



Epidemiologisches Bulletin

28. Juni 2002 / Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

WHO-Region Europa frei von autochthoner Poliomyelitis

Am 21.06.2002 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen die 51 Staaten der Region Europa offiziell für poliofrei. Damit wurde in der dritten der insgesamt sechs WHO-Regionen dieses Zwischenziel auf dem Weg zur globalen Eradikation erreicht. Amerika und der westpazifische Raum waren bereits 1994 bzw. 2000 für poliofrei erklärt worden.

Kriterien der WHO für die Zertifizierung der Polio-Freiheit einer Region

- ▶ Mindestens drei Jahre lang keine Poliofälle durch zirkulierende Polio-Wildviren,
- ▶ ausreichende Impfmunität der Bevölkerung,
- ▶ funktionierende Erfassung akuter schlaffer Lähmungen (AFP-Surveillance),
- ▶ eingeschleppte Poliofälle würden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erfasst und hätten adäquate Maßnahmen zur Folge,
- ▶ Polio-Wildviren werden unbedenklich in Hochsicherheitslaboratorien gelagert.

Nach Einschätzung der Regionalen Zertifizierungskommission (RCC), eines unabhängigen Expertengremiums mit acht Mitgliedern aus den Bereichen Epidemiologie, Virologie und klinischer Medizin, sind die Bedingungen für die Zertifizierung in der Region Europa jetzt flächendeckend erfüllt. Der letzte europäische Fall von einheimischer, durch Polio-Wildviren verursachter Poliomyelitis wurde 1998 aus der östlichen Türkei gemeldet. Die Möglichkeit der Einschleppung von Polioviren aus den verbleibenden Endemiegebieten stellt auch weiterhin eine Gefahr dar (allein im Jahr 2001 kam es durch aus dem indischen Subkontinent eingeschleppte Polioviren in Bulgarien zu drei Poliofällen bei nichtgeimpften Kindern und in Georgien zu einem nichtparalytischen Fall). Dies macht deutlich, dass die Arbeit am globalen Projekt der Polioeradikation auch in Europa noch längst nicht beendet ist.

Die angestrebte und absehbare Eradikation der Poliomyelitis ist ein internationales Gesundheitsprojekt von erheblicher Bedeutung. Anlässlich der jetzt für unsere Region verkündeten Zertifizierung stellen die Nationale Kommission für die Polioeradikation – die im Auftrag der Bundesregierung durch die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten mit der Geschäftsstelle am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt eingesetzt wurde – und das Robert Koch-Institut mit Befriedigung fest, dass die Ärzte und Gesundheitsbehörden auch in Deutschland erfolgreich dazu beigetragen haben, diese einst große Gefahr zu bannen. Noch heute leiden in Deutschland schätzungsweise 60.000 Menschen an den Folgen einer Poliomyelitis!

Die bisherigen Erfolge bei der weltweiten Ausrottung der Poliomyelitis dürfen kein Grund sein, in den intensiven Bemühungen um das Erreichen des Zieles nachzulassen, sowohl bei den **Impfungen** als auch in der **Surveillance**. Verdachtsfälle (akute schlaffe Lähmungen) sind sofort dem Gesundheitsamt zu melden und sollten weiterhin freiwillig dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt mitgeteilt werden (**AFP-Surveillance**). Entsprechende **Virusdiagnostik** übernimmt das NRZ für Poliomyelitis am RKI, das zugleich auch als Regionales Referenzlabor der WHO für acht europäische Länder zuständig ist.

Die Initiative der WHO zur Ausrottung der Poliomyelitis erfährt eine breite und wirkungsvolle Unterstützung durch internationale Organisationen (*Rotary International*, UNICEF u. a.), Institutionen (so die CDC in den USA) und viele Regierungen.

Informationen zur Polio s. unter www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM; www.nlga.niedersachsen.de/polio; www.euro.who.int/polio; www.polioeradication.org.

Diese Woche

26/2002

Poliomyelitis:

WHO erklärt Region Europa als frei von autochthoner Polio

FSME:

- ▶ Risikogebiete in Deutschland in aktualisierter Darstellung
- ▶ Zum Auftreten im Saale-Holzland-Kreis in Thüringen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

Stand vom 26. Juni 2002
(23. Woche)

Publikationshinweis:

Neue Impfempfehlungen der STIKO in Vorbereitung



Risikogebiete der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland

Bewertung des örtlichen Erkrankungsrisikos ermöglicht gezielte Prävention für Exponierte

In dieser Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* wird – wie auch in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am RKI ausgeführt – eine aktualisierte topographische Darstellung der FSME-Risikogebiete in Deutschland in einer Einteilung nach Kreisgebieten als Grundlage für präventive Maßnahmen publiziert (s. S. 213–214). Sie beruht auf den im RKI vorliegenden Daten zu bestätigten FSME-Erkrankungen, die in den Jahren 1982 bis 2001 aufgetreten sind und die einem Infektionsort (u.U. dem Wohnort) zugeordnet werden konnten und ersetzt die Karte der Risikogebiete vom April 2001 (*Epid. Bull.* 16/2001).

Als **Risikogebiete** werden Endemiegebiete der FSME deklariert, in denen für Personen mit Zeckenexposition ein Erkrankungsrisiko in einer Höhe belegt ist, die nach einer Übereinkunft der Experten präventive Maßnahmen für gegenüber Zecken exponierte Einwohner, Berufstätige oder Touristen begründet. Das Infektionsrisiko ist in diesem Falle durch gesicherte Erkrankungsfälle belegt (Definition s. Legende der Karte). Als **Hochrisikogebiete** gelten Risikogebiete mit einem nachweislich besonders hohen Erkrankungsrisiko, so dass dort die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zusätzlich bekräftigt wird (Definitionen s. Legende der Karte). Die präventiven Maßnahmen bestehen in der allgemeinen und individuellen Information und Aufklärung sowie individuellen Empfehlungen zur Expositionsprophylaxe bzw. Immunprophylaxe.

Für die ärztliche Beratung und insbesondere Impfeempfehlungen im Falle eines Expositionsrisikos hat sich der Bezug des Infektionsrisikos auf Kreisgebiete (fast ausnahmslos Landkreise) als ausreichend genau und insgesamt günstiger als z. B. eine Angabe von Postleitzahlenbereichen erwiesen. Es muss aber beachtet werden, dass die Naturherde der FSME in den genannten Kreisen u.U. örtlich sehr begrenzt sind, so dass die Mitarbeiter der zuständigen Gesundheitsämter ggf. sehr differenzierte Empfehlungen für präventive Maßnahmen geben können.

In der Beratungspraxis sollten immer Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung sowie auch die Mobilität der Bewohner und Besucher berücksichtigt werden. Die STIKO empfiehlt die FSME-Schutzimpfung nicht nur für Personen, die in Risikogebieten wohnen oder arbeiten, sondern auch für Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und dabei gegenüber Zeckenstichen exponiert sind. Dabei ist es nach Meinung der STIKO unerheblich, ob sie auch dort wohnen. Bürger, die sich in ihrer Freizeit in Risikogebieten aufhalten und dort verhaltensbedingt das Risiko eines Zeckenstiches tragen, müssen als gefährdet gelten und sollten sich deshalb gegen FSME impfen lassen. Auch Urlauber aus anderen Bundesländern, die sich vorübergehend in den Risikogebieten, z. B. in Baden-Württemberg oder Bayern aufhalten, können ein entsprechendes Infektionsrisiko tragen und benötigen deshalb ggf. eine Schutzimpfung.

Dazu noch eine **Anmerkung zur Kostenübernahme der Impfung** durch die Krankenkassen: Die Schutzimpfungen gegen FSME können die Krankenkassen als Satzungsleistungen zwar nach eigenem Ermessen begrenzen, aber sie können dabei nicht auf die STIKO-Empfehlungen verweisen (s. o.). Nach Auffassung der STIKO sollte nur der Aufenthalt in einem Risikogebiet außerhalb Deutschlands als Indikation einer selbst zu bezahlenden Reiseimpfung gelten (*Epid. Bull.* 28/2001: 206–207). Diese Kernaussage bleibt auch in der anstehenden Neufassung der Impfeempfehlungen der STIKO unverändert.

Es gibt in Deutschland noch einige Gebiete mit sporadischen FSME-Einzelkrankungen, die nicht als FSME-Risikogebiete gelten. Autochthone Erkrankungsfälle, die in Landkreisen auftreten, die bislang nicht als Risikogebiete ausgewiesen sind, bedürfen einer besonders sorgfältigen klinischen und epidemiologischen Untersuchung und Dokumentation; die Untersuchung der Serum- und Liquorproben sollte in einem virologischen Labor mit spezieller Erfahrung in der FSME-Diagnostik erfolgen.

Zur Datenbasis

1. Meldedaten: Meldungen von FSME-Erkrankungen gemäß BSeuchG waren bis zum Jahr 2000 auf Bundesebene nicht verfügbar. Seit dem Jahr 2001 besteht eine Meldepflicht für FSME gemäß § 7 Abs. 1 IfSG (Meldung des Nachweises einer akuten Infektion mit dem FSME-Virus durch den Leiter des diagnostizierenden Laboratoriums). Aufgrund dieser Meldevorschrift wurden im Jahr 2001 für Deutschland insgesamt 254 FSME-Erkrankungen erfasst. Dieses Ergebnis ist zunächst positiv zu bewerten, weil es zeigt, dass durch das IfSG auch hier eine prinzipielle Verbesserung der Surveillance erreicht wurde. Allerdings haben zwei Probleme gegenwärtig noch einen Einfluss auf den Wert dieser Meldedaten:

- ▶ Der in der vom RKI publizierten **Falldefinition** zulässige alleinige IgM-Nachweis zur Bestätigung der Labordiagnose führte zu einer unzureichenden Spezifität, vor allem, wenn das klinische Bild nicht eindeutig eine Beteiligung des ZNS aufweist, sondern ggf. lediglich einen grippalen Verlauf. Die Falldefinition wird korrigiert, eine Publikation wird im Zusammenhang mit anderen Änderungen angestrebt.
- ▶ Der **Infektionsort** ist im IfSG nicht als übermittlungspflichtige Information definiert worden. Dieses wirkt sich bei der FSME besonders nachteilig aus, weil z. B. das örtliche Infektionsrisiko nicht genau bestimmt werden kann und die Meldedaten so bisher nicht zur Präzisierung der FSME-Risikogebiete genutzt werden konnten. Da die wichtige – datenschutzrechtlich unbedenkliche – Information über den Ort der Infektion ggf. entscheidend zur Früherkennung von Ausbrüchen und zur sinnvollen epidemiologischen Analysen beitragen kann, werden Wege zur Verbesserung der Situation geprüft.

2. Spezielle Fallsammlung des RKI in Zusammenarbeit mit Partnern in den Ländern:

Gegenwärtig beruht die Einschätzung der Situation weiterhin überwiegend auf einer langjährigen Fallsammlung durch Herrn Prof. Dr. R. Kaiser (Pforzheim, früher Freiburg), Frau Dr. G. Jäger (München) und Herrn Prof. Dr. M. Roggendorf (Essen). Es wurden im Zusammenwirken mit Kliniken und Gesundheitsämtern langjährig gezielt Daten zu bestätigten autochthonen FSME-Erkrankungsfällen gesammelt und ggf. Recherchen zum Infektionsort u. a. durchgeführt. Die Ergebnisse der Fallsammlung wurden dankenswerterweise jeweils dem RKI zur Verfügung gestellt, wo seit 1997 die verfügbaren Daten zu gesicherten FSME-Erkrankungsfällen fortlaufend in einer Datei zusammengeführt und analysiert werden. Zur vorliegenden aktuellen Auswertung wurde ein Zeitraum von 20 Jahren (1982–2001) verwendet; die hier vorgelegte aktualisierte topographische Darstellung beruht auf einer Basis von insgesamt 1.873 FSME-Erkrankungen. Im Jahr 2001 wurden 168 FSME-Erkrankungen in die Datensammlung am RKI neu aufgenommen (99 aus Baden-Württemberg, 60 aus Bayern, 7 aus Hessen, 2 aus Thüringen).

Die Datenbasis wurde so breit gewählt, um zu erwartende Schwankungen der Morbidität mit zu berücksichtigen und Fehleinschätzungen in Gebieten, in denen viel geimpft wurde, auszuschließen. Neueinstufungen als Risikogebiet erfolgen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden der betroffenen Kreise und Länder.

3. Zusätzliche Daten: Weitere zugängliche Daten, z. B. Publikationen zu gesicherten FSME-Erkrankungsfällen oder Studienergebnisse mit Aussagen zum FSME-Risiko, wurden im Interesse einer möglichst genauen Bewertung der Situation in Deutschland mit berücksichtigt. Für die aktuelle Auswertung wurden insbesondere die Ergebnisse einer Untersuchung zur Prävalenz von Antikörpern gegen das FSME-Virus bei Waldarbeitern in Baden-Württemberg einbezogen.

Diese Untersuchung wurde durch das **LGA Baden-Württemberg** in Stuttgart bei 1.896 ungeimpften Waldarbeitern durchgeführt (Oehme R, Hartelt K, Backe H, Brockmann S, Kimmig P: Foci of tick-borne diseases in Southwest Germany. In press: International Journal of Medical Microbiology). Es ergibt sich eine gute Übereinstimmung mit den bisher durch eine bestimmte Zahl von autochthonen Erkrankungsfällen definierten Risikogebieten. In allen ausgewiesenen Risikogebieten fand sich auch eine erhöhte FSME-Antikörperprävalenz bei der Gruppe der beruflich exponierten Waldarbeiter, zusätzlich fand sich eine erhöhte Antikörperprävalenz in fünf angrenzenden Kreisen (s. u.), die jedoch nach den Beobachtungen in den letzten Jahren nicht durch mehrere Erkrankungen auffällig geworden waren. In diesen Kreisen ist mit einem gewissen zur Zeit nicht näher bestimmbar FSME-Risiko zu rechnen, sie sind in der Karte schraffiert dargestellt. (In Baden-Württemberg wird durch die oberste Landesbehörde exponierten Personen ohnehin landesweit eine FSME-Impfung empfohlen.)

Die erfassten Erkrankungsfälle sind zwar nur ein Surrogatmarker zur Bestimmung des Infektionsrisikos, dieses Vorgehen war aber bisher nicht zu ersetzen, weil flächendeckende Seroprävalenzstudien sowie Untersuchungen zum Nachweis von Viren in Zecken und/oder Antikörpern bei Wildtieren, die als Virusreservoir eine Rolle spielen, zu aufwändig wären. Die verschiedenen örtlich und regional durchgeführten Untersuchungen zur Virusprävalenz in Zecken und zur Antikörperprävalenz in Risikogruppen haben bisher die deklarierten Risikogebiete bestätigt, gestatten aber auch wertvolle zusätzliche Aussagen, die als Bausteine der Surveillance mit verwendet werden.

Änderungen in der aktualisierten Karte: Alle bisher als FSME-Risikogebiet ausgewiesenen Kreise bleiben in dieser Kategorie. Neu als FSME-Risikogebiete eingestuft wurden in **Bayern** die Kreise **Berchtesgadener Land, Forchheim, Kelheim, Kitzingen, Miltenberg, Neustadt a. d. Waldnaab, Roth und Weißenburg-Gunzenhausen** sowie in **Thüringen** der **Saale-Holzland-Kreis** (s. a. gesonderter Bericht dazu). In **Baden-Württemberg** wurde mit dem Landkreis **Waldshut** ein weiterer Kreis zu einem Hochrisikogebiet. Außerdem wird auf ein durch eine erhöhte Antikörperprävalenz bei Waldarbeitern ermitteltes geringes FSME-Risiko in den Landkreisen **Alb-Donau-Kreis** und **Ostalbkreis** sowie **Schwäbisch-Hall, Sigmaringen** und **Tuttlingen** und in den Stadtkreisen **Heilbronn** und **Baden-Baden** hingewiesen (schraffierte Darstellung). Insgesamt wurden damit 74 Kreise als FSME-Risikogebiete ausgewiesen: 29 Kreise in Baden-Württemberg, 40 Kreise in Bayern, 3 Kreise in Hessen und je ein Kreis in Rheinland-Pfalz und Thüringen. Die aktuellen Veränderungen werden überwiegend auf eine verbesserte Erfassung zurückgeführt.

Nähere Informationen zur FSME enthält der **Ratgeber »Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)«** des RKI (www.rki.de). – Bezüglich der Immunprophylaxe erfolgt der Hinweis auf die **Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO)** am RKI (bisher geltende Fassung vom Juli 2001; *Epid. Bull.* 28/2001; Mitte Juli 2002 wird eine aktualisierte Fassung publiziert), auf Stellungnahmen der STIKO zu Einzelheiten der FSME-Immunprophylaxe in der Ausgabe 8/01 des *Epid. Bull.* und auf die Angaben der Impfstoffhersteller. – Fachliche Beratung zur FSME bietet auch das **Nationale veterinärmedizinische Referenzlabor für durch Zecken übertragene Erkrankungen** am BgVV an (Diedersdorfer Weg 1, 12277 Berlin; Tel.: 030.84.12–22 61, –22 61, Ansprechpartner: Herr PD Dr. J. Süß).

Hinweise/Anfragen zu dieser Karte erbitten wir im RKI schriftlich an Frau Dr. W. Hellenbrand (Fax: 01888.754–3533; E-Mail: HellenbrandW@rki.de), Frau D. Altmann (Fax: 01888.754–3533; E-Mail: AltmannD@rki.de) oder Herrn Dr. W. Kiehl (Fax: 01888.754–2459; E-Mail: KiehlW@rki.de).

Zum Auftreten der FSME im Saale-Holzland-Kreis in Thüringen

Von 1960–1970 bestanden in Thüringen einige sehr aktive FSME-Naturherdgebiete, (Eisenach-Hainich, Waltershausen-Inselsberg, Jena-Weimar, Meiningen) die damals zu vielen Erkrankungen und einer hohen Antikörperprävalenz bei Risikopersonen führten.¹ In den Folgejahren sank das Erkrankungsrisiko in den Herdgebieten Thüringens drastisch. Seit Mitte der 70er Jahre bis 1990 konnten in Thüringen nur noch wenige Einzelfälle registriert werden, die aber nicht alle sorgfältig nachuntersucht wurden. Gleichzeitig war das Virus auch mit hochsensitiven Techniken nur noch äußerst selten nachzuweisen (z. B. 1992/3 bei 4.775 Zecken aus verschiedenen Regionen Thüringens nur einmal). Im Saale-Holzland-Kreis (der sich um das Autofahrer bekannte Hermsdorfer Kreuz erstreckt) war bisher kein autochthoner Fall einer FSME bekannt geworden. 1999 trat dort ein erster Erkrankungsfall auf, dem zwei weitere im Jahre 2001 folgten. Zu diesen Erkrankungen ermittelten Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und des Nationalen veterinärmedizinischen Referenzlabors für durch Zecken übertragene Erkrankungen folgende Einzelheiten:

Fall 1: Exposition einer ungeimpften 50-jährigen Ärztin in einem Garten in Camburg während der Gartenarbeit mit Erinnerung an Zeckenstich am 9.8.1999. Das klinische Geschehen begann am 20.8. mit leichtem Fieber, ab 21.8. mit Fieber bis 40,3 °C, Kopf-, Rücken- und Augenmuskelschmerzen. Die Serodiagnostik am 10.9.1999 zeigte spezifische IgM-Antikörper. Eine Krankenhauseinweisung erfolgte nicht. Im September 1999 ständige Kopfschmerzen wechselnder Intensität.

Fall 2: Exposition eines ungeimpften 50-jährigen Sportlehrers beim Joggen in der letzten Mai-Woche 2001 bei Stadtröda mit Erinnerung an Zeckenstich am Oberschenkel. Etwa 4–5 Wochen nach der Exposition begann die klinische Symptomatik. Es traten hohes Fieber >40 °C, Kopfschmerzen und Gehbeschwerden, Sprachstörungen bis zur Aphasie und eine latente Hemiparese auf. Die Krankenhauseinweisung erfolgte über den Notarzdienst am 1.7.2001. Im Serum vom 5.7. waren spezifische

IgM-Antikörper nachweisbar. Am 4. Behandlungstag war grenzwertiges bzw. schwach positives IgG nachweisbar.

Fall 3: Exposition eines ungeimpften 61-jährigen Mannes beim Spazierengehen (Zeitgrund bei Bobeck) am 29.9.2001 mit Erinnerung an Zeckenstich in den Bauch. Die Symptomatik begann mit Kopf- und Rückenschmerzen, am 14.10. trat Fieber bis 39,5 °C auf. Über den Rettungsdienst erfolgte die Krankenhauseinweisung. Das Krankheitsbild war außerordentlich schwer. Neben einer schlaffen Lähmung des rechten Beins und einer progredienten Tetraplegie wurde der Patient beatmungspflichtig. Serologisch wurden hohe IgG-Titer und IgM-Antikörper nachgewiesen.

Mit der Meldung dieser beiden sicher autochthonen FSME-Erkrankungen im Jahr 2001 sind die Kriterien für ein FSME-Risikogebiet erfüllt (Definition s. vorstehender Beitrag). Es handelt sich nach jetzigem Kenntnisstand um ein Gebiet mit relativ geringem FSME-Risiko; eine weitere aufmerksame Beobachtung ist erforderlich. Es ist geplant, dort auch Untersuchungen an Zecken durchzuführen. Mit der Deklaration als FSME-Risikogebiet sind präventive Maßnahmen für die Bewohner und Besucher dieses Gebietes indiziert, wenn sie sich in der Natur aufhalten (Information, Aufklärung, Expositionsprophylaxe, Immunprophylaxe).

Für diese Information danken wir Herrn PD Dr. Jochen Süß, Nationales veterinärmedizinisches Referenzlabor für durch Zecken übertragene Krankheiten am BgVV, und Frau Dr. med. Alheit Tiller, Gesundheitsamt am Landratsamt des Saale-Holzland-Kreises (Kirchweg 16, 07646 Stadtröda; Tel.: 036 42.84 65 03).

Literatur: Süß J, Sinnecker H, Sinnecker R, Beerndt D, Zilske E, Dedek G, Aptsch L: Epidemiology and ecology of tick-borne encephalitis in the eastern part of Germany between 1960 and 1990 and studies on the dynamics of a natural focus of tick-borne encephalitis. *Zbl Bakteriol* 1992; 277: 224–235



Abb. 1 (S. 214 und 215): FSME-Risikogebiete in Deutschland auf der Basis von Daten zu FSME-Erkrankungen, die in den Jahren 1982 bis 2001 aufgetreten sind und im RKI ausgewertet wurden (n = 1.873; Stand: Juni 2002)



Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 26.6.2002 (23. Woche)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	129	2011	2419	1	10	4	0	4	5	4	34	62	7	128	235
Bayern	82	1782	2599	0	3	4	0	2	7	5	74	74	7	185	193
Berlin	66	789	649	0	0	2	0	3	5	0	3	2	1	102	100
Brandenburg	70	967	802	0	1	0	1	1	1	0	10	4	2	94	86
Bremen	6	114	170	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	36	15
Hamburg	42	499	487	0	0	0	0	1	2	2	10	7	1	12	10
Hessen	77	1395	1381	1	3	1	0	8	6	2	10	15	1	71	99
Mecklenburg-Vorpommern	65	903	841	0	1	0	0	0	0	0	11	4	2	137	87
Niedersachsen	141	2028	1772	0	2	1	0	0	2	4	58	33	5	92	70
Nordrhein-Westfalen	214	3203	3555	0	7	2	2	6	3	10	107	76	9	298	254
Rheinland-Pfalz	69	1040	1091	0	1	0	0	0	2	2	19	17	0	55	40
Saarland	10	201	152	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	4	13
Sachsen	100	1547	1424	0	1	2	0	1	0	0	30	25	8	392	300
Sachsen-Anhalt	52	1039	1640	0	0	0	0	0	0	2	6	17	10	204	182
Schleswig-Holstein	28	643	823	0	0	2	0	1	3	1	8	4	4	36	22
Thüringen	64	1023	1381	0	1	1	0	0	1	0	19	11	8	175	188
Gesamt	1215	19184	21186	2	30	20	3	27	37	32	402	354	68	2021	1894

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	1	58	131	5	120	257	1	308	492
Bayern	2	43	88	3	90	152	4	221	361
Berlin	3	50	72	0	33	45	0	19	22
Brandenburg	0	7	15	0	13	20	0	9	41
Bremen	1	8	28	0	4	7	0	6	6
Hamburg	0	25	31	1	13	31	0	10	16
Hessen	1	60	77	1	64	90	3	71	149
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	2	0	9	10	0	13	31
Niedersachsen	2	66	89	4	67	103	5	171	212
Nordrhein-Westfalen	7	140	276	7	162	355	9	182	590
Rheinland-Pfalz	2	27	29	2	52	45	5	58	75
Saarland	0	4	6	0	3	14	0	4	16
Sachsen	0	9	33	2	21	31	3	13	38
Sachsen-Anhalt	0	13	11	0	16	13	1	36	62
Schleswig-Holstein	1	28	42	0	18	26	0	19	20
Thüringen	0	9	10	0	15	7	1	12	14
Gesamt	20	549	940	25	700	1206	32	1152	2145

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, EHEC, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte**

Stand v. 26.6.2002 (23. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen														Land	
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.		1.–23.
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002			2001
96	1797	2038	3	54	93	12	227	218	24	968	528	61	4065	3779	Baden-Württemberg
101	1706	1698	2	62	67	11	240	249	4	497	180	57	3808	3273	Bayern
85	1278	1451	5	78	40	8	103	88	0	664	553	28	1700	1226	Berlin
44	631	581	0	5	18	6	125	122	2	399	267	21	2597	1880	Brandenburg
10	165	194	0	2	1	0	34	13	0	56	57	6	160	237	Bremen
32	666	806	3	25	22	2	67	92	2	303	81	12	623	668	Hamburg
33	928	1097	3	28	44	8	157	165	5	459	129	15	1768	1482	Hessen
50	606	365	0	1	15	5	177	104	0	75	52	26	2983	2022	Mecklenburg-Vorpommern
86	1401	1203	4	16	23	10	276	198	9	736	367	48	2549	3414	Niedersachsen
204	4099	3941	1	27	49	17	535	450	30	524	289	111	5092	4753	Nordrhein-Westfalen
49	830	956	0	11	24	15	129	132	34	733	278	49	2153	1454	Rheinland-Pfalz
17	276	263	0	1	2	2	31	22	43	330	7	7	410	281	Saarland
85	1560	1339	4	34	99	20	269	312	34	2900	2384	81	7036	5468	Sachsen
33	545	422	1	4	11	16	205	226	81	1252	1034	41	3057	3870	Sachsen-Anhalt
63	680	812	1	12	17	9	108	79	6	233	1	12	590	935	Schleswig-Holstein
43	691	653	1	12	35	14	232	242	16	318	63	57	3354	2711	Thüringen
1031	17859	17819	28	372	560	155	2915	2712	290	10447	6270	632	41945	37453	Gesamt

Meningokokken-Erkr.										Masern			Tuberkulose			Land
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.					
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001					
2	51	48	2	29	566	12	416	417	12	416	417	Baden-Württemberg				
1	51	49	12	1526	1700	19	432	432	19	432	432	Bayern				
0	19	23	0	16	26	8	152	138	8	152	138	Berlin				
1	10	13	0	3	9	1	75	109	1	75	109	Brandenburg				
0	3	5	0	0	0	0	35	32	0	35	32	Bremen				
0	11	19	0	8	1	7	104	145	7	104	145	Hamburg				
0	23	17	3	57	89	12	356	315	12	356	315	Hessen				
0	9	19	0	4	2	1	58	54	1	58	54	Mecklenburg-Vorpommern				
0	35	42	15	765	429	20	285	236	20	285	236	Niedersachsen				
2	112	115	38	1308	1002	42	776	744	42	776	744	Nordrhein-Westfalen				
0	10	8	8	177	135	6	119	121	6	119	121	Rheinland-Pfalz				
0	2	6	0	6	9	6	55	81	6	55	81	Saarland				
1	17	15	0	11	23	1	90	126	1	90	126	Sachsen				
0	11	10	2	5	29	17	123	102	17	123	102	Sachsen-Anhalt				
1	17	20	8	30	222	3	91	67	3	91	67	Schleswig-Holstein				
2	17	10	0	19	8	2	70	65	2	70	65	Thüringen				
10	398	419	88	3964	4250	157	3237	3184	157	3237	3184	Gesamt				

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 herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.02.2002).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 26.6.2002 (23. Woche)

Krankheit	23. Woche 2002	1.–23. Woche 2002	1.–23. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	0	32	39	131
Influenza	3	2526	2388	2486
Legionellose	6	117	87	327
FSME	5	24	24	253
Haemophilus-infl.-Infektion	0	22	37	78
Humane spongif. Enz. *	0	19	41	76
Listeriose	3	76	91	215
Brucellose	1	12	8	25
Dengue-Fieber #	4	115	17	60
Hantavirus-Infektion	9	86	73	185
Leptospirose	1	16	13	49
Ornithose	0	13	18	53
Q-Fieber	3	82	176	292
Tularämie	0	2	1	3
Giardiasis	52	1219	1510	3897
Kryptosporidiose	7	223	174	1481
Trichinellose	0	0	3	5

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Meldetechnisch erfasst unter >Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)<.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:▶ **Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS):**

Niedersachsen, 6 Jahre, weiblich (23. HUS-Fall 2002)

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, HUS, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von HUS oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Infektionen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Humanen spongiformen Enzephalopathie enthalten.

Neue Impfpfehlungen der STIKO erscheinen in Kürze – Bezugsbedingungen

Die neuen Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut werden in der zweiten Juliwoche 2002 (28. Woche) in der Ausgabe 28/02 des *Epidemiologischen Bulletins* veröffentlicht. Diese Ausgabe umfasst 16 Seiten. Außerhalb des Abonnements benötigte Exemplare können schriftlich beim Robert Koch-Institut zu folgenden Bedingungen angefordert werden:

- ▶ **kostenfrei bis zu 5 Exemplare nach Einsenden der Adresse und Briefmarken im Wert von 1,53** (kein Rückumschlag),
- ▶ **6–20 Exemplare** gegen Rechnung zum Stückpreis von **0,50**,
- ▶ **21–50 Exemplare** gegen Rechnung zum Stückpreis von **0,40**,
- ▶ **mehr als 50 Exemplare** gegen Rechnung zum Stückpreis von **0,35**.

Bei der Aussendung können Wartezeiten eintreten.

Wir bitten, zur Bestellung eine der folgenden Adressen zu verwenden und von telefonischen Bestellungen Abstand zu nehmen:

- ▶ Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin
- ▶ Fax: 01888.754-26 01
- ▶ E-Mail: info@rki.de.

Die Ausgabe 28/02 des *Epidemiologischen Bulletins* kann vom 15.–19.7.02 über **Faxbruf** unter **01888.754-22 65** bezogen werden; Angebot im **Internet** unter <http://www.rki.de>.

Bei Verbreitung dieser Ankündigung wird gebeten, die Bezugsbedingungen korrekt wiederzugeben. Für Zwecke des Nachdrucks in anderen Zeitschriften kann die Datei über die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* bezogen werden.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20
13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-23 28
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-24 57
E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-24 55
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-24 59

Vertrieb und AbonentenserviceVertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-39 85**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen Netzwerkes einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird dabei vorausgesetzt.

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-22 65 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Druck

Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273