	2.304	2.757	3	395	387	1	80	78
Brandenburg	0	115	122	21	7.900	9.393	3	3.376	4.866	0	78	108	0	34	46
Bremen	1	22	29	13	937	1.446	2	354	290	0	26	35	0	9	9
Hamburg	0	65	93	19	2.827	4.320	3	1.282	1.453	2	122	118	0	18	15
Hessen	0	211	239	80	9.064	9.734	20	2.431	2.614	2	288	245	0	74	47
Mecklenburg-Vorpommern	0	71	88	63	9.302	4.963	11	2.242	3.622	0	129	163	0	45	79
Niedersachsen	4	295	333	163	13.989	12.823	49	4.820	4.862	5	192	190	0	130	181
Nordrhein-Westfalen	6	749	637	487	29.270	34.863	129	9.110	10.001	9	720	634	0	187	225
Rheinland-Pfalz	1	210	191	86	8.859	8.129	26	2.745	2.712	3	202	190	0	39	53
Saarland	0	29	40	11	1.858	1.927	5	690	766	1	25	38	0	0	5
Sachsen	4	430	537	137	13.528	18.142	101	5.330	7.976	2	349	255	0	124	149
Sachsen-Anhalt	0	206	170	201	14.405	12.251	22	3.169	3.553	0	81	95	0	31	46
Schleswig-Holstein	1	96	129	80	4.552	4.872	16	1.469	1.219	0	85	72	0	8	7
Thüringen	1	271	376	88	12.875	9.038	13	3.457	3.870	0	70	99	0	43	45
Deutschland	21	3.350	3.700	2.048	171.489	175.378	550	53.908	61.881	37	3.968	3.921	2	929	1.107

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2010 (Datenstand: 19.1.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	62	79	1	66	79	6	810	837
Bayern	2	117	158	0	106	101	4	1.128	1.166
Berlin	1	56	60	1	69	62	4	628	636
Brandenburg	0	19	31	0	17	16	0	70	76
Bremen	0	6	9	0	3	7	1	36	34
Hamburg	1	68	26	1	26	37	0	138	151
Hessen	2	75	110	1	71	54	2	335	330
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	20	0	17	11	0	50	64
Niedersachsen	0	62	66	0	29	28	1	310	275
Nordrhein-Westfalen	1	184	201	2	167	141	8	669	773
Rheinland-Pfalz	0	39	66	1	74	80	3	266	281
Saarland	0	21	10	0	14	15	3	94	75
Sachsen	0	8	22	0	28	45	0	275	258
Sachsen-Anhalt	0	18	18	1	28	22	0	123	179
Schleswig-Holstein	0	17	27	0	20	22	1	146	151
Thüringen	1	24	23	2	14	26	2	137	145
Deutschland	9	783	926	10	749	746	35	5.215	5.431

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	0	33	49	0	151	67	13	552	531
Bayern	1	63	89	2	216	45	6	653	608
Berlin	0	29	35	0	92	33	0	294	263
Brandenburg	0	9	14	0	15	4	0	89	102
Bremen	0	1	6	0	1	0	0	36	57
Hamburg	0	6	7	0	16	212	6	172	176
Hessen	1	23	24	1	28	18	3	407	386
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	11	0	1	0	0	42	93
Niedersachsen	1	36	37	0	16	72	3	282	329
Nordrhein-Westfalen	0	101	116	3	185	76	10	1.044	1.098
Rheinland-Pfalz	0	16	26	0	26	15	1	175	172
Saarland	1	6	3	0	1	1	2	45	60
Sachsen	0	22	19	0	4	2	0	156	196
Sachsen-Anhalt	0	8	12	0	4	1	0	140	128
Schleswig-Holstein	2	10	24	0	20	23	0	99	90
Thüringen	0	17	16	0	1	1	1	91	102
Deutschland	6	383	488	6	777	570	45	4.277	4.391

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

⁺ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2010 (Datenstand: 19.1.2011)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	52. Woche	1.–52. Woche	1.–52. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	7	485	167	169
Brucellose	0	22	18	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	111	89	89
Dengue-Fieber	7	590	295	298
FSME	0	260	313	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	63	65	66
Hantavirus-Erkrankung	4	2.000	168	181
Hepatitis D	0	10	7	7
Hepatitis E	1	220	108	108
Influenza	175	3.435	174.585	175.608
zusätzliche aggregierte Übermittlungen +		210	52.890	53.049
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	0	179	183	186
Legionellose	3	673	501	502
Leptospirose	0	69	92	92
Listeriose	4	384	390	396
Ornithose	0	20	26	26
Paratyphus	0	57	76	76
Q-Fieber	2	359	190	191
Trichinellose	0	3	1	1
Tularämie	1	31	10	10
Typhus abdominalis	0	71	65	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Vom 18.11.2009 bis zum 18.01.2010 konnten Fälle der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 auch aggregiert übermittelt werden. Darunter waren Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprachen.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber:

Hamburg, 30 Jahre, männlich (Infektionsland Indien; 37. Chikungunya-Fall 2010)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 2. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 2. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken, liegt aber über den Werten aus der Zeit vor Weihnachten und dem Jahreswechsel (<http://influenza.rki.de>).

Das Influenza-A(H1N1)-2009-Virus ist das vorherrschend zirkulierende Virus. Wie in der Pandemie 2009 werden schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle auch in jüngeren Altersgruppen registriert, gleichwohl verlaufen die meisten Infektionen selbstlimitierend und komplikationslos. Neben der Influenza-Impfung zur Prävention der Erkrankung sollte bei erkrankten Personen aus Risikogruppen – oder wenn sich klinisch ein schwerer Krankheitsverlauf andeutet – eine frühzeitige antivirale Therapie erwogen werden.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 1. KW 2011 übermittelten 28 Länder Daten. Dänemark, Irland, UK (England) und Norwegen berichteten über hohe, 15 Länder über mittlere und weitere 10 Länder über geringe Aktivität (http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/influenza/epidemiological_data/Pages/Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.aspx). Aus dem UK teilt das britische Gesundheitsministerium mit, dass es Anzeichen eines Anstiegs von Koinfektionen von Influenza mit bakteriellen Erregern (u. a. Streptokokken) gibt. In den Intensivstationen seien 25 % der Betten durch Influenza-Patienten belegt

Ergebnisse der Influenza-Surveillance in Ländern der Nordhalbkugel: Die WHO berichtet in ihrem Update vom 14.1.2011 über steigende Influenza-Aktivität in **Nordamerika**, verursacht im Wesentlichen durch Influenza A(H3N2) und in geringerem Ausmaß durch Influenza B (http://www.who.int/csr/disease/influenza/2010_12_30_GIP_surveillance/en/index.html).

Literaturhinweis: Das RKI hat den Ratgeber Influenza überarbeitet und aktualisiert. Dort sind neben den Grundlagen zu Influenza auch aktuelle Informationen zu Klinik, Diagnostik, Therapie, Epidemiologie, Prävention und Meldepflicht bei saisonaler Influenza und Influenza A(H1N1) 2009 nachzulesen (abrufbar unter www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter > Influenza).

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 2. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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: Seedat@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins*** kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273