



Epidemiologisches Bulletin

28. März 2002/Nr. 13

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Weltgesundheitstag 2002:

›In Bewegung bleiben – gesund bleiben!‹ ›Move for health!‹

Der Weltgesundheitstag am 5. April lenkt in diesem Jahr die Aufmerksamkeit auf ein Thema, das ausnahmsweise einmal nicht vorrangig die Entwicklungsländer, sondern jeden von uns betrifft:

Das Problem:

Die körperliche Aktivität in unserem Alltag hat sich im letzten Jahrhundert wesentlich geändert. Heute ist für die Mehrheit der Menschen in Deutschland und vergleichbaren Ländern eine überwiegend sitzende und bewegungsarme Lebensweise zum Normalen geworden. Daraus entsteht ein ernster Widerspruch zu der Prägung, die wir im Laufe unserer langen biologischen Entwicklungsgeschichte erhalten haben. Alle unsere Körperfunktionen wurden im Kontext eines sich weiträumig bewegenden Wesens optimiert; längeres Sitzen konnten sich bis vor Kurzem nur die Wenigsten leisten.

Der heute verbreitet festzustellende absolute oder relative Bewegungsmangel ist mitverantwortlich für die Entstehung vieler chronischer Krankheiten wie Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheiten, Osteoporose, Depression und bestimmte Krebsarten (z. B. Brust- und Kolonkrebs¹).

Untersuchungsergebnisse des Robert Koch-Instituts bestätigen den Umfang des Problems; auch in Deutschland wird das empfohlene Aktivitätsniveau von einem Großteil der Bevölkerung tatsächlich nicht erreicht: Im **Bundes-Gesundheitssurvey 1998** zeigte sich, dass 30 % der Erwachsenen kaum körperlich aktiv sind und 45 % überhaupt keinen Sport treiben. Das für Erwachsene geltende Maß an körperlicher Aktivität (s. unten) wurde im Durchschnitt lediglich von 13 % erfüllt.² Immerhin 40 % der 18- bis 19-jährigen Männer und etwa 15 % der 18- bis 19-jährigen Frauen erfüllen die Empfehlung. Als problematisch stellte sich in dieser Erhebung das Erreichen eines Mindestmaßes an Bewegung im höheren Lebensalter, so bei den 70- bis 79-jährigen Männern und Frauen, heraus.

Die Einflussmöglichkeiten:

Es gibt Gewissheit darüber, dass ein bestimmtes Maß an körperlicher Bewegung die Gesundheit stabilisiert und das Risiko vieler Krankheiten senkt. Regelmäßige körperliche Aktivität

- ▶ hilft – neben einer ausgewogenen Ernährung – das **Körpergewicht** zu halten oder sogar zu reduzieren,
- ▶ hat eine günstige Wirkung auf die wichtigen **Herz-Kreislauf-Risikofaktoren**, u. a. auf die Hypertonie, dadurch wird beispielsweise das Risiko von Myokardinfarkten und zerebrovaskulären Insulten entscheidend reduziert^{3,4}
- ▶ senkt das Risiko der Entstehung von **Kolonkrebs** (vermutlich dadurch, dass die Darmmotilität erhöht und so die Kontaktzeit des Darminnens mit eventuellen mutagenen Stoffen verkürzt wird) und beugt der Entstehung von **Brustkrebs** vor (vermutlich durch eine Verringerung der Östrogene, von Insulin und assoziierten Wachstumsfaktoren),
- ▶ senkt das Risiko der Entstehung von **Typ-II-Diabetes**,
- ▶ stärkt das **Immunsystem** (s. folgender Beitrag),

Diese Woche

13/2002

Weltgesundheitstag 2002:

- ▶ Zur Bedeutung körperlicher Aktivität
- ▶ Ausdauersport und Immunsystem

Norwalk-like-Virus-Infektion:

Erfahrungsbericht aus Wiesbaden

Meningokokken-Erkrankungen:

Ausbruch in der Auvergne (Frankreich) beendet

Ankündigungen:

- ▶ Intensiv-Fortbildung Mikrobiologie/Infektiologie in Berlin
- ▶ IV. International Summer School ›Infectious Disease Epidemiology‹ in Bielefeld
- ▶ Internationales Symposium ›Enterokokken in Lebensmitteln‹ in Berlin
- ▶ 10. Klinisch-mikrobiologisch-infektiologisches Symposium in Berlin
- ▶ 5. Mecklenburg-Vorpommerscher Impftag in Rostock
- ▶ Workshop ›Bakterielle Meningitis‹ in Würzburg

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
Stand vom 26. März 2002
(10. Woche)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



- ▶ kräftigt den **Bewegungsapparat**, beugt speziell von der Wirbelsäule ausgehenden Beschwerden vor und mildert die **Osteoporose** nach den Wechseljahren,
- ▶ baut Ängste ab, festigt das Selbstvertrauen und regt assoziatives, kreatives Denken an,
- ▶ hilft in der Regel, andere Risiken in der Lebensführung (Drogen, Alkohol, riskante Ernährung) zu minimieren,
- ▶ verzögert den **Prozess des Alterns** und senkt das **Mortalitätsrisiko** gegenüber Inaktiven im gleichen Alter,
- ▶ hat als **therapeutische Maßnahme** bei vielen Erkrankungen eine positive Wirkung⁵.

Die Empfehlungen:

Nur selten wird eine unserem Organismus adäquate körperliche Aktivität heute noch im Beruf oder im Alltag (z. B. bei Hausfrauen) erreicht. Die Differenz zum erforderlichen Maß der Bewegung erfordert überlegte zusätzliche Aktivitäten, die in sehr vielfältiger Form möglich sind. Besonders vorteilhaft sind Ausdaueraktivitäten, geeignete Möglichkeiten sind Wandern, Walking, Jogging, Radfahren, Schwimmen, Rudern, Tanzsport u. a.

Welches Maß an körperlicher Aktivität ist nun ausreichend? Bei Personen, die bislang körperlich kaum aktiv waren, können schon leichte bis moderate Aktivitäten, wie z. B. lange Spaziergänge, Radfahren, mittelschwere Gartenarbeit, eine nachweisbare positive Wirkung auf die Gesundheit erzielen. Derartige Aktivitäten sind gerade auch für ältere Personen zu empfehlen. Anstrengendere Aktivitäten, vor allem, wenn sie regelmäßig durchgeführt werden, bringen – innerhalb bestimmter Grenzen – einen größeren Nutzen für die Gesundheit. Erwachsenen wird empfohlen, mindestens eine halbe Stunde an den meisten, am besten an allen Tagen der Woche auf einem moderaten bis anstrengendem Niveau körperlich aktiv zu sein. Es sollte

Ausdauersport – Immunsystem – Gesundheit

Einer der postulierten Vorteile regelmäßiger sportlicher Betätigung ist eine Stärkung des Immunsystems bzw. der Immunabwehr. Hier kann die allgemeine Empfänglichkeit für Atemwegsinfektionen und die Reaktionen des zellulären Immunsystems als Beispiel dienen. Wie bei anderen Effekten der körperlichen Aktivität zeigen die meisten diesbezüglichen Studien auch bei der Infektabwehr biologische Funktionsoptima bei regelmäßiger, länger anhaltender sportlicher Betätigung und Beeinträchtigungen bei Bewegungsarmut, aber auch bei zu häufiger oder zu intensiver Belastung.

Mehrere Studien lassen eine deutliche Verringerung von Atemwegsinfektionen pro Jahr bei Freizeitläufern gegenüber vergleichbaren Gruppen ohne Ausdaueraktivitäten erkennen. Der optimale Bereich liegt, beispielsweise bezogen auf das Lauftraining, für die meisten Menschen bei wöchentlich 2–3 Laufeinheiten à 40 Minuten und weniger als 30 Kilometer pro Woche; für andere Ausdauersportarten wären vergleichbare Belastungen anzusetzen.

Jenseits des Optimums sind gesundheitliche Beeinträchtigungen möglich. Marathonläufer zeigen z. B. nach dem Wettkampf signifikant häufiger Atemwegsinfektionen als Nichtteilnehmer, Hochleistungssportler sind gegen

ein Niveau erreicht werden, bei dem sich der Pulsschlag steigert, man kann und sollte dabei ruhig auch ins Schwitzen geraten. Wer vorher überwiegend inaktiv war, sollte das günstigste Vorgehen mit dem Hausarzt besprechen. Kinder und Jugendliche sollten weitaus aktiver sein (mindestens eine Stunde täglich). Regelmäßige Bewegung kann besonders auch im hohen Alter ein Garant für eine bessere Gesundheit sein.^{3,4}

»Sport ist gesund!« Es geht eigentlich nur darum, diese allgegenwärtige, quasi axiomatische Behauptung unserer auf Fitness orientierten Gesellschaft, die so offensichtlich im Gegensatz zur tatsächlichen Bewegungsverarmung steht, mit mehr Leben zu erfüllen. Wichtig erscheint, Sport und Fitness nicht zwanghaft zu verwirklichen, sondern individuell Geeignetes als lustbetonte Bereicherung – möglichst als etwas Selbstverständliches – in das persönliche Leben zu integrieren. Der diesjährige Weltgesundheitstag möchte dazu anregen.

In der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts steht Herr Dr. Gert Mensink (MensinkG@rki.de, Tel.: 01888.754.3216) als Ansprechpartner zur Verfügung. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes bringt das RKI in Kürze ein Heft zum Thema körperliche Aktivität heraus.

1. Sport und Krebs. 2001. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Hessische Krebsgesellschaft e.V. Wetzlar, Wetzlar
2. Mensink G: Körperliche Aktivität. Gesundheitswesen 1999; 61: 126–131
3. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996
4. Mensink G, Ziese T, et al.: Benefits of leisure-time physical activity on the cardiovascular risk profile at older age. Int J Epidemiol 1999; 28(4): 659–666
5. Samitz G und G. Mensink (Hrsg.). Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München, Hans Marseiler Verlag GmbH, 2002
6. WHO: World Health Day, 7. April 2002. WHD.2002/1–7 (<http://www.who.int/world-health-day>)

Ende ihrer Trainingszyklen hochempfindlich für Infektionen. Analysen der Zahl und Zusammensetzung von Immunzellen im Blut helfen, diese gegensätzlichen Phänomene zu erklären. Während des Trainings bis kurze Zeit danach steigt die Zahl an Leukozyten (u. a. *Natural-Killer*-(NK)-Zellen und neutrophilen Granulozyten) an. Ausgelöst durch Signalfaktoren (Zytokine) und durch die erhöhte Kerntemperatur werden antimikrobielle Funktionen zusätzlich aktiviert. Biologisch wird diese Reaktion als »Vorsorge« gegen erhöhten Eintrag von Infekterregern über die Lunge und über mögliche Hautverletzungen gedeutet. Wird jedoch unter zu hoher Belastung oder mit zu kurzen Regenerationszeiten trainiert, tritt anstelle der Aktivierung eine allgemeine Immunsuppression, die in der Regel länger anhält. Auffallend ist eine Verminderung der T-Helferzellen bis zu einer Verschiebung des CD4⁺/CD8⁺-Verhältnisses sowie eine verminderte Aktivierbarkeit von immunologischen Effektorzellen. Da unter hochintensiver Belastung vermehrt mikroskopische Gewebsschäden entstehen, wird diese Immunsuppression von manchen Autoren als »Vorsorge« gegen Autoimmunreaktionen gegen normalerweise verborgene Bestandteile gesehen. Zudem initiiert

jede immunologische Aktivierung eine zeitlich verzögerte Gegenregulierung. Drittens kann eine chronische Erschöpfung energetischer und materieller Ressourcen zu einer Dysregulation des Immunsystems und somit zu verminderter Abwehrleistung führen. Wo für den Einzelnen das Optimum und wo seine Grenzen zum Über- oder Untertraining liegen, ist von vielen Faktoren abhängig – von den genetischen Voraussetzungen bis hin zur Tagesform – und birgt ein gewisses Risiko bei der Übernahme von Trainingsprogrammen ohne Sensibilität für die eigene Leistungsfähigkeit.

Monokausale Beziehungen zwischen Untersuchungsparametern und körperlicher Betätigung zu erfassen, gelingt bestenfalls unter Laborbedingungen. Der durchschnittliche Ausdauersportler unterscheidet sich von seinen Mitmenschen nicht nur hinsichtlich körperlicher Aktivität, sondern auch in seiner Ernährung und sonstigen Lebensführung. Ausgewogene, fettarme Ernährung, geringer Alkohol- und Tabakkonsum, häufige Aufenthalte im Freien fern von Abgasen, Selbstbesinnung ohne Reizüber-

flutung sind gesundheitsförderliche Begleitfaktoren, die sich bei regelmäßigem Ausdauersport oft >wie von selbst< einstellen. Folgerichtig wählen moderne Sportberater zunehmend einen ganzheitlichen Aspekt, bei dem Ernährungsberatung, Regenerationslehre, immunologische Grundlagen und Motivationshilfe gleichwertig neben dem sportspezifischen Training stehen. – Zusammengefasst ergibt sich: Mangel an Bewegung ist unphysiologisch, das Übermaß möglicherweise pathophysiologisch. Es kommt darauf an, den gesundheitsfördernden Effekt der körperlichen Aktivität in der Lebensführung optimal zu nutzen.

Bericht aus dem Fachgebiet >Immunologische Infektabwehr< des Robert Koch-Institutes. Ansprechpartner ist Dr. Albrecht F. Kiderlen, Tel.: 018 88 . 754–22 98, E-Mail: KiderlenA@rki.de.

Ausgewählte Informationsquellen:

Liesen H, Baum M: Sport und Immunsystem. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1977
Steffny H: Walking. Econ Ullstein List Verlag (Südwest Verlag), München, 2001
Steffny H, Pramann U: Perfektes Lauftraining. Econ Ullstein List Verlag (Südwest Verlag), München, 1998, 15. Aufl. 2001

Gastroenteritis durch Norwalk-like-Viren

Ein Erfahrungsbericht aus Wiesbaden

Am Freitag, dem 08.02.2002, wurde dem Gesundheitsamt Wiesbaden mittags von einer Kindertagesstätte gemeldet, dass 9 von 40 Kinder in den vergangenen beiden Tagen Brechdurchfall gehabt hätten. Der erste Gedanke bei dieser Häufung von Magen-Darm-Erkrankungen galt der Verpflegung. Folglich ging auch hier der erste Anruf des Gesundheitsamtes an den Zulieferer des Essens und an einen ebenfalls von diesem Zulieferer versorgten Wiesbadener Großbetrieb, ob erhöhte Krankmeldungen bekannt wären; dies war nicht der Fall. Eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes rief dann – noch am Freitag Nachmittag – alle telefonisch erreichbaren Eltern erkrankter Kinder an, um Einzelheiten zu Art und möglicher Ursache der Erkrankung zu ermitteln. Schon nach den ersten Telefonaten mit den Eltern war klar: Die Verpflegung konnte nicht die Ursache sein. So bereitete das Gesundheitsamt spezielle Fragebögen zur detaillierten Untersuchung des Geschehens vor.

Am Rosenmontag war die Kita geschlossen. Als die Einrichtung am Fastnachtsdienstag öffnete, fanden Mitarbei-

ter und Eltern dort den Fragebogen des Gesundheitsamtes vor, einen Tag später konnten 49 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden, dadurch wurde ein bereits länger bestehendes Geschehen sichtbar: Zwei von 10 Betreuern und mehr als die Hälfte der Kinder (21 von 39) war in den vergangenen zweieinhalb Wochen mit gastroenteritischen Erscheinungen erkrankt (s. Abb. 1). Bei 12 Erkrankten waren am gleichen Tag oder in den nächsten 6 Tagen (Median: 2 Tage) weitere 19 Familienmitglieder erkrankt, die nicht in der Kita gegessen hatten.

Es zeigte sich, dass auch in Familien von nicht erkrankten Kindern aus der Kita in diesem Zeitraum gastroenteritische Symptome aufgetreten waren. In der Familie eines erkrankten Kindes war drei Tage vorher ein Familienmitglied erkrankt. Mit dieser einen Ausnahme waren die Erkrankungen in den Familien Folgeerkrankungen; diese Ausdehnung auf die Familien wird in der Abbildung 1 deutlich.

Anzahl d. Erkr.

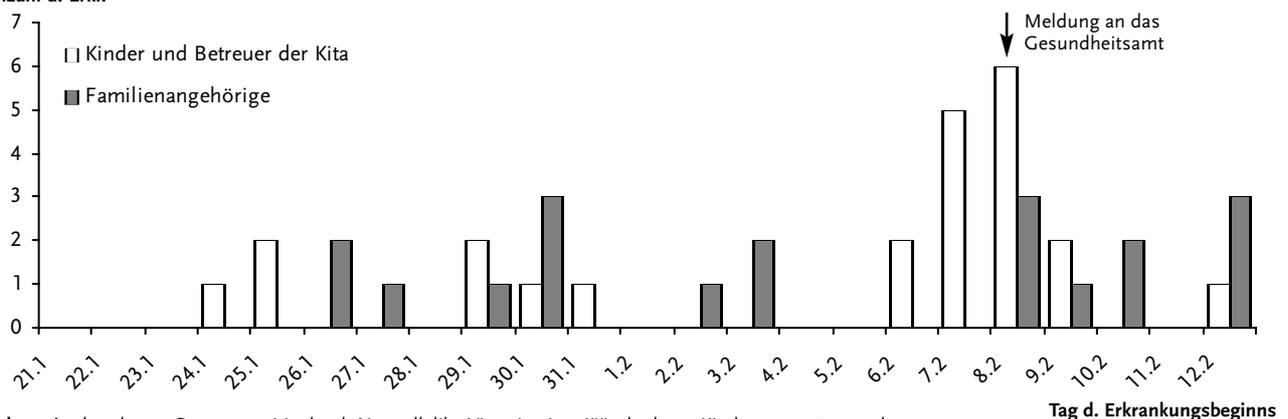


Abb. 1: Ausbruch von Gastroenteritis durch Norwalk-like-Viren in einer Wiesbadener Kindertagesstätte und Kontakterkrankungen in Familien (Januar/Februar 2002, N = 23 Erkrankte in der Kita, N = 19 erkrankte Familienmitglieder)

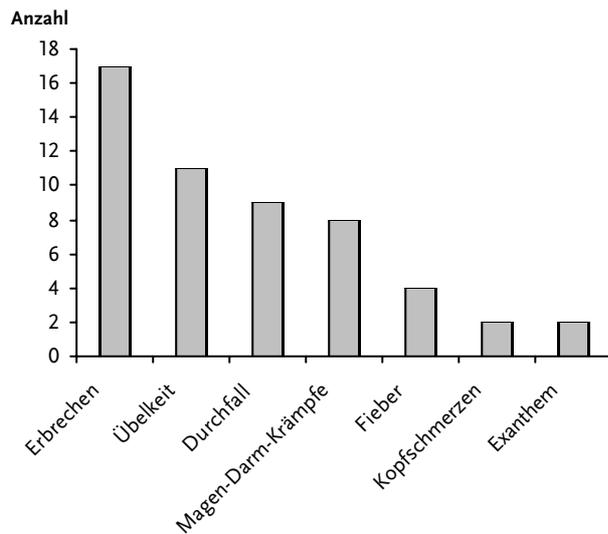


Abb. 2: Ausbruch von Norwalk-Enteritis in einer Wiesbadener Kindertagesstätte im Januar/Februar 2002: Symptome bei 23 Erkrankten

Symptomatik: Am häufigsten wurden Übelkeit und Erbrechen angegeben, weitere Symptome waren Magen-Darm-Krämpfe, Durchfall und Kopfschmerzen, Fieber trat nur bei 4 Kindern auf (s. Abb. 2). Ein Exanthem wurde als eine durch den Durchfall bedingte Windel-Dermatitis gedeutet.

Sieben Kinder waren so schwer erkrankt, dass eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich war. Nur in einem Fall wurde eine Stuhlprobe untersucht. Die gängigen bakteriellen Enteritis-Erreger (*Salmonella/Shigella*, *Campylobacter*, EPEC, *Yersinia enterocolitica*) sowie Rotaviren wurden nicht nachgewiesen. Daraufhin wurde eine Stuhlprobe von einem der zuletzt erkrankten Kinder an das Konsiliarlabor für gastrointestinale Infektionen (Norwalk-ähnliche Viren) im Robert Koch-Institut, Berlin, geschickt. Zwei Tage später, sechs Tage nach der ersten Meldung, wurde der Nachweis von Norwalk-like-Viren mitgeteilt.

Ausbrüche von Brechdurchfall durch Viren der Norwalk-Gruppe sind erfahrungsgemäß in der kalten Jahreszeit besonders häufig. In Kindertagesstätten werden sie in der Regel gut erfasst, weil hier besonders auf Erkrankungen geachtet und zunehmend an das Gesundheitsamt gemeldet wird.

Auch im Jahr 2001 waren dem Wiesbadener Gesundheitsamt größere Ausbrüche durch Norwalk-like-Viren bekannt geworden: In einem Betrieb waren 45 von 285 Mitarbeitern erkrankt (Nachweis von Norwalk-like-Viren in drei Fällen). In einem Seniorenstift erkrankten 115 von 243 Bewohnern und 34 der 100 Mitarbeitern, in zwei von drei Stuhlproben wurden am RKI Norwalk-like-Viren nachgewiesen. In diesem Heim war die Weitergabe des Erregers durch Kontaktinfektionen besonders deutlich: Die Erkrankung war zunächst bei Patienten einer Pflegeabteilung auf einer Etage aufgetreten, zwei Tage später bei einer Pflegeperson, drei Tage danach traten auf den anderen Pflege-Etagen desselben Hauses die jeweils ersten Fälle auf, binnen einer weiteren Woche hatten dann 55% der Bewohner und 45% des Pflegepersonals der Pflegeabteilung dieses Hauses Symptome. Im benachbarten zweiten Haus dieses Komplexes traten die ersten Erkrankungsfälle etwa eine

Woche später auf und betrafen dann alle Stationen gleichzeitig. Eine Reihe weiterer Ausbrüche mit sehr ähnlicher Symptomatik und Art des Auftretens wurde erfasst, aber ätiologisch nicht geklärt.

Das Gesundheitsamt gibt bei Brechdurchfall folgende Empfehlungen: Wer mit Erbrochenem, Stuhl oder anderen Ausscheidungen des Erkrankten Kontakt hatte, sollte sich mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel die Hände desinfizieren. Wenn eine Exposition absehbar ist, sollten Einmalhandschuhe und ein Mundschutz getragen werden. Beim Auftreten von Gastroenteritis gewinnt »normale« Hygiene, wie z. B. Händewaschen nach dem Stuhlgang und vor dem Essen, eine besondere Bedeutung, die Ergänzung durch ein alkoholisches Desinfektionsmittel ist ratsam. Hygienemaßnahmen sollten vor allem eine fäkal-orale Übertragung sicher ausschließen. Darüber hinaus muss im Umfeld akut Erkrankter auch mit einer aerogenen Übertragung gerechnet werden (beim Erbrechen entsteht ein infektiöses Aerosol). In Krankenhäusern und Pflegeheimen sollte zusätzlich zu den üblichen Hygienemaßnahmen zur **Bereichspflege** übergegangen werden (Personal, das Patienten mit Durchfall oder Erbrechen betreut, sollte nicht in anderen Pflegebereichen eingesetzt werden).

Bei der Behandlung ist – wie bei allen Erkrankungen, die mit Erbrechen und Durchfall einhergehen – ausreichende Flüssigkeitszufuhr wichtig. Gut geeignet sind Trinklösungen zur Salz- und Flüssigkeitszufuhr (die aus der Apotheke bezogen werden können). Insbesondere Kinder und ältere Menschen können sehr leicht »austrocknen«, so dass die Gefahr eines lebensbedrohenden Kreislaufzusammenbruchs besteht. Das gilt für alle Gastroenteriden unabhängig vom Erreger.

Wir danken Herrn Dr. U. Vieth, Abteilung Infektionsschutz des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Wiesbaden (Postfach 3920, 65029 Wiesbaden) für diesen Bericht.

Kommentar: Norwalk-like-Viren gehören zu den häufigsten Erregern von Brechdurchfall. Sie werden durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen (Schmierinfektion, auch aerogen durch infektiöses Aerosol) sowie auch über Lebensmittel einschließlich des Trinkwassers. Die Erkrankung ist mit sehr plötzlich beginnender Übelkeit, Erbrechen und Durchfall recht unangenehm, heilt aber nach kurzer Dauer spontan aus, oft schon am ersten Tag. Der Erreger konnte bisher nur in darauf spezialisierten Laboratorien mittels PCR oder elektronenoptisch nachgewiesen werden. Jetzt steht auch ein erster Antigen-ELISA-Test zur Verfügung; ob er angesichts der Variabilität der Viren die Erwartungen bezüglich der Spezifität und Sensitivität erfüllen kann, muss noch beobachtet werden. Die bisher eingeschränkte Verfügbarkeit der Diagnostik und die vergleichsweise hohen Kosten der bisherigen Untersuchungsverfahren haben hemmend auf den Einsatz der gezielten Diagnostik im Rahmen der Abklärung unklarer gastroenteritischer Erkrankungen gewirkt. So sind die rund 9.000 im Jahr 2001 auf dem Meldeweg erfassten durch Norwalk-like-Viren bedingten Erkrankungen nur ein kleiner Teil der tatsächlichen Morbidität. Bei auftretenden

Häufungen sollte bei entsprechenden Verdachtsmomenten die Untersuchung auf Norwalk-like-Viren primär, d. h. ohne andere Befunde abzuwarten, erfolgen. Das Wissen um die Infektion ermöglicht präzisere Empfehlungen für präventive Maßnahmen, in diesem Fall ein adäquates Hygieneregime.

Hinweis: Der Ratgeber ›Erkrankungen durch Norwalk-like-Viren (Norwalk-ähnliche Viren) des RKI steht im Internet unter www.rki.de in einer im März 2002 aktualisierten Fassung zur Verfügung.

Keine Gefahr mehr durch Meningokokken-Erkrankungen der Serogruppe C im Department Puy-de-Dôme (Frankreich) – Impfeempfehlungen aufgehoben

Von November 2001 bis Januar 2002 war im Department Puy-de-Dôme, Auvergne, eine Häufung invasiver Meningokokken-Erkrankungen registriert worden, die durch *N. meningitis* der Serogruppe C verursacht worden war. Aus diesem Anlass war Reisenden in diese Region vorübergehend zur Impfprophylaxe geraten worden (s. *Epid. Bull.* 4/02 v. 25.01.02). Von den französischen Gesundheitsbehörden wurde zwischen dem 16. Januar und dem 9. Februar 2002 eine Impfkampagne gegen Meningokokken der Serogrup-

pe C durchgeführt, in deren Verlauf 70.000 Personen geimpft wurden. Nach Abschluss dieser Kampagne wurden von den örtlichen Gesundheitsbehörden – bei unauffälliger Situation – die Impfeempfehlungen für Reisende (aller Altersgruppen) in diese Region aufgehoben, so dass die gegebene Empfehlung nun auch für Reisende aus Deutschland aufgehoben werden kann.

Weitere Informationen können auch der Website des InVS entnommen werden: <http://www.invs.sante.fr>.

Hinweise auf Veranstaltungen

Intensiv-Fortbildung – Mikrobiologie/Infektiologie

Termin: 18.–19. April 2002

Ort: Berlin, Lungenklinik Heckeshorn

Themen: Fortbildung an Hand von Fallstudien, stufendiagnostisches Vorgehen, differenzialdiagnostische Überlegungen

Veranstalter: DGHM, Fachgruppe Diagnostik

Auskunft/Anmeldung:

Prof. Dr. med. H. Mauch, Institut für Mikrobiologie und Immunologie
Lungenklinik Heckeshorn, ZHEv.B
Zum Heckeshorn 33, 14109 Berlin
E-Mail: mikromau@zedat.fu-berlin.de
Fax: 030 . 80 02 22 99

Hinweis: Konferenzsprache Englisch

Fourth International Summer School ›Infectious Disease Epidemiology‹

Termin: 26.–29. Mai 2002

Ort: Universität Bielefeld

Veranstalter: University of Bielefeld, School of Public Health, WHO Collaborating Center, Department of Public Health Medicine

Themen: Prinzipien und Methoden der Infektionsepidemiologie, Outbreak-Untersuchungen und Frühwarnsysteme, Surveillance, mathematische und stochastische Modellierung, Impfprogramme und ihre Evaluierung, spezielle Infektionskrankheiten: STD, HIV/AIDS, BSE/TSE u. a.

Adressaten: Ärzte, Epidemiologen, Mitarbeiter aus dem ÖGD und gesundheitsbezogenen Einrichtungen aus Deutschland und anderen europäischen Ländern. Bedingung: Diplom in einer gesundheitsbezogenen Disziplin und Basiskenntnisse in der Epidemiologie.

Information und Anmeldung:

Mrs. Iris Kukla, School of Public Health, University of Bielefeld,
PF 100 131, D-33501 Bielefeld, Germany
Tel.: +49 (0)521 . 106–68 89; +49 (0)521 . 521–35 30
Fax: +49 (0)521 . 106–29 68
E-Mail: iris.kukla@uni-bielefeld.de
Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summerschool2002

Hinweis: Konferenzsprache Englisch

International Symposium on Enterococci in Foods. Functional and Safety Aspects

Termin: 30. Mai 2002, 9.30–18.30 Uhr

Ort: Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV), Berlin, Diedersdorfer Weg 1

Veranstalter: Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV)

Auskunft/Anmeldung: Priv.-Doz. Dr. Günter Klein, BgVV, Diedersdorfer Weg 1, 12277 Berlin; Tel.: 018 88 . 412 21 07; Fax: 018 88 . 412 29 51; E-Mail: ec-symposium@bgvv.de; Internet: www.bgvv.de

Hinweis: Konferenzsprache Englisch

10. Klinisch-mikrobiologisch-infektiologisches Symposium

Termin: 6.–8. Juni 2002

Ort: Berlin, Kongresszentrum, Haus am Köllnischen Park

Veranstalter: DGHM, PEG, DGIM, DGI, BÄMI

Auskunft/Anmeldung: P&R Kongresse GmbH, Ute Rother, Bleibtretstraße 12 A, 10623 Berlin; Tel.: 030 . 885 10 08; Fax: 030 . 885 10 29

5. Mecklenburg-Vorpommerscher Impftag

Termin: 8. Juni 2002; **Ort:** Rostock, Hotel ›Sonne‹, Neuer Markt

Veranstalter: Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern

Themen: Neue Aspekte zur Impfaufklärung; aktuelle STIKO-Empfehlungen; Meningokokken- und Pneumokokken-Impfung; Malariaphylaxe und Reiseimpfungen

Auskunft/Anmeldung: Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern, Frau Andrea Lorenz, Gertrudenstraße 11, 18057 Rostock; Tel.: 03 81 . 49 55 313; Fax: 03 81 . 49 55 314; E-Mail: alorenz@lga-mv.de

Workshop ›Bakterielle Meningitis‹

Termin: 14. Juni 2002, 9.00–16.20 Uhr

Ort: Würzburg, Zehntscheune im Juliuspital Würzburg

Veranstalter: NRZ für Meningokokken am Institut für Hygiene und Mikrobiologie Würzburg; NRZ für Streptokokken am Institut für Medizinische Mikrobiologie Aachen

Themen: Infektionen durch Meningokokken und Streptokokken – Klinik, Diagnostik, Epidemiologie, Impfungen

Organisation/Anmeldung: Frau Dr. I. Ehrhard, Prof. Dr. M. Frosch, NRZ für Meningokokken, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel.: 09 31 . 201–39 49, –51 60, Fax: 09 31 . 201–34 45; E-Mail: iehrhard@hygiene.uni-wuerzburg.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 26.3.2002 (10. Woche 2002)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	1.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	78	880	964	0	4	0	0	1	1	2	14	40	12	59	137
Bayern	52	740	935	0	0	2	0	2	2	4	33	41	6	81	73
Berlin	45	302	214	0	0	1	0	1	2	0	2	0	3	52	50
Brandenburg	43	383	254	0	0	0	0	0	0	0	3	1	7	49	45
Bremen	2	47	64	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	22	5
Hamburg	22	210	149	0	0	0	0	1	1	1	5	2	0	6	2
Hessen	44	520	549	0	0	0	0	3	3	0	5	7	6	38	34
Mecklenburg-Vorpommern	36	291	234	0	1	0	0	0	0	0	2	3	9	66	38
Niedersachsen	68	793	661	0	1	1	0	0	0	2	15	9	4	37	31
Nordrhein-Westfalen	130	1426	1493	0	2	0	0	1	1	3	38	29	15	122	111
Rheinland-Pfalz	39	414	459	0	0	0	0	0	2	0	8	3	1	20	13
Saarland	6	77	84	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	10
Sachsen	57	479	550	0	0	2	0	1	0	3	14	9	23	168	134
Sachsen-Anhalt	41	464	688	0	0	0	0	0	0	0	0	13	9	94	68
Schleswig-Holstein	28	269	335	0	0	2	0	0	1	1	3	1	4	19	7
Thüringen	43	357	378	0	1	0	0	0	0	1	7	4	12	68	94
Gesamt	734	7652	8011	0	9	9	0	10	13	18	151	162	112	902	852

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	4	44	75	5	73	134	15	183	202
Bayern	1	20	45	4	43	77	4	112	174
Berlin	1	32	24	2	19	26	0	9	13
Brandenburg	0	4	7	0	5	7	1	6	19
Bremen	0	3	19	0	3	4	0	2	3
Hamburg	0	14	15	0	6	9	0	3	8
Hessen	0	40	36	3	39	39	1	29	58
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	4	5	0	8	13
Niedersachsen	3	26	55	1	29	46	5	96	88
Nordrhein-Westfalen	1	87	154	4	73	156	8	86	211
Rheinland-Pfalz	2	16	14	3	28	18	1	23	37
Saarland	0	2	3	0	2	8	0	1	12
Sachsen	0	2	17	0	6	12	0	5	17
Sachsen-Anhalt	0	2	6	1	9	9	2	15	26
Schleswig-Holstein	2	17	17	0	7	7	0	5	11
Thüringen	1	5	3	2	9	5	0	4	11
Gesamt	15	315	491	25	355	562	37	587	903

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) dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**.

Stand v. 26.3.2002 (10. Woche 2002)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	
73	810	845	0	23	33	14	124	105	10	370	203	235	1935	1465	Baden-Württemberg
56	685	634	3	33	24	11	118	120	28	155	18	167	1685	1033	Bayern
47	578	526	2	35	6	6	51	30	8	420	233	70	1022	596	Berlin
28	305	211	0	1	6	6	45	68	12	62	139	191	1264	650	Brandenburg
3	73	91	0	1	1	2	18	7	0	4	0	7	57	56	Bremen
22	280	338	1	10	4	1	38	59	9	121	1	24	288	194	Hamburg
23	392	474	1	13	18	2	65	69	2	64	3	94	849	541	Hessen
16	261	136	0	0	9	12	88	29	2	60	49	185	1286	898	Mecklenburg-Vorpommern
45	654	409	2	4	5	6	135	74	2	361	139	132	990	1162	Niedersachsen
146	1798	1616	0	10	20	16	256	190	3	87	170	231	2278	1862	Nordrhein-Westfalen
31	329	415	0	4	5	2	68	71	8	167	64	110	1040	523	Rheinland-Pfalz
7	110	126	0	0	1	1	13	7	0	5	0	9	155	138	Saarland
76	669	542	2	10	21	9	123	134	25	1154	1199	338	2795	1880	Sachsen
26	256	159	0	1	3	11	81	83	42	629	504	119	1276	1382	Sachsen-Anhalt
16	269	405	0	5	3	3	58	33	0	1	1	44	217	380	Schleswig-Holstein
26	315	243	1	5	19	13	105	100	46	196	20	188	1220	920	Thüringen
641	7784	7170	12	155	178	115	1386	1179	197	3856	2743	2144	18357	13680	Gesamt

Meningokokken-Erkr.										Masern			Tuberkulose			Land
10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.	10.	1.-10.	1.-10.								
2002		2001	2002		2001	2002		2001								
2002		2001	2002		2001	2002		2001								
3	27	24	4	13	199	14	194	194	Baden-Württemberg							
2	26	24	132	930	340	13	200	172	Bayern							
0	6	14	3	10	6	4	51	44	Berlin							
0	2	8	1	1	4	3	27	46	Brandenburg							
0	1	4	0	0	0	3	10	10	Bremen							
0	4	11	0	4	0	9	46	70	Hamburg							
4	18	5	1	11	28	21	174	130	Hessen							
1	4	11	0	1	0	8	27	24	Mecklenburg-Vorpommern							
2	19	17	55	374	102	10	100	107	Niedersachsen							
6	54	57	79	647	126	24	308	317	Nordrhein-Westfalen							
1	6	5	8	97	10	2	48	56	Rheinland-Pfalz							
0	0	2	0	3	3	2	26	22	Saarland							
1	8	11	0	8	3	6	37	56	Sachsen							
1	4	5	0	1	2	6	46	34	Sachsen-Anhalt							
1	4	14	0	2	67	1	36	26	Schleswig-Holstein							
0	3	4	0	8	4	3	28	20	Thüringen							
22	186	216	283	2110	894	129	1358	1328	Gesamt							

Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Quartal** und 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. 26.3.2002 (10. Woche 2002)

Krankheit	10. Woche 2002	1.–10. Woche 2002	1.–10. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	2	15	12	131
Influenza	205	940	2125	2485
Legionellose	5	51	39	327
FSME	1	3	6	254
Haemophilus-infl.-Infektion	1	11	23	80
Humane spongif. Enz. *	0	6	21	69
Listeriose	0	38	31	211
Brucellose	0	4	3	25
Hantavirus-Infektion	3	16	23	185
Leptospirose	0	9	5	47
Ornithose	0	4	8	53
Q-Fieber	2	17	81	294
Tularämie	0	2	0	3
Giardiasis	54	538	508	3902
Kryptosporidiose	11	98	60	1482
Trichinellose	0	0	1	5

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:▶ **Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS):**Baden-Württemberg, 1 Jahr, männlich (5. Woche 2002)
(5. Fall 2002)▶ **Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF):**

1. Baden-Württemberg, 20 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Brasilien
2. Bayern, 44 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand (26. und 27. Dengue-Fall 2002)

Hinweise zur aktuellen Influenza-Situation

Die Influenza-Aktivität nimmt in Teilen Deutschlands, so in den meisten neuen Bundesländern und in Schleswig-Holstein, noch weiter zu. Besonders in Sachsen-Anhalt und Sachsen waren in der 12. Woche deutliche Anstiege der Erkrankungszahlen zu beobachten. In den alten Bundesländern gehen die Erkrankungszahlen, teilweise zögerlich, weiter zurück.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza ist weiterhin eine hohe Zahl von Einsendungen zu verzeichnen, der Anteil der Influenzavirus-positiven Rachenabstriche erreichte insgesamt noch knapp 40%, geht aber regional bereits deutlich zurück. Weiterhin werden Infektionen durch Influenzavirus des Subtyps A/H₃N₂ und des Typs B zu etwa gleichen Teilen nachgewiesen.

Quelle: Mitteilungen des Zentrums für Infektionsepidemiologie des RKI im Zusammenwirken mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover.

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.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20
13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2328
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenserviceVertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-3985**Das Epidemiologische Bulletin**

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

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

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 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