



Epidemiologisches Bulletin

7. September 2009 / Nr. 36

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Bestätigter Fall von Neuer Influenza bei einem 5-jährigen Jungen

Diagnosestellung 14 Tage nach Krankheitsbeginn

Im Folgenden wird über einen 5 Jahre und 8 Monate alten Jungen berichtet, der von seinen Eltern in der Kinderrettungsstelle vorgestellt wurde, da er seit 13 Tagen an stakkatoartigem Husten, z.T. mit zum Erbrechen führenden Hustenattacken, litt und Fieber bis 40 °C hatte. Der niedergelassene Kinderarzt hatte wegen des Hustens Inhalationen mit Salbutamol sowie ein Antitussivum (Noscapin-Tropfen) zur Nacht verordnet; das Fieber wurde mit Paracetamol und Ibuprofen gesenkt. Die übrige Eigen-, die Impf-, die Familien-, die Umgebungs- sowie die Reiseanamnese waren unauffällig.

In der Rettungsstelle präsentierte sich der Junge in leicht reduziertem Allgemeinzustand bei stabilen Vitalparametern, insbesondere einer Sauerstoffsättigung im Normbereich. Es lag eine Ruhedyspnoe vor, bei der die Atemhilfsmuskulatur eingesetzt wurde; rechts basal waren fein- bis mittelblasige Rasselgeräusche zu hören. Es zeigten sich ein eitriger Schnupfen und ein geröteter Rachen ohne Beläge. Der sonstige körperliche Untersuchungsbefund war unauffällig.

Die initiale Labordiagnostik wurde noch in der Rettungsstelle durchgeführt. Das C-reaktive Protein war nicht erhöht, Blutbild und Differenzialblutbild waren (bis auf eine Lymphopenie) unauffällig, die Blutgasanalyse und die Parameter der klinischen Chemie lagen im Normbereich. Der Urin-Stix zeigte keinen Anhalt für einen akuten Harnwegsinfekt. Die weiteren Ergebnisse lagen erst einige Tage später vor: In der Blutkultur zeigte sich kein Wachstum von Bakterien. *Bordetella pertussis*-Antikörper im Serum sowie die Mykoplasmen-Serologie waren negativ. Der Befund der Thorax-Röntgenaufnahme war vereinbar mit einer Peribronchitis. Im Rachenabstrich fand sich lediglich reichliches Wachstum von Rachenflora.

Der Junge wurde mit der Arbeitsdiagnose „Hochfieberhafter Atemwegsinfekt mit Rhinitis, Pharyngitis und Bronchitis“ stationär aufgenommen und pulsoxymetrisch überwacht. Die vom niedergelassenen Kinderarzt angesetzte symptomatische Medikation wurde weitergeführt. Zusätzlich bekam der Patient bei nur mäßigem Trinkverhalten eine Infusion. Außerdem erhielt er Atemtherapie. Vorübergehend benötigte er eine Sauerstoffs substitution von ½l/min. Weil der Husten teilweise pertussiform wirkte, stand anfangs (trotz regelrechter Impfung und des unauffälligen Blutbildes) die Differenzialdiagnose Pertussis im Raum. Deshalb wurde der Junge in einem Isolierzimmer untergebracht und die entsprechenden Hygienemaßnahmen (Händedesinfektion, Tragen eines Mundschutzes) eingehalten.

Erst 24 Stunden nach Aufnahme auf der Station wurde erwogen, die Diagnostik bezüglich Neuer Influenza zu erweitern. Tatsächlich zeigte die PCR noch am selben Tag ein positives Ergebnis. Dem Patienten ging es mittlerweile schon deutlich besser als bei der Aufnahme. Er war spontan entfiebert, wurde eupnoeisch und fühlte sich gesund.

Am folgenden Tag erkrankten die beiden Geschwister des Patienten. Sie wurden ebenfalls in der Kinderrettungsstelle vorgestellt. Eine stationäre Aufnahme war auf Grund des guten klinischen Zustandes nicht notwendig. Bei dringendem Verdacht auf eine Erkrankung durch Neue Influenza, auf Grund des Kontakts zu dem erkrankten Geschwisterkind, erfolgte der Rachenabstrich unter Verwendung einer FFP3-Maske. Bei beiden Kindern war die PCR für Neue

Diese Woche 36/2009

Neue Influenza

Fallbericht eines 5-jährigen Jungen

Nationale Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien

Neuernennungen/Änderungen

Erratum

Public Health

Funktionstests im Rahmen von DEGS

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Juni 2009 (Datenstand: 1. September 2009)
- ▶ Aktuelle Statistik 33. Woche 2009 (Datenstand: 2. September 2009)

ARE/Influenza, Neue Influenza

Zur Situation in der 35. Woche 2009



Influenza A/H1N1 positiv. Es wurde eine Behandlung mit Oseltamivir begonnen. Die notwendigen Hygienemaßnahmen wurden besprochen und ein entsprechendes Informationsblatt mitgegeben. Die Mutter war mittlerweile auch mit hohem Fieber und Atemwegssymptomen bettlägrig geworden. Sie wurde von einem Arzt zu Hause untersucht. Bei ihr wurde keine weitere Diagnostik veranlasst.

Schlussfolgerung

Das Besondere an diesem Fall ist der lange Verlauf der Erkrankung mit sekundärer respiratorischer Verschlechterung und Sicherung der Diagnose am 14. Tag nach Beginn der Symptomatik. Üblicherweise beträgt die Krankheitsdauer von Influenza bei Kindern etwa 7–14 Tage. Der hier vorgestellte Patient war schon 13 Tage krank, als er aufgenommen wurde. Es gab keine Reise oder nachvollziehbaren Kontakt zu einem Verdachtsfall von Neuer Influenza. Die Familienmitglieder waren zum Zeitpunkt der Aufnahme scheinbar gesund. Da die Inkubationszeit nach bisherigem Kenntnisstand etwa der der saisonalen Influenza entspricht, die bei 1–4 Tagen liegt, hätte man bei dem engen und ungeschützten Kontakt, den der Junge zu seinen Geschwistern und Eltern hatte, eine frühere Ansteckung und somit auch einen früheren Krankheitsausbruch erwarten können. Ob bei dem Jungen vielleicht initial ein anderer hochfieberhafter grippaler Infekt vorgelegen hatte,

auf den sich die Neue Influenza quasi „aufgepfropft“ hat, ist retrospektiv nicht zu klären.

Entscheidend ist, dass auf Grund des ungewöhnlichen Krankheitsverlaufs und dem Fehlen einer bekannten Exposition weder bei der Vorstellung in der Rettungsstelle noch bei der stationären Aufnahme an die Neue Influenza gedacht wurde. Dass trotzdem die notwendigen Hygienemaßnahmen eingehalten wurden, ist allein der Tatsache zu verdanken, dass differenzialdiagnostisch das Vorliegen einer Pertussis in Erwägung gezogen wurde. Andernfalls hätte es passieren können, dass in der Rettungsstelle und auf der Station tätige Krankenschwestern/-pfleger und Ärztinnen/Ärzte dem Risiko einer Ansteckung ausgesetzt gewesen wären. Infektionen bei medizinischem Personal können dazu führen, dass das Virus auf andere Patienten und damit besonders vulnerable Gruppen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf übertragen werden kann.

Aus diesem Grund unterstreicht der geschilderte Fall die Notwendigkeit der strengen Einhaltung der bestehenden Empfehlungen zum Arbeitsschutz bei Patienten mit akuten respiratorischen Erkrankungen. Dies gilt auch bei unbekannter Exposition durch Fälle von Neuer Influenza. Andernfalls ist das Risiko einer unkontrollierten Ausbreitung innerhalb eines Krankenhauses nicht auszuschließen.

Für diesen Bericht danken wir Prof. U. Wahn und Dr. C. Peiser, der als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: christian.peiser@charite.de).

Berufung von neuen Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien

Nachfolgend aufgeführte Nationale Referenzzentren sind neu berufen worden:

Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhausreger

Leiter: Herr Prof. Dr. S. Gatermann
Abteilung für Medizinische Mikrobiologie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstr. 150, 44801 Bochum

Nationales Referenzzentrum für Papillom- und Polyomaviren

Leiter: Herr Prof. Dr. H. Pfister
Institut für Virologie
Uniklinik Köln
Fürst-Pückler-Str. 56, 50935 Köln

Der langjährige Leiter des **Konsiliarlaboratoriums für Listerien**, Herr Prof. Dr. H. Hof vom Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene des Universitätsklinikums Mannheim, tritt ab dem 01.09.2009 seinen Ruhestand an. Ihm ist es maßgeblich zu verdanken, dass die Tätigkeit dieses Konsiliarlaboratoriums sowohl national als auch international sehr große Anerkennung gefunden hat. Wir danken Herrn Prof. Hof für seine hervorragenden Leistungen und wünschen ihm für die Zukunft beste Gesundheit und Schaffenskraft.

Das Konsiliarlaboratorium wird in Zukunft als binationales Konsiliarlaboratorium in Kooperation zwischen einer österreichischen und einer deutschen Einrichtung weitergeführt.

Leiter: Herr Dr. U. Sagel
Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene
Währingerstr. 25a, A 1096 Wien

Kooperationspartner in Deutschland:

Frau PD Dr. A. Flieger
Nationales Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger
Robert Koch-Institut
Burgstr. 37, 38855 Wernigerode

Das Verzeichnis der Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien mit dem ausführlichen Leistungsangebot ist im Internet veröffentlicht und kann unter www.rki.de (Infektionsschutz > Nationale Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien > Übersicht > Liste aller Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien) abgerufen werden.

Erratum

Im *Epidemiologischen Bulletin* 30/2009 zu den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ist auf der Seite 295 ein Fehler aufgetreten. Die dort erwähnten Inhalte der Biostoffverordnung sind mit Wirkung vom 24.12.2008 in der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 18.12.2008 geregelt (siehe ArbMedVV, Anhang, Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsuntersuchungen sowie weitere Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge, Teil 2, Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen einschließlich gentechnischen Arbeiten mit humanpathogenen Organismen; <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/arbmedvv/gesamt.pdf>).

Hiernach hat der Arbeitgeber bei gezielten oder ungezielten Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen, die in einer Tabelle im Anhang der ArbMedVV als impfpräventabel gekennzeichnet sind, zu veranlassen, dass im Rahmen der Pflichtuntersuchung nach entsprechender ärztlicher Beratung ein Impfangebot unterbreitet wird. § 15 der Biostoffverordnung verweist darauf, dass für den Bereich der arbeitsmedizinischen Vorsorge die ArbMedVV gilt.

Wir danken für entsprechende Hinweise.

**Informationen zu DEGS:
Funktionstests**



Seit November 2008 führt das RKI die DEGS-Feldarbeit durch (www.rki.de/degs). Im Folgenden werden die Funktionstests bei Teilnehmenden ab 65 Jahren vorgestellt:

Hintergrund: Der physiologische Prozess des Alterns ist mit körperlichen und kognitiven Funktionseinbußen verbunden. Sie erschweren die Bewältigung des Alltags und erhöhen das Risiko für akute gesundheitliche Ereignisse (Stürze, Knochenbrüche). Weitere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, Verlust der selbständigen Lebensführung, Pflegebedürftigkeit und erhöhte Sterblichkeit sind Folgen. Ergebnisse epidemiologischer Längsschnittstudien zeigen, dass Einschränkungen der Handgriffstärke, der funktionalen Mobilität (Gleichgewicht, Gehgeschwindigkeit, Aufstehvermögen) sowie der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit von besonderer prognostischer Bedeutung sind.

Methoden: Die Auswahl der Messinstrumente und -protokolle erfolgte in Abstimmung mit anderen epidemiologischen Studien im In- und Ausland und in Anpassung an die Rahmenbedingungen im DEGS. Die **Greifkraft der Hände** wird mit einem Handkraftmesser („Smedley S Dynamometer“) gemessen. Für jede Hand werden 2 Messungen vorgenommen. Die Ergebnisse sind abhängig von Alter und Geschlecht. Die Beurteilung der individuellen Testergebnisse erfolgt auf der Grundlage von bevölkerungsrepräsentativen Referenzwerten. Die **Gleichgewichtsfähigkeit** unter statischen Bedingungen wird durch eine Testreihe mit 4 aufeinander folgenden Testeinheiten von zunehmendem Schweregrad (Romberg-, Semi-Tandem-, Tandem-, Einbeinstand-Test) überprüft. Die vorgegebenen Positionen (Füße parallel, teilweise gegeneinander oder hintereinander versetzt, Einbeinstand) müssen für 10 Sekunden gehalten werden. Bei Schwierigkeiten in der Ausführung einer Teststufe, wird die Testreihe abgebrochen. Auf weitere Schwierigkeitsgrade (Durchführung mit geschlossenen Augen, Überprüfung des dynamischen Gleichgewichts) wurde aus Gründen der Sicherheit und Machbarkeit verzichtet. Die Bewertung der individuellen Testergebnisse erfolgt in 7 Kategorien auf der Grundlage von Erfahrungswerten früherer epidemiologischer Längsschnittstudien. **Timed Up and Go-Test:** Hierbei wird die „normale“ Gehgeschwindigkeit unter Alltagsbedingungen erfasst. Ermittelt wird die Zeitspanne, die für die Bewältigung einer Gehstrecke von 3 Metern mit sitzender Ausgangs- und Endposition benötigt wird.

Bei wenig eingeschränkten Personen ist auch eine Überprüfung längerer Gehstrecken sinnvoll. Dies konnte aufgrund der oft begrenzten räumlichen Gegebenheiten im DEGS nicht realisiert werden. Die Bewertung der individuellen Testergebnisse erfolgt in 3 Kategorien auf der Grundlage von Erfahrungswerten aus früheren Längsschnittstudien.

Chair-Rise-Test: Der Test dient als Maß zur Bestimmung der Beinkraft und dynamischen Gleichgewichtsfähigkeit beim Aufstehen. Gemessen wird die Zeit, die bei maximaler Anstrengung für 5-maliges Aufstehen, mit sitzender Anfangs- und stehender Endposition ohne Zuhilfenahme der Arme benötigt wird. Die Bewertung der individuellen Testergebnisse erfolgt in 5 Kategorien auf der Grundlage von Erfahrungswerten aus früheren epidemiologischen Längsschnittstudien.

Zahlen-Symbol-Test (engl. DSST für *Digit Symbol Substitution Test*): Dieser Test erfasst mehrere kognitive Teilfunktionen, insbesondere Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Die Teilnehmenden ordnen unter Zeitdruck vorgegebenen Zahlen die dazugehörigen Symbole zu. Gemessen wird die Anzahl der Symbole, die innerhalb der Testzeit von einer Minute korrekt zugeordnet wurde. Die Ergebnisse sind altersabhängig und werden auf der Grundlage von bevölkerungsrepräsentativen Referenzwerten bewertet.

Auswertung: Alle Studienteilnehmer/innen erhalten im Rahmen der schriftlichen Befundmitteilung eine Rückmeldung der Ergebnisse, ggf. mit Hinweisen auf eine notwendige ärztliche Untersuchung. Auf Bevölkerungsebene werden die Testergebnisse wichtige Informationen zur Häufigkeit und Verbreitung relevanter Funktionseinschränkungen bei selbständig lebenden älteren Menschen ab 65 Jahren in Deutschland liefern und Einblicke in den Zusammenhang zwischen vorbestehenden Erkrankungen und Funktionseinschränkungen geben. Für die geplante Verlaufsbeobachtung der DEGS-Studienteilnehmer/innen steht darüber hinaus eine Datengrundlage zur Verfügung, um typische individuelle Verläufe im Altersgang zu untersuchen und Fragestellungen zu kausalen Zusammenhängen und zeitlicher Abfolgen zwischen Funktionseinschränkungen und bestimmten Erkrankungen zu klären.

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten											Berichtsmonat: Juni 2009 (Datenstand: 01.09.2009)				
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. Epid. Bull. 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	
Baden-Württemberg	17	101	107	30	143	149	4	28	39	3	9	7	0	0	1
Bayern	27	184	184	24	175	167	8	39	44	1	17	8	0	1	1
Berlin	31	227	337	45	220	224	2	13	25	0	1	1	0	0	3
Brandenburg	2	14	29	2	24	28	0	1	3	0	1	0	0	0	0
Bremen	3	20	15	2	11	15	0	7	5	0	1	1	0	0	0
Hamburg	20	89	101	29	112	94	10	28	27	0	3	0	0	0	0
Hessen	12	89	105	17	104	122	2	21	15	1	4	6	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	5	16	11	1	16	20	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	15	72	100	15	82	87	2	14	16	0	6	4	0	2	1
Nordrhein-Westfalen	72	396	419	53	355	341	10	49	51	1	11	11	0	2	2
Rheinland-Pfalz	6	40	49	11	55	58	3	9	9	0	2	2	0	1	1
Saarland	0	9	13	3	14	18	0	1	2	0	2	1	0	0	0
Sachsen	10	69	84	10	48	39	2	2	6	0	1	1	0	0	1
Sachsen-Anhalt	2	17	25	1	21	21	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	25	25	6	33	23	0	4	6	0	1	3	0	0	0
Thüringen	2	12	11	3	11	9	2	4	3	0	1	2	0	0	0
Deutschland	228	1.380	1.615	252	1.424	1.415	45	223	255	6	60	47	0	6	11

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

33. Woche 2009 (Datenstand: 2.9.2009)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darm-pathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	33.	1.-33.	1.-33.	33.	1.-33.	1.-33.	33.	1.-33.	1.-33.	33.	1.-33.	1.-33.	33.	1.-33.	1.-33.		
	2009			2008			2009			2008			2009			2008	
Baden-Württemberg	162	3.937	4.167	4	46	40	3	144	204	101	1.531	2.488	0	67	35		
Bayern	206	4.950	4.489	2	81	79	24	499	663	154	2.557	3.332	2	90	57		
Berlin	58	1.432	1.569	2	28	15	10	275	141	23	453	723	0	18	23		
Brandenburg	74	1.318	1.341	2	18	7	12	205	149	30	577	1.009	0	8	4		
Bremen	13	226	285	0	0	2	0	14	19	4	83	171	0	2	4		
Hamburg	41	1.022	1.138	1	15	11	1	16	19	10	357	452	2	20	17		
Hessen	114	2.423	2.193	0	10	7	5	72	56	71	1.214	1.664	0	28	22		
Mecklenburg-Vorpommern	91	1.164	1.141	0	6	8	6	136	138	27	557	691	0	5	0		
Niedersachsen	149	3.076	3.384	1	65	81	19	311	292	85	1.638	2.278	0	14	29		
Nordrhein-Westfalen	402	8.827	9.174	2	90	103	16	551	743	211	4.480	5.200	1	29	37		
Rheinland-Pfalz	101	1.958	2.161	1	42	37	3	154	159	37	994	1.644	1	26	16		
Saarland	38	730	716	0	4	2	2	24	27	7	237	396	0	1	0		
Sachsen	177	2.949	3.327	4	43	70	15	429	515	72	1.358	2.044	1	26	14		
Sachsen-Anhalt	56	977	944	1	10	6	16	292	258	45	797	1.300	0	11	6		
Schleswig-Holstein	49	1.347	1.529	1	19	20	2	34	62	21	422	677	0	8	2		
Thüringen	51	1.173	1.207	1	7	8	10	347	431	49	811	1.374	0	7	7		
Deutschland	1.782	37.509	38.765	22	484	496	144	3.503	3.876	947	18.066	25.443	7	360	273		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	33.	1.-33.	1.-33.	33.	1.-33.	1.-33.	33.	1.-33.	1.-33.		
	2009			2008			2009			2008	
Baden-Württemberg	1	54	49	2	50	63	9	522	656		
Bayern	5	103	79	3	69	64	16	735	843		
Berlin	0	43	55	0	42	45	10	399	492		
Brandenburg	1	25	5	0	13	13	1	51	67		
Bremen	0	6	3	0	5	1	0	18	30		
Hamburg	0	14	26	1	26	13	1	97	66		
Hessen	1	52	43	1	29	41	4	187	220		
Mecklenburg-Vorpommern	0	14	11	0	6	12	0	40	38		
Niedersachsen	2	48	39	1	18	38	4	167	220		
Nordrhein-Westfalen	6	113	115	2	97	109	9	477	637		
Rheinland-Pfalz	1	31	31	0	49	50	5	170	207		
Saarland	0	5	14	0	9	9	1	46	49		
Sachsen	0	20	23	3	29	20	2	156	207		
Sachsen-Anhalt	0	13	14	1	10	13	4	108	114		
Schleswig-Holstein	0	21	14	0	12	12	1	101	144		
Thüringen	0	15	20	0	18	10	3	94	75		
Deutschland	17	577	541	14	482	513	70	3.368	4.065		

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,

33. Woche 2009 (Datenstand: 2.9.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
33.	1.–33.	1.–33.	33.	1.–33.	1.–33.	33.	1.–33.	1.–33.	33.	1.–33.	1.–33.	33.	1.–33.		1.–33.
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009			2008
5	118	139	18	13.015	15.274	17	3.150	4.410	16	319	386	2	10	41	Baden-Württemberg
8	282	311	62	17.584	16.238	45	6.594	7.031	10	471	652	2	21	30	Bayern
3	64	76	36	5.859	5.664	11	2.330	1.969	5	220	247	1	32	38	Berlin
2	76	99	24	6.919	7.103	29	4.352	3.875	3	58	84	1	17	11	Brandenburg
1	18	12	1	1.361	722	1	253	327	0	29	20	0	1	7	Bremen
1	66	54	8	3.732	3.386	4	1.293	1.794	1	71	81	1	7	8	Hamburg
6	150	145	34	8.128	8.732	11	2.363	2.546	7	146	191	0	13	25	Hessen
1	47	53	7	3.616	7.191	25	3.191	4.102	1	90	99	3	36	30	Mecklenburg-Vorpommern
8	216	256	36	11.308	15.330	26	4.285	5.753	1	117	161	16	71	75	Niedersachsen
7	372	381	111	31.562	32.890	52	8.870	11.098	15	324	491	12	110	75	Nordrhein-Westfalen
1	123	156	19	7.197	8.187	19	2.379	3.313	2	117	163	1	16	8	Rheinland-Pfalz
0	27	30	2	1.769	2.616	6	592	591	0	25	28	0	4	2	Saarland
15	321	386	71	13.582	14.802	36	6.816	10.013	3	147	206	10	56	57	Sachsen
4	114	145	17	7.670	6.324	25	3.250	4.124	4	58	74	2	11	24	Sachsen-Anhalt
1	81	136	29	4.325	6.082	10	1.048	2.213	3	45	57	0	3	5	Schleswig-Holstein
7	213	260	23	6.614	9.497	16	3.372	5.166	3	68	48	2	18	15	Thüringen
70	2.288	2.639	498	144.241	160.038	333	54.138	68.325	74	2.305	2.988	53	426	451	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
33.	1.–33.	1.–33.	33.	1.–33.	1.–33.	33.	1.–33.	1.–33.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
0	36	34	0	66	376	5	352	375	Baden-Württemberg	
0	61	57	0	42	297	11	365	445	Bayern	
1	27	13	0	31	28	7	168	192	Berlin	
0	12	9	0	4	5	0	59	55	Brandenburg	
0	5	3	0	0	2	0	40	23	Bremen	
0	6	3	0	209	2	6	127	102	Hamburg	
0	17	18	0	20	34	5	246	271	Hessen	
1	6	9	0	0	6	2	56	33	Mecklenburg-Vorpommern	
0	27	25	0	69	10	7	210	244	Niedersachsen	
0	89	78	0	72	44	16	717	739	Nordrhein-Westfalen	
0	20	15	0	13	37	4	119	139	Rheinland-Pfalz	
0	3	3	0	1	10	1	46	41	Saarland	
0	14	15	0	2	2	2	112	124	Sachsen	
3	9	7	0	0	1	8	85	96	Sachsen-Anhalt	
0	19	11	0	23	7	2	54	58	Schleswig-Holstein	
0	11	9	0	1	14	2	67	79	Thüringen	
5	362	309	0	553	875	78	2.823	3.016	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

33. Woche 2009 (Datenstand: 2.9.2009)

Krankheit	33. Woche 2009	1.–33. Woche 2009	1.–33. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	1	97	95	180
Brucellose	1	9	19	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	42	80	123
Dengue-Fieber	5	187	163	273
FSME	10	218	184	289
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	5	37	38	59
Hantavirus-Erkrankung	0	35	174	243
Hepatitis D	0	4	5	7
Hepatitis E	2	54	71	104
Influenza	2.137	39.266	14.071	14.853
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	137	99	152
Legionellose	13	246	314	524
Leptospirose	3	48	38	66
Listeriose	6	222	199	307
Ornithose	1	12	18	22
Paratyphus	0	16	31	86
Q-Fieber	3	141	252	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	5	12	15
Typhus abdominalis	0	26	39	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die Kalenderwoche 35/2009**

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist im Vergleich zur Vorwoche leicht angestiegen, lag aber bundesweit im Bereich der jahreszeitlich zu erwartenden Werte. Die in Deutschland auftretenden Fälle an Neuer Influenza A/H1N1 scheinen sich somit noch nicht auf Bevölkerungsebene bemerkbar zu machen.

Bisher wurden im NRZ insgesamt 194 Neue Influenzaviren A/H1N1 hinsichtlich ihrer Sensitivität gegenüber den Neuraminidaseinhibitoren Oseltamivir und Zanamivir untersucht. Bekannte Resistenzmutationen waren nicht nachweisbar. Alle untersuchten Virusisolate wiesen ebenfalls einen sensitiven Phänotyp auf. Weiterhin zeigten alle der 29 untersuchten Viren eine Resistenz gegenüber Amantadin.

Weitere Informationen zur aktuellen Situation Neue Influenza A/H1N1 unter <http://www.rki.de/influenza> bzw. täglich aktualisierte Informationen, Hinweise und Empfehlungen unter http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/IPV__Node.html.

Europa: Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN Irland, Norwegen und das Vereinigte Königreich sind die einzigen Länder in Europa, die zurzeit über eine mittlere Grippeaktivität berichten. Im Vereinigten Königreich und in Irland gehen die Zahlen weiter zurück.

Weitere Informationen zur europäischen Situation erhalten Sie auf den Internetseiten des ECDC <http://ecdc.europa.eu>.

International: Informationen zur weltweiten Situation können auf den Internetseiten der WHO aufgerufen werden unter <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 35. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der 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, 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;

Frau C. Paape, Frau F. Bading (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459

E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff

Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde

Tel.: 030.9487813

Fax: 030.948781-50

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