



Epidemiologisches Bulletin

10. Januar 2003 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Virusmeningitis-Häufung in drei niedersächsischen Landkreisen

Enteroviren sind häufige Erreger einer viralen Meningitis. Ihre Zirkulation folgt einem typischen saisonalen Muster. In den Sommermonaten Juli, August und September treten daher vermehrt – sporadisch und lokal gehäuft – virale Meningitiden auf (Beispiele s. Literaturhinweise 1 bis 6). Seit der Einführung des IfSG im Januar 2001 sind Einzelfälle viraler Meningitiden und Einzelnachweise von Enterovirusinfektionen nicht mehr meldepflichtig. Sie werden derzeit lediglich erfasst, wenn es zu lokalen Häufungen gleichartiger Erkrankungen kommt, bei denen der behandelnde Arzt einen epidemiologischen Zusammenhang und eine infektiöse Genese vermutet, oder wenn dieser Zusammenhang wahrscheinlich ist und gleichzeitig als schwere Gefahr für die Allgemeinheit gedeutet wird. Die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgt dann nach §6 Abs. 1 Nr. 5 des Infektionsschutzgesetzes, IfSG (s. a. Infokasten S. 12).

Der folgende Beitrag aus dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) beschreibt eine Häufung viraler Meningitiden in drei niedersächsischen Landkreisen im Sommer 2002.

Von Anfang August bis Ende September 2002 wurden dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt insgesamt 50 Verdachtsfälle von viralen Meningitiden bei Kindern in drei benachbarten niedersächsischen Landkreisen – Vechta, Diepholz und Cloppenburg – mitgeteilt. Die Behandlung dieser Patienten erfolgte in der Kinderklinik des St. Marienhospitals Vechta. Eine erhöhte Aufmerksamkeit für dieses Geschehen von Seiten der klinisch tätigen Ärzte und der Gesundheitsbehörden ergab sich durch die Tatsache, dass bei den ersten Erkrankungsfällen im Liquor-Ausstrichpräparat Diplokokken festgestellt wurden und so unter der Verdachtsdiagnose ›Meningokokken-Meningitis‹ Maßnahmen nach dem IfSG eingeleitet werden mussten.

Die zunächst gestellte Verdachtsdiagnose konnte im Verlauf ausgeschlossen werden; die klinische Symptomatik und die Laborergebnisse verdeutlichten, dass es sich bei den Erkrankungen um eine Häufung viraler Meningitiden handelte. Auf Initiative der Kinderklinik des St. Marienhospitals Vechta erfolgte daraufhin die direkte Kontaktaufnahme mit dem NLGA. Nach Rücksprache mit den örtlich zuständigen Gesundheitsämtern initiierte das NLGA eine Untersuchung, um die beobachtete Häufung mittels labordiagnostischer und epidemiologischer Methoden zu beschreiben und mögliche gemeinsame Infektionsrisiken zu ermitteln.

Methodisches Vorgehen

Das NLGA erstellte einen standardisierten Fragebogen und eine Einverständniserklärung zur Erhebung und Weiterverarbeitung der Daten unter Einschluss der Labordiagnostik. Der Fragebogen wurde durch die Ärzte des St. Marienhospitals Vechta an die Eltern der betroffenen Kinder ausgegeben. Mit seiner Hilfe wurden retrospektiv Informationen zum Auftreten und Beginn der klinischen Symptome, zum Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergarten, Schule, Badeanstalten), zu Urlaubsreisen und Kontakten mit bereits Erkrankten abgefragt.

Diese Woche

2/2003

Enterovirus-Infektionen:

Zu einer Häufung von Virusmeningitis in Niedersachsen 2002

Virusmeningitis:

Zur Erfassung eines gehäuften Auftretens durch den ÖGD

Günther Maass zum Gedenken

Veranstaltungshinweise:

- ▶ Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD 2003 in Berlin
- ▶ Fünfte Internationale Sommerschule ›Infektions-epidemiologie‹ in Bielefeld

Sachwortverzeichnis 2002

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

51. Woche 2002

(Stand: 8. Januar 2003)



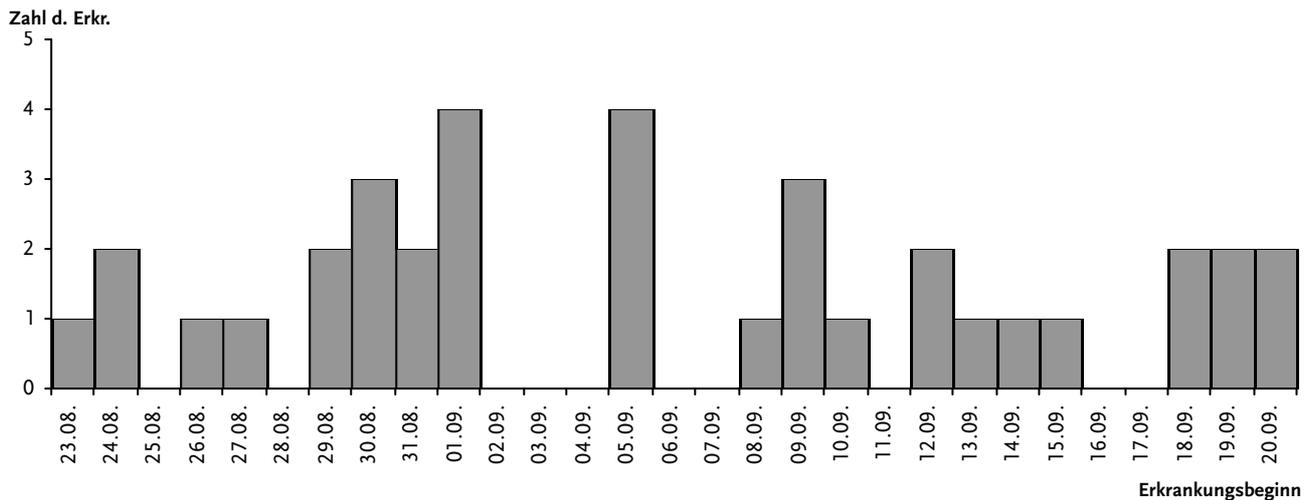


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf des Ausbruchs virusbedingter Meningitiden bei Kindern aus dem St. Marienhospital Vechta, von denen ein Fragebogen vorlag, August bis September 2002

Die Einverständniserklärung der Eltern ermöglichte es, die Ergebnisse der Befragung mit den im NLGA durchgeführten virologischen Untersuchungen zu verknüpfen. Die Proben (Liquor und Faeces) wurden in einem ersten Schritt mittels Picorna-Virus-spezifischer PCR untersucht. (Enteroviren gehören zur Familie der Picornaviridae.) In einem zweiten Schritt wurden verschiedene Zelllinien zur Isolierung von Enteroviren eingesetzt. Die anschließende Typisierung erfolgte durch Antiseren.

Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen

Insgesamt wurden dem NLGA zu 36 Patienten ausgefüllte Fragebögen zugeleitet. Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf diese 36 Patienten. Abbildung 1 zeigt die Epidemiekurve dieses Ausbruches.

Die durch Fragebögen erfassten Kinder waren zwischen 4 und 16 Jahre, im Durchschnitt 7,3 Jahre, alt. Am häufigsten (64%; n=23) waren Kinder im Grundschulalter (5–9 Jahre) betroffen. Zwei Drittel der Erkrankten waren Knaben, ein Drittel Mädchen. Die Erkrankten wohnten in 14 unterschiedlichen Gemeinden der Landkreise Cloppenburg, Diepholz und Vechta.

Einen Kindergarten besuchten 13 der Betroffenen, 5 denselben Kindergarten, 8 Kinder besuchten jeweils unterschiedliche Einrichtungen; 21 der Betroffenen waren Schüler, wobei je 4 bzw. 2 Kinder auf dieselbe Grundschule gingen. Die 15 anderen besuchten jeweils unterschiedliche Schulen. Für 2 Kinder fehlten Angaben zum Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen.

Die Frage nach der Nutzung öffentlicher Badeanstalten wurde 3-mal nicht beantwortet und 9-mal verneint. Die Angaben der übrigen 24 Fälle zeigen, dass mehrfach jeweils dieselbe Badeanstalt genannt wurde. So wurden z. B. zwei Badeanstalten jeweils von 5 unterschiedlichen Personen besucht (Mehrfachnennungen möglich).

In 13 Fällen gaben die Eltern an, dass Kontakt zu Erkrankten entweder durch den gemeinsamen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung oder durch familiäre Verbindungen bestand. Eine weiterführende Kontaktanalyse wurde nicht durchgeführt. Die Angaben zum Besuch von

Spielplätzen und zu Urlaubsreisen ergaben keine Auffälligkeiten.

Ergebnisse der virologischen Untersuchung

Vom 01.08.2002 bis zum 30.09.2002 gingen von 48 Patienten aus dem St. Marienhospital Vechta 76 Proben (30-mal Faeces; 46-mal Liquor) im Labor des NLGA ein. Durch die vorausgegangene Fragebogenaktion waren schon 34 dieser Patienten bekannt geworden. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der Typisierung der eingegangenen Proben.

TYP	Anzahl	davon mit Fragebogen
Coxsackie-Virus A9	1	1
Coxsackie-Virus B	3	3
ECHO-Virus 30	25	18
Picorna-Virus-RNA (ohne Typisierung)	12	8
ohne Nachweis	7	4
Gesamtergebnis	48	34

Tab. 1: Virusnachweis bei Kindern mit viralen Meningitiden aus dem St. Marienhospital Vechta, August bis September 2002

In 41 Fällen konnte Picorna-Virus-RNA nachgewiesen werden, bei 29 Fällen gelang die Typisierung, wobei 25-mal ECHO-Virus 30 als Erreger festgestellt wurde. Bei 34 Erkrankten mit ausgefülltem Fragebogen gelang in 30 Fällen der Nachweis von Picorna-Virus-RNA. Dabei ergab die Typisierung 18-mal ECHO-Virus 30. Bei 4 Kindern wurden Coxsackie-Viren nachgewiesen. Der Anteil der positiven Erregernachweise war für das Untersuchungsmaterial Stuhl höher als für das Material Liquor. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung der Stuhldiagnostik für den Nachweis von Enterovirusinfektionen.

Bewertung der erhobenen Daten

In der Abbildung 2 wird die räumliche Verteilung der Meningitis-Fälle mit positivem Laborergebnis und ausgefülltem Fragebogen aufgezeigt. Die räumliche Zuordnung der Fälle erfolgte auf Gemeindeebene. Innerhalb der Gemein-

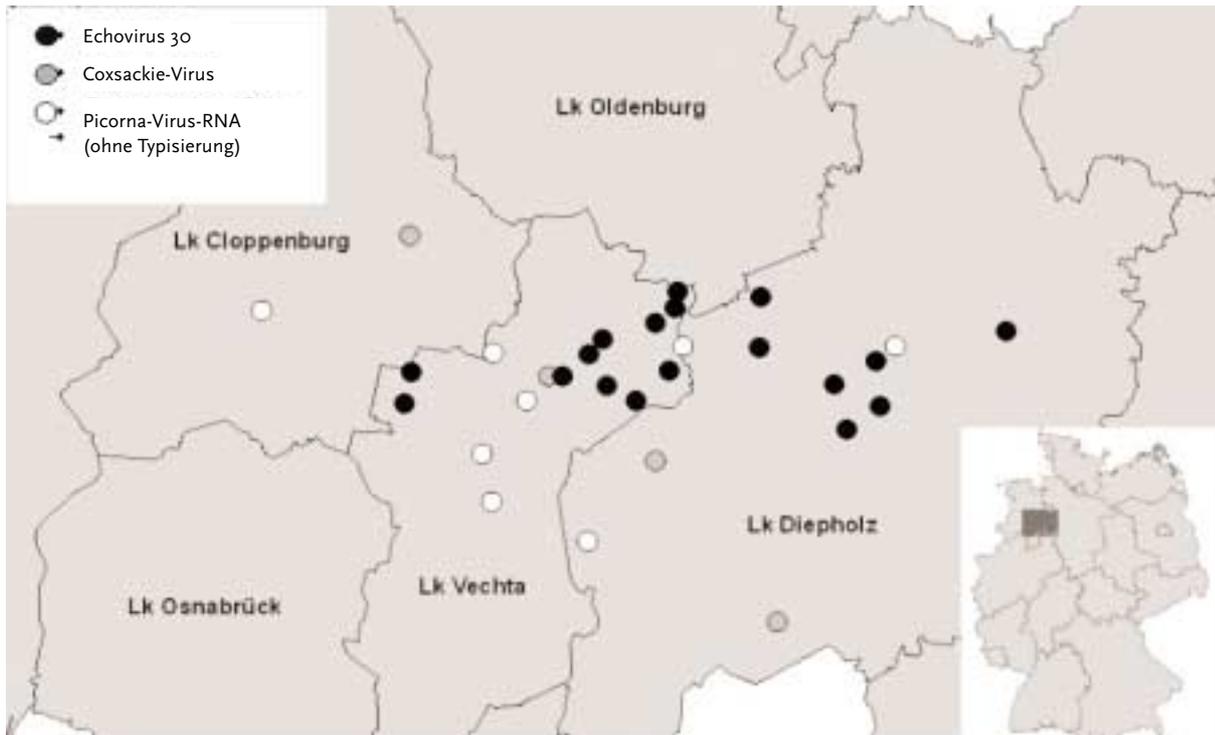


Abb. 2: Räumliche Verteilung der Patienten mit positivem Erregernachweis aus dem St. Marienhospital Vechta, August bis September 2002 (Fälle mit ausgefülltem Fragebogen; s. Anmerkungen im Text).

degrenzen (die nicht eingezeichnet sind) sind die Fälle (als Punkte dargestellt) jedoch zufällig verteilt. Aus der Darstellung wird deutlich, dass unter Berücksichtigung des Erregertyps nicht alle Fälle einem einheitlichen Krankheitsgeschehen zugeordnet werden können.

Eine nähere Betrachtung der 18 Fälle, bei denen ECHO-Virus 30 nachgewiesen werden konnte und Angaben zu Risikofaktoren (lt. Fragebogen) vorlagen, ergab, dass in dieser Gruppe 4 Patienten denselben Kindergarten und 3 Kinder dieselbe Grundschule besuchten. Gleichzeitig waren 2 Geschwisterpaare betroffen, die jeweils eine dieser Einrichtungen besucht hatten. Hinsichtlich der Frage nach Badeeinrichtungen wurden 8 Einrichtungen genannt, die von mindestens 2 erkrankten Kindern besucht wurden. Von den Kindern, die in diesen Badeanstalten waren, besuchten 7 Kinder aber auch eine der oben genannten Gemeinschaftseinrichtungen oder waren Geschwisterpaare. In einem Fall besuchten 2 Kinder einen weiteren gleichen Schulkomplex. Auf Grund dieser Zusammenhänge und der Tatsache, dass die Erkrankungswelle in geographisch getrennten Gebieten fast gleichzeitig begann, muss davon ausgegangen werden,

dass diesem Ausbruchsgeschehen keine einheitliche Quelle zugrunde lag.

Die Frage, ob die regional beobachtete Häufung mit einer weiträumigen endemischen Situation zu erklären ist, lässt sich nur unbefriedigend beantworten, da dem öffentlichen Gesundheitsdienst mit Einführung des IfSG im Januar 2001 keine flächendeckenden Informationen über das Auftreten von viralen Meningitiden mehr vorliegen. Da jedoch das NLGA seit 1999 im Rahmen eines Projektes den Kliniken in Niedersachsen die virologische Diagnostik zur Abklärung zentralnervöser Infektionen anbietet, konnte ein Vergleich des Untersuchungsaufkommens innerhalb der einzelnen an dem Programm teilnehmenden Krankenhäuser durchgeführt werden. Bei fünf regelmäßig einsendenden Standorten (verteilt auf ganz Niedersachsen) ist in den Monaten Juni bis September 2002 keine über das Niveau der Vorjahre hinausgehende Häufung von viralen Meningitiden erkennbar. Insbesondere wurde in keiner der Kliniken vermehrt ECHO-Virus 30 in Zusammenhang mit viralen Meningitiden isoliert. Wenngleich die Aussagekraft dieser Daten eingeschränkt ist, so kann doch bei dem dargestellten Ausbruch von einem räumlich begrenzten Geschehen ohne gemeinsame Infektionsquelle ausgegangen werden.

Eingesendetes Material	PCR		Isolierung	
	Positiv	Negativ	Positiv	Negativ
Stuhl (n=30)	29 97%	1 3%	23 77%	7 23%
Liquor (n=46)*	32 70%	10 22%	21 46%	25 54%

* In vier Fällen wurde aus Materialmangel zu Gunsten der Isolierung auf eine PCR verzichtet.

Tab. 2: Ergebnisse der virologischen Untersuchung von Stuhl- und Liquorproben bei Kindern mit viralen Meningitiden aus dem St. Marienhospital Vechta, August bis September 2002

Schlussfolgerungen

Mit der dargestellten Untersuchung eines Ausbruchs von viralen Meningitiden konnte gezeigt werden, dass

- dem Geschehen mit großer Wahrscheinlichkeit keine gemeinsame Quelle (z.B. Badeeinrichtung) zu Grunde

lag und sich damit eine weitergehende epidemiologisch Untersuchung z.B. eine Fall-Kontroll-Studie erübrigte,

- ▶ von einem räumlich begrenzten Geschehen ausgegangen werden kann,
- ▶ die lokale Häufung am ehesten durch familiäre Kontakte oder Kontakte in Gemeinschaftseinrichtungen zu erklären ist,
- ▶ die umfassende virologische Diagnostik einschließlich der Erregertypisierung von zentraler Bedeutung für die Beschreibung solcher Häufungen ist und hierbei die Stuhldiagnostik eine wesentliche Rolle spielt.

Da Häufungen von Enterovirusinfektionen immer wieder beobachtet werden, sollte für den ÖGD die Möglichkeit geschaffen werden, sich sowohl hinsichtlich der Einleitung von Maßnahmen des Infektionsschutzes als auch einer eventuell notwendigen Risikokommunikation möglichst frühzeitig einbringen zu können. Im vorliegenden Beispiel war dies wegen der zunächst diagnostizierten Meningokokken-Meningitis auf Grundlage des IfSG geschehen. Die weitere Aufklärung war jedoch nur auf Grund der Kooperationsbereitschaft der Kinderklinik des St. Marienhospitals in Vechta sowie der vorhandenen virologischen Untersuchungsmöglichkeiten am NLGA möglich.

Es ist festzustellen, dass kontinuierliche und verlässliche Informationen zu viralen Meningitiden bzw. zu Enterovirus-Infektionen für den ÖGD zeitnah notwendig sind. Um dies zu gewährleisten, ist gegenwärtig eine Wiedereinführung der Meldepflicht für das Krankheitsbild Meningitis/Enzephalitis generell sowie für den Nachweis einer

akuten Enterovirus-Infektion zu empfehlen. Darüber hinaus ist eine Typisierung dieser Erreger erforderlich, um Krankheitshäufungen zu beschreiben. Im Falle einer gemeinsamen Infektionsquelle können so epidemiologische Zusammenhänge besser erkannt werden. Das Angebot der virologischen Diagnostik wird durch das NLGA für niedersächsische Kliniken im Rahmen des Programms »Meningitis- und Enzephalitis-Register in Niedersachsen (MERIN)« in Zukunft weiter intensiviert.

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. F. Feil, Herrn Dr. K. Beyrer und Herrn Dr. A. Baillot, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt. Den Ärztinnen und Ärzten der Kinderklinik des St.-Marienhospitals Vechta, besonders Herrn Chefarzt Dr. Koch sei für die aktive und sachdienliche Mitarbeit bei der Abklärung der Meningitishäufungen gedankt.

1. RKI: Virus-Meningoenzephalitis im Freistaat Sachsen. *Epid Bull* 2001; 22: 152–156
2. RKI: Eine Häufung viraler Meningitis durch ECHO-Virus Typ 13 in Sachsen-Anhalt. *Epid Bull* 2001; 38: 305–306
3. RKI: Infektionen durch ECHO-Virus Typ 30 vermehrt beobachtet. *Epid Bull* 1997; 31: 205
4. RKI: Aktueller Ausbruch von aseptischen Meningitiden durch Enteroviren in Nordhessen. *Epid Bull* 2001; 35: 268–269
5. RKI: Ein Meningitis-Ausbruch durch ECHO-Viren 30 in Nordhessen. *Epid Bull* 2002; 20: 163–167
6. Tuite G, Pavec V: Recent increase in incidence of echoviruses 13 and 30 around Europe. *Eurosurveillance Weekly* 2002; 6: 020214

Hinweis zur Erfassung und Aufklärung von Virusmeningitis-Ausbrüchen

Virusbedingte Meningoenzephalitiden, die nach dem IfSG im Einzelfall nicht meldepflichtig sind, sollten im Falle eines örtlich gehäufteten Auftretens der Aufmerksamkeit der Gesundheitsämter nicht entgehen. Es besteht eine Meldepflicht für Ärzte, die ein örtlich gehäuftes Auftreten gleichartiger Erkrankungen feststellen, bei denen »ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird«, Hinweise auf eine »schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit« vorliegen und »Krankheitserreger als mögliche Ursache in Betracht kommen« (§ 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG). Dies träfe im Falle örtlich gehäufter Virusmeningitiden, speziell in Verbindung mit Krankenhauseinweisungen zu. Dabei kann der einzelne Arzt auch ihm zur Kenntnis gelangte Informationen – z. B. über weitere Erkrankungsfälle – mit verwenden (s. a. Kommentar zum IfSG Bales/Baumann: Rd.nr. 37 zu § 6, S. 56).

Erfahrungsgemäß wird eine derartige Häufung zuerst in örtlichen Krankenhäusern sichtbar, von denen dann eine Information des Gesundheitsamtes ausgehen sollte. Entsprechend wäre auch der vermehrte Nachweis bestimmter Enteroviren in Verbindung mit schwer verlaufenden Erkrankungsfällen, z. B. bei in Krankenhausbehandlung befindlichen Patienten, durch den Laborleiter nach § 7 Abs. 2 zu melden (s. a. Kommentar zum IfSG Bales/Baumann: Rd.nr. 65 zu § 7, S. 99).

Behandelnde Ärzte können durch das Bemühen um eine ätiologische Klärung von Meningitiden oder Enzephalitiden mittels einer spezifischen Labordiagnostik wesentlich zur Aufklärung von Ausbrüchen, zugleich aber auch zur Surveillance beitragen, weil die erhobenen Laborbefunde nachträglichen Analysen zugeführt werden können.

Günther Maass zum Gedenken

Am 15. Dezember 2002 starb nach kurzer schwerer Krankheit Professor Dr. Günther Maass, der in der klinischen Virologie über mehr als vier – für dieses Fach sehr bedeutende – Jahrzehnte an den sich eröffnenden wissenschaftlichen Entwicklungen namhaft mitgearbeitet hat. Ein Wissenschaftler wie er, der sich dem Schutz des Menschen vor Virusinfektionen verschrieben hatte, stand folgerichtig auch in enger Verbindung zur Epidemiologie dieser Infektionen.

Günther Maass, der am 19. Juli 1926 in Kiel geboren wurde, studierte dort auch Medizin. Seine wissenschaftliche Laufbahn führte ihn vom Heinrich-Pette-Institut Hamburg-Eppendorf über ein Forschungsstudium an der Yale University in New Haven (Conn.) an das Hygiene-Institut der Universität Freiburg/Br., wo er von 1960 bis 1968 wissenschaftlicher Assistent war und sich 1966 im Fach Medizinische Mikrobiologie und Hygiene habilitierte. Die durch viele Entdeckungen in der noch jungen Virologie charakterisierte schöpferische Atmosphäre in diesem – damals von Richard Haas geleiteten – Institut wies ihm seinen weiteren Weg. Seit 1969 war Münster das Zentrum des Wirkens von Günther Maass als leitender Virologe und später Direktor des Hygienisch-bakteriologischen Landesuntersuchungsamtes Westfalen (bis 1991) sowie als apl. Professor an der Universität. Unter den Arbeitsschwerpunkten seien die Poliomyelitis (Charakterisierung des Virus, Diagnostik,

Epidemiologie, Impfprävention), andere virale Darminfektionen, die Hepatitis B (Sicherheit des Impfstoffes) und die HIV-Infektionen (Sicherheit von Blutprodukten, Strategien der Prävention) hervorgehoben.

Das Besondere an Günther Maass war, dass er einerseits ein auf vielen aktuell bedeutsamen Arbeitsgebieten erfolgreicher Wissenschaftler war und sich andererseits sehr konsequent für die praktische Umsetzung der Ergebnisse einsetzte. Dies belegt sein Wirken in der Ständigen Impfkommision (1980 bis 1998), im Wissenschaftlichen Beirat Sera und Impfstoffe des BMG, später des PEI (1985 bis 1995), im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (1989 bis 1998), im Nationalen AIDS-Beirat, in der Kommission Infektionsepidemiologie am RKI (1995 bis 1999) und besonders als Präsident der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten – DVV – (1990 bis 1996) sowie in vielen weiteren Funktionen. In seiner Persönlichkeit waren integre Sachkompetenz mit einer großen Disziplin, Zuverlässigkeit, Kollegialität, Hilfsbereitschaft und auch Bescheidenheit vereint. Man darf dieses Leben und Wirken sicher beispielhaft nennen. Die Mitarbeiter des Robert Koch-Institutes, von denen einige ihm sehr nahe standen, danken Günther Maass für fruchtbare Zusammenarbeit und vielfachen guten Rat. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Jahresfortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 26. bis 28. März 2003 in Berlin

Vom 26. bis 28. März 2003 findet in Berlin die jährliche Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst statt. Seit Anfang der 90er Jahre wird sie in jedem Frühjahr gemeinsam vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), dem Robert Koch-Institut (RKI) und dem Umweltbundesamt (UBA) ausgerichtet.

Die Nachfolge des BgVV in dieser Runde wird das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) antreten; neu hinzugekommen sind das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und die Bundesforschungsanstalt für Viruserkrankungen der Tiere (BFAV). Die Federführung wechselt jährlich. Für das Jahr 2002 liegt sie beim UBA.

Das Programm der Veranstaltung umfasst die Rahmenthemen Infektionsschutz bei Mensch und Tier, Umweltmedizin, Informationssysteme für den ÖGD und Prionenerkrankungen.

Die Veranstaltung ist kostenlos. Sie richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter und an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser. Selbstverständlich sind auch andere Interessenten willkommen. Veranstaltungsort ist der Hörsaal des BfR, Diersdorfer Weg 1, 12277 Berlin (Marienfelde).

Anmeldung (bis zum 28. Februar 2002):

Pressestelle des Umweltbundesamtes
Frau Jana Schmidt
Postfach 33 00 22
14191 Berlin
Fax: 030/89 03-2798
E-Mail: jana.schmidt@uba.de.

Fünfte Internationale Sommerschule >Infectious Disease Epidemiology<

Termin: 4.–8. Mai 2003

Ort: Bielefeld

Veranstalter:

School of Public Health
Department of Public Health Medicine
Universität Bielefeld

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Alexander Krämer

Themen: Prinzipien und Methoden der Infektionsepidemiologie, Ausbruchsuntersuchungen, moderne Surveillance, mathematische und stochastische Modellierung, Impfungen, >Newly emerging and reemerging infections<

Tagungssprache: Englisch

Information und Anmeldung:

Frau Iris Kukla
School of Public Health, Universität Bielefeld
Postfach 100 131
D-33501 Bielefeld
Tel.: 05 21 . 106–68 89 / 05 21 . 521–35 30
Fax: 05 21 . 106–29 68
E-Mail: iris.kukla@uni-bielefeld.de

Weitere Informationen unter:

http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summer_school2003

In eigener Sache: Sachwortverzeichnis 2002

In der Mitte dieser Ausgabe wurde das Sachwortverzeichnis für das Jahr 2002 eingefügt, das herausgenommen und dem Jahrgang 2002 hinzugefügt werden kann.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 8.1.2003 (51. Woche 2002)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.			Campylobacter-Inf.			Shigellose		
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	96	7645	10057	4	102	136	4	349	567	55	5311	5947	5	160	273
Bayern	47	8937	9244	5	247	182	3	522	505	35	6200	5473	0	158	180
Berlin	12	3152	2924	0	13	9	1	225	303	12	3418	3878	12	150	147
Brandenburg	20	3492	3369	0	22	7	2	227	240	13	2084	2145	0	19	55
Bremen	2	368	498	0	16	12	1	93	74	3	421	452	0	8	2
Hamburg	10	1653	1723	0	30	21	0	25	29	21	1994	2233	2	118	73
Hessen	65	5046	4921	1	38	43	6	161	232	41	2762	2973	0	72	109
Mecklenburg-Vorpommern	1	2917	2641	0	32	17	1	395	278	0	1927	1564	0	9	21
Niedersachsen	66	6496	6677	0	171	106	3	294	222	47	4426	3996	0	45	59
Nordrhein-Westfalen	126	11015	12939	3	313	265	11	845	709	158	12570	11872	2	83	158
Rheinland-Pfalz	52	4420	3841	1	69	45	1	146	123	26	2517	2690	0	54	97
Saarland	6	757	586	1	5	6	0	19	30	13	954	836	0	3	3
Sachsen	8	5249	5541	0	75	54	0	862	778	6	4629	4217	0	122	252
Sachsen-Anhalt	19	3861	4768	0	24	37	4	508	441	21	1741	1538	0	43	50
Schleswig-Holstein	30	2523	2639	0	40	23	0	89	65	20	2096	2226	0	35	37
Thüringen	34	3506	4488	1	34	27	8	433	445	39	2049	2069	0	70	97
Gesamt	594	71037	76856	16	1231	990	45	5193	5041	510	55099	54109	21	1149	1613

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	6	174	324	1	205	434	2	419	1006
Bayern	7	164	203	0	187	350	5	404	813
Berlin	3	119	209	0	74	89	0	32	46
Brandenburg	0	13	36	0	22	41	0	24	65
Bremen	0	15	87	0	12	18	0	14	22
Hamburg	0	65	82	0	23	70	0	22	24
Hessen	4	158	198	3	117	179	2	150	302
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	12	0	16	24	0	27	60
Niedersachsen	0	136	225	4	160	228	5	336	437
Nordrhein-Westfalen	10	410	610	4	323	689	3	360	1119
Rheinland-Pfalz	2	65	79	1	98	91	2	124	162
Saarland	1	11	16	0	12	21	0	14	25
Sachsen	0	18	49	0	47	70	0	26	65
Sachsen-Anhalt	0	25	27	0	34	38	0	73	99
Schleswig-Holstein	0	43	76	0	32	52	1	55	51
Thüringen	2	22	25	0	30	15	0	33	31
Gesamt	35	1442	2258	13	1392	2409	20	2113	4327

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte**

Stand v. 8.1.2003 (51. Woche 2002)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			Giardiasis			Kryptosporidiose			
51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	
4	468	555	386	3306	848	32	4870	5132	9	504	795	1	85	395	Baden-Württemberg
7	632	594	150	2020	395	40	4730	4471	1	437	614	3	42	48	Bayern
2	289	247	43	2229	745	10	2028	1566	1	234	194	1	25	39	Berlin
7	362	319	204	2873	411	9	2957	2314	0	61	93	0	13	17	Brandenburg
0	57	47	200	1025	60	0	229	263	0	15	27	0	22	26	Bremen
1	174	190	153	1692	123	6	756	770	3	90	87	0	2	3	Hamburg
9	373	371	48	1006	136	12	2049	1853	0	199	186	0	37	45	Hessen
0	318	340	6	1125	84	0	3492	2383	0	124	227	0	40	65	Mecklenburg-Vorpommern
16	812	665	856	6562	720	25	3229	4130	3	159	157	2	168	164	Niedersachsen
15	1208	1141	280	1972	728	77	6354	6117	7	590	718	1	136	341	Nordrhein-Westfalen
5	346	346	305	1936	355	12	2544	2016	0	139	124	1	32	37	Rheinland-Pfalz
0	90	78	18	851	157	6	542	413	0	21	18	0	0	2	Saarland
0	770	750	140	7762	2986	2	8296	7065	0	225	220	0	107	175	Sachsen
2	527	587	51	4267	1242	50	3877	4415	1	135	297	0	58	77	Sachsen-Anhalt
2	282	231	168	1387	16	20	847	1055	1	45	56	0	4	7	Schleswig-Holstein
10	651	664	299	2683	104	50	4029	3264	0	69	40	3	31	23	Thüringen
80	7359	7125	3307	42696	9110	351	50829	47227	26	3047	3853	12	802	1464	Gesamt

Meningokokken-Erkr.			Masern			Tuberkulose			Land
51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	
0	88	72	1	44	699	18	882	868	
5	95	93	1	1600	2193	19	1046	1077	Bayern
0	32	42	0	24	51	7	379	381	Berlin
2	27	20	0	5	11	5	176	213	Brandenburg
0	8	7	0	4	4	2	86	78	Bremen
0	16	39	0	15	7	6	217	271	Hamburg
3	48	40	4	96	126	6	749	676	Hessen
0	15	29	0	4	2	1	134	136	Mecklenburg-Vorpommern
2	71	80	2	851	764	15	616	618	Niedersachsen
4	194	210	3	1595	1590	27	1933	1772	Nordrhein-Westfalen
0	24	20	3	312	191	2	294	335	Rheinland-Pfalz
0	6	9	0	6	14	2	107	140	Saarland
0	26	26	0	14	30	0	253	281	Sachsen
1	18	25	0	12	35	12	279	297	Sachsen-Anhalt
0	24	32	1	43	231	5	214	162	Schleswig-Holstein
0	27	23	0	21	20	4	146	166	Thüringen
17	719	767	15	4646	5968	131	7511	7471	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. 8.1.2003 (51. Woche 2002)

Krankheit	51. Woche 2002	1.–51. Woche 2002	1.–51. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	1	75	131	131
Influenza	2	2570	2484	2485
Legionellose	4	397	320	325
FSME	1	234	255	255
Haemophilus-infl.-Infektion	2	50	75	77
Humane spongif. Enz. *	1	50	80	80
Listeriose	3	217	215	216
Brucellose	1	34	25	25
Dengue-Fieber #	3	213	60	60
Hantavirus-Infektion	1	226	184	185
Leptospirose	0	54	48	48
Ornithose	0	38	56	56
Q-Fieber	1	182	288	292
Tularämie	0	5	2	3
Paratyphus	2	62	72	72
Typhus	0	58	88	88
Trichinellose	0	5	5	5

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:► **Botulismus:**Bayern, 36 Jahre, weiblich (lebensmittelbedingter Botulismus)
(11. Botulismus-Fall 2002)► **Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS):**

1. Bayern, 21 Jahre, männlich (10. Woche)
2. Bayern, 15 Jahre, weiblich (21. Woche)
3. Bayern, 1 Jahr, weiblich (29. Woche)
4. Bayern, 2 Jahre, weiblich (32. Woche)
5. Baden-Württemberg, 25 Jahre, weiblich (41. Woche)
6. Baden-Württemberg, 2 Jahre, männlich (47. Woche)
7. Niedersachsen, 2 Jahre, männlich (49. Woche)
8. Schleswig-Holstein, 5 Jahre, männlich (49. Woche)
9. Niedersachsen, 4 Jahre, weiblich (50. Woche)
10. Brandenburg, 2 Jahre, männlich (50. Woche)
(80. bis 89. 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.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: KiehlW@rki.de

Dr. med. Ines Steffens, MPH

Tel.: 01888.754-2224
E-Mail: SteffensI@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-Abbruffunktion** (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. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273