



Epidemiologisches Bulletin

4. April 2003 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weltgesundheitsstag 2003:

„Gesunde Umwelt – gesunde Kinder“

Zur Gesundheit der heranwachsenden Generation in Deutschland

Der Weltgesundheitsstag, mit dem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich an den Tag ihrer Gründung am 7. April 1948 erinnert, stellt in diesem Jahr die Gesundheit der Kinder in den Mittelpunkt. Unter vielen möglichen Aspekten nehmen wir diesen Tag zum Anlass, auf die Situation in Deutschland – ihre Veränderungen und einige Besonderheiten – einzugehen.

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich im zurückliegenden Jahrhundert drastisch verbessert: So ging beispielsweise die Säuglingssterblichkeit in Deutschland von durchschnittlich 210 pro 1.000 Lebendgeborene auf unter 5 pro 1.000 zurück. Im Jahr 1900 verloren 65-mal so viele Kinder zwischen 1 und 15 Jahren und mehr als 50-mal so viele Frauen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft ihr Leben wie im Jahr 2000! Unabhängig davon starb auch etwa ein Viertel aller Frauen im Alter zwischen 20 und 45 Jahren, bei Männern war diese Quote sogar noch höher; viele Kinder wuchsen daher als Halb- oder gar Vollwaisen auf.

Für damals sehr verbreitete Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, Poliomyelitis, Scharlach, Diphtherie, Gonorrhoe, Syphilis, Magen-Darmentzündungen, Meningitis oder Wundstarrkrampf gab es weder eine wirksame Behandlung noch eine ausreichende Vorbeugung. Auch Diabetes mellitus, Krebs, chronische Krankheiten des Bewegungsapparates, des Herzens und anderer Organe, Asthma, Rachitis, Nachtblindheit, Blutarmut, psychische Krankheiten, Anfallsleiden, Probleme von Frühgeborenen, angeborene Fehlbildungen (z. B. Herzfehler) und Stoffwechselkrankheiten konnten nicht hinreichend behandelt werden. Chirurgische Eingriffe waren zum Teil mit nicht unerheblichen Risiken behaftet.

Im Jahr 1900 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern 39, die von Frauen 42 Jahre. Die größte gesundheitspolitische Herausforderung war die Vermeidung eines frühen Todes. Das Motto der Mitte des 20. Jahrhunderts gegründeten Weltgesundheitsorganisation war daher „Add years to life“ – „Verlängere das Leben!“ Nachdem mit zunehmendem Wohlstand und medizinischen Fortschritten auf den Gebieten der Prävention und Therapie die Lebenserwartung weltweit – besonders aber in den westlichen Industrienationen – anstieg (75 bzw. 81 Jahre im Jahr 2000!), richtete sich das Augenmerk auf die Verbesserung der Lebensqualität. Das neue Motto hieß nun: „Add life to years“ – „Mehr Lebensqualität!“ Hier kommt eine veränderte Sichtweise zum Ausdruck, die auch im WHO-Gesundheitsbegriff ihren Niederschlag findet: In der 1986 verabschiedeten **Ottawa-Charta** wird Gesundheit als Zustand „vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ definiert. Es stellt eine besondere Herausforderung dar, dieses auch für alle Kinder zu erreichen.

Neben der hohen Sterblichkeit und dem hohen Anteil von Waisen gibt es weitere Indikatoren, die belegen, dass es Kindern vor 100 Jahren weniger gut ging als heute: Kinder, die unter ungünstigen Bedingungen leben, können ihr Wachstumspotenzial nicht voll entfalten und bleiben kleiner. Insbesondere die verbesserte Ernährung ist eine Ursache für die Zunahme der durchschnittlichen Körpergröße von Kindern um etwa 20 cm im letzten Jahrhundert!

Diese Woche

14/2003

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

- ▶ Weltgesundheitsstag:
Zur Situation in Deutschland
- ▶ Kinder- und Jugendsurvey
des RKI vor dem Start

SARS:

Update (Stand: 3. April 2003)

Labordiagnostik:

Neuregelung des Postversandes diagnostischer Proben in Sicht

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer
Meldungen des Nachweises
ausgewählter Infektionen
Januar 2003
(Stand: 1. April 2003)
- ▶ Aktuelle Statistik
11. Woche
(Stand: 2. April 2003)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



Die bisherigen günstigen Entwicklungen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch heute noch Defizite bestehen und gravierende Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen vorkommen. In einer bundesweiten repräsentativen Befragung gab etwa ein Viertel der Eltern von schulpflichtigen Kindern an, dass in ihrer Familie ein chronisch krankes Kind lebt. Nach dem Rückgang der Sterblichkeit treten andere Gesundheitsprobleme in den Vordergrund. Aus Mangel an Vergleichsdaten entsteht so häufig der Eindruck, als ob diese Probleme zugenommen hätten, und unser Kausalitätsbedürfnis sieht nur allzu schnell in einer Verschlechterung der Umwelt und der allgemeinen Lebensbedingungen die Ursachen. Eine Trendbeurteilung ist vielfach nicht möglich, weil es fast durchweg an belastbaren Vergleichsdaten fehlt.

Vor 100 Jahren reichte die relativ schlichte amtliche Statistik über meldepflichtige Infektionskrankheiten und die Mortalität aus, um die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen angemessen zu beschreiben. Mit dem Rückgang der Sterblichkeit und der Beherrschung vieler Infektionskrankheiten kann mit diesen Statistiken die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen heute hingegen nicht annähernd abgebildet werden.

Die aktuell über die amtliche Statistik hinaus verfügbaren Routineerhebungen, wie Perinatalerhebungen, Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder, Mikro-

zensuszusatzserhebungen, Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Krankenhausdiagnosestatistik, Schuleingangsuntersuchungen und das Kinderkrebsregister Mainz, sind auf Teilaspekte, enge Altersbereiche oder Einzelregionen begrenzt. Bedauerlicherweise fehlen so noch immer Informationen zur Soziodemographie, zu den Lebensbedingungen, zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, biologische und psychologische Messwerte, zur Lebensqualität und weitere relevante Informationen zur körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit. Da die Daten nicht verbunden vorliegen, können sie auch nicht zueinander in Beziehung gesetzt werden.

Wenn es darum geht, die Gesundheit der heranwachsenden Generation in ihren heute wesentlichen Dimensionen valide zu beschreiben, ist dies nur möglich durch direkte, umfassende Erhebungen bei einzelnen, repräsentativ ausgewählten Kindern und Jugendlichen. Im Robert Koch-Institut wurde deshalb das Konzept eines Kinder- und Jugendgesundheits surveys entwickelt. Die hier zu gewinnenden epidemiologischen, klinischen und soziodemographischen Daten sind eine Voraussetzung für wissenschaftlich begründete Maßnahmen und Empfehlungen zur gezielten Verbesserung der Gesundheit der heranwachsenden Generation. Dieses Projekt, dessen Start unmittelbar bevorsteht, wird anlässlich des diesjährigen Weltgesundheitstages im folgenden Beitrag kurz vorgestellt.

Bundesweiter Kinder- und Jugendgesundheits survey beginnt im Mai 2003

Vorbereitungen im Robert Koch-Institut sind abgeschlossen

Es besteht dringender Bedarf, die Gesundheit der heranwachsenden Generation in Deutschland umfassend zu untersuchen und bestehende Informationslücken gezielt zu schließen. Zur Lösung dieser Aufgabe hat das Robert Koch-Institut im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) sowie für Bildung und Forschung (BMBF) über mehrere Jahre einen repräsentativen und in seiner Komplexität neuartigen Untersuchungs- und Befragungssurvey konzipiert und in einer Pilotphase getestet. Von Mai 2003 an werden in dieser Studie über einen Zeitraum von drei Jahren bei rund 18.000 Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren Daten zu einem breiten Spektrum gesundheitlicher Themen erhoben (s. dazu Tab. 1). Diese auch im internationalen Maßstab innovative Studie wird kofinanziert vom BMGS, dem BMBF und dem RKI (vertiefende Untersuchungen mit Unterstichproben der Studienteilnehmer werden zusätzlich vom BMU und dem BMFSJ finanziert).

Bei der Entwicklung des Studienkonzeptes und der Erhebungsinstrumente konnten die damit befassten Wissenschaftler im Robert Koch-Institut auf langjährigen Erfahrungen aufbauen, die bei repräsentativen Erhebungen zur Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung, Schülerstudien und im Rahmen zahlreicher neuerer themenspezifischer epidemiologischer Projekte gesammelt wurden. Hilfreich war darüber hinaus eine vielfältige Beratung und Unterstützung durch in- und ausländische Experten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgesundheit. Eine zu Beginn

vorgenommene Analyse vorliegender Datenquellen zur Kinder- und Jugendgesundheit hat zum einen beträchtliche Informationslücken ergeben, zum anderen aber auch dazu beigetragen, redundante Erhebungen zu vermeiden und Schnittstellen mit regelmäßig stattfindenden Datenerhebungen wie z.B. den Schuleingangsuntersuchungen zu schaffen.

Nach mehrfacher Begutachtung durch vom BMGS und BMBF bestellte Gutachter sowie nach datenschutzrechtlicher und ethischer Überprüfung wurde das Studienkonzept in einem einjährigen (vom BMBF finanzierten) Pretest erprobt. 1.630 Kinder und Jugendliche wurden an vier Orten Deutschlands in der Zeit von März 2001 bis zum Februar 2002 untersucht und gemeinsam mit ihren Eltern befragt. Ein wissenschaftlicher Beirat begleitete die Pilotstudie. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse und Erfahrungen des Pretests, der Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats und der Gutachteraufgaben entstand ein ausgereiftes Konzept für einen Gesundheitssurvey, das auf einem öffentlichen Symposium am 17.6.2002 vorgestellt wurde. Es ist in der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* ausführlich dargestellt: „Kinder- und Jugendgesundheits survey – Konzepte, Ziele, Inhalte, Instrumente, Pretest“ (*Gesundheitswesen* 64 (2002), Sonderheft 1).

Die Erhebungsinstrumente des Surveys sind

- ▶ eine **schriftliche Befragung** der Eltern und von 11 Jahren an auch der Kinder und Jugendlichen,
- ▶ ein **computergestütztes ärztliches Interview** (CAPI) sowie

- ▶ ein **Untersuchungsprogramm**, das Messungen des Blutdrucks, Tests der Fein- und Grobkoordination (bis 10 Jahre) sowie der Ausdauerleistungsfähigkeit im Alter zwischen 11 und 18 Jahren, Schilddrüsenultraschall, Hautinspektion mit Schwerpunkt atopische Dermatitis, anthropometrische Messungen sowie Blut- und Urinuntersuchungen umfasst.

Ermittlung der Teilnehmer: Die rund 18.000 Teilnehmer werden in 150 für Deutschland repräsentativ ausgewählten Gemeinden aus dem Einwohnermelderegister durch ein Zufallsverfahren ermittelt.

Durchführung der Untersuchungen vor Ort: Drei Untersuchungsteams, jeweils geleitet durch eine Kinderärztin, werden nach einer umfangreichen Schulung am RKI mit anschließender Zertifizierung ab Mai 2003 einem festgelegten Plan folgend durch Deutschland reisen und in jeder teilnehmenden Gemeinde zwei Wochen lang die ausgewählten Kinder und Jugendlichen untersuchen. – Die Arbeit der Teams und die Funktion der Logistik wird durch eine interne (RKI) und externe Qualitätskontrolle (gsf München) ständig überwacht und qualitätsgesichert. Die gesamte Studie wird wiederum durch einen wissenschaftlichen Beirat begleitet.

Das Projekt ist modular aufgebaut: Der **Kernsurvey** erhebt zu einem breiten Spektrum gesundheitlicher Anliegen vor allem Eckwerte. Drei **Zusatzmodule** ermöglichen an Stichproben zusätzliche vertiefende Untersuchungen

- ▶ zur psychischen Gesundheit und zum Verhalten (Universität Hamburg-Eppendorf und Robert Koch-Institut),
- ▶ zur motorischen Entwicklung und Kompetenz (Universität Karlsruhe) sowie
- ▶ zu Umweltbelastungen im unmittelbaren Lebensumfeld der Probanden (Umweltbundesamt).

Die Gesundheitsministerien aller Bundesländer wurden im Vorfeld wiederholt über die Möglichkeiten einer Stichprobenaufstockung in den Ländern informiert. Damit würde gegebenenfalls die Repräsentativität der erhobenen Daten auch auf Ebene der Bundesländer ermöglicht. In Anbetracht bundesweit angespannter Haushaltslagen ist es bislang noch zu keinem konkreten Abschluss gekommen, Interessensbekundungen liegen vielfach vor.

Um sich grundsätzlich die Möglichkeit offen zu halten, dieselben Probanden zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu untersuchen, wird von den Probanden vorsorglich das Einverständnis mit einer erneuten Kontaktaufnahme durch das Robert Koch-Institut eingeholt.

Im Vorfeld wurde und wird versucht, durch umfangreiche **Öffentlichkeitsarbeit** eine positive Grundeinstellung der Bevölkerung zu dieser Studie zu erlangen. Gesundheitsämter und weitere Vertreter des ÖGD sind ebenso Bündnispartner wie niedergelassene Ärzte, Kinderärzte, Krankenkassen und Bürgervereinigungen zu speziellen gesundheitlichen Belangen. Besondere Anstrengungen werden unternommen, Migrantenkinder angemessen in die Studie einzubeziehen. Dazu gehört spezielle Medienarbeit, ein für Familien mit ungenügenden Sprachkenntnissen entwickeltes Einladungssystem, übersetztes Informationsmaterial und Fragebögen in den 5 häufigsten Sprachen in Deutschland.

Zur Auswertung: Für die Datenanalysen und deren Rahmenbedingungen existiert ein Auswertungskonzept, das sowohl eine breite Beteiligung der Fachwelt als auch eine zeitgerechte Präsentation der Ergebnisse und die Umsetzung wichtiger Erkenntnisse sicherstellen soll. Die bereits aus der Phase der Konzeptentwicklung entstandenen vielfältigen Kooperationsbeziehungen sollen in der Auswertungsphase fortgesetzt werden. Spätestens ein Jahr nach Beendigung der Felduntersuchungen soll ein erster Band mit Grundauswertungen veröffentlicht und werden. Die Daten werden, so wie bisher bei allen Surveys des Robert Koch-Instituts, als *Public Use File* der Fachwelt zur Verfügung gestellt.

Nach den Erfahrungen aus dem Pretest ist mit einem guten Rücklauf und einer adäquaten Abbildung der derzeitigen gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu rechnen. Damit werden sowohl Ansatzpunkte für Prävention und gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen als auch solide Daten für eine Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter sowie die Voraussetzungen für die Entdeckung, Beschreibung und Bewertung künftiger Trends geschaffen.

Bericht aus der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. Das Projekt Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wird geleitet von Frau Dr. B.-M. Kurth, für die Öffentlichkeitsarbeit ist Herr M. Thamm zuständig (E-Mail: ThammM@RKI.de, Tel.: 030 . 45 47-32 04). Für Anfragen steht eine Service-Nummer zur Verfügung: 01801 . 754-554 (0,046 Euro pro Minute, Mo, Di, Mi, Fr 9-12 und 13-16 Uhr, Do 9-12 und 15-18 Uhr, außerdem eine E-Mail-Adresse: kjg21@RKI.de). Informationen im Internet: www.kinder-jugend-gesundheit21.de.

- ▶ **Körperliche Gesundheit, Krankheiten**
 - Allgemeines, körperliche Entwicklung
 - Akute und chronische Krankheiten
 - Verletzungen durch Unfälle
 - Behinderungen
 - Schwangerschaft, Geburt
 - Angeborene Fehlbildungen
- ▶ **Psychische Gesundheit, Wohlbefinden**
 - Psychisches Wohlbefinden
 - Psychische Krankheiten, z.B. Depression
 - Verhaltensauffälligkeiten, z.B. ADHS
 - Gesundheitsbezogene Lebensqualität
 - Schmerzen
- ▶ **Soziales Umfeld, Lebensbedingungen**
 - Soziodemographie
 - Soziale Ungleichheit
 - Soziale Kontakte, soziales Netz
 - Schutzfaktoren, personale Ressourcen
 - Familie, Lebensumfeld
 - Freizeitaktivitäten
- ▶ **Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken**
 - Ernährung
 - Stillanamnese
 - Essstörungen
 - Adipositas
 - Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum
 - Körperliche Aktivität/motorische Kompetenz
- ▶ **Medizinische Versorgung**
 - Impfstatus
 - Inanspruchnahme ambulanter Leistungen
 - Inanspruchnahme stationärer Leistungen
 - Behandlungen
 - Medikamentenkonsum
 - Krankenversicherung

Tab. 1: Themenfelder des Kinder- und Jugendgesundheits surveys

Schweres akutes respiratorisches Syndrom – SARS: Update (Stand vom 3. April 2003)

Situation weltweit: Die Zahl der mittlerweile bekannt gewordenen Fälle des SARS, das sich vom ostasiatischen Raum ausgehend bereits über drei weitere Kontinente ausgebreitet hat, steigt kontinuierlich an. Bis zum 2.4. wurden der WHO 2.223 Erkrankungsfälle aus 17 Ländern, darunter 78 Todesfälle gemeldet (s. Tab. 1).

Ein Grund für ein kurzfristig sprunghaftes Ansteigen der Fallzahl war die Tatsache, dass seit dem 27.2.2003 auch die wahrscheinlichen SARS-Fälle, die im Zeitraum vom 16.11.2002 bis 28.2.2003 in der chinesischen Provinz Guangdong aufgetreten waren, retrospektiv in die Statistik einbezogen wurden (792 Erkrankungen, davon 31 Todesfälle, 30% der Betroffenen Beschäftigte im Gesundheitswesen!). Aus den bisher verfügbaren Daten ergibt sich eine Letalität der Erkrankung um 3,5%. Unter den Opfern des SARS ist seit dem 28.3. auch der italienische WHO-Experte Dr. Carlo Urbani (46 J.), der als erster den SARS-Ausbruch erkannte und beschrieb.

In **Deutschland** sind aktuell 5 wahrscheinliche und 16 Verdachtsfälle bekannt. In 2 Fällen erfolgte der Nachweis von Coronavirus. Alle Fälle standen in direktem Zusammenhang mit einem Aufenthalt in Asien. Es traten keine schweren Komplikationen auf.

Zur Übertragung: Trotz intensiver Bemühungen ist der Übertragungsweg der Erkrankung noch nicht vollständig geklärt. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der Betroffenen Ärzte, Pflegende und Angehörige sind, zeigt, dass die Infektion von Mensch zu Mensch durch engen Kontakt als Tröpfcheninfektion oder durch Kontakt zu anderen Körpersekreten erfolgt. Neuere Erkrankungshäufungen in Hongkong unter Hotelgästen und innerhalb eines Wohnblocks weisen aber auch auf die Möglichkeit anderer Übertragungswege hin. Durch epidemiologische Studien, die von der WHO koordiniert werden, sollen diese Übertragungswege jetzt genauer charakterisiert werden. – Ausgehend von einem kanadischen Index-Fall wurde als Einzelbeobachtung eine Infektkette mit vier Gliedern beschrieben.

Erreger und Diagnostik: Zeitgleich konnten verschiedene Laboratorien in Deutschland und den USA aus Patientematerial ein Metapneumovirus (Familie Paramyxoviridae) und ein bisher beim Menschen unbekanntes Coronavirus nachweisen. Nach derzeitigem Erkenntnisstand kommt das Coronavirus am ehesten als auslösender Erreger in Betracht. Der Beweis eines sicheren kausalen Zusammenhangs mit dem Auftreten der Erkrankung steht allerdings noch aus, so dass gegenwärtig Erkrankungsfälle nicht mit letzter Sicherheit labordiagnostisch bestätigt werden können. Auch die Fälle, bei denen ein positiver Coronavirus-Nachweis vorliegt, werden nach Auskunft der WHO als wahrscheinliche Fälle geführt, bis eine definitive Klärung des ätiologischen Agens erfolgt ist. Umgekehrt ist auch der fehlende Nachweis von Coronavirus (nach den derzeit verfügbaren Nachweismethoden) kein Ausschlusskriterium für Fälle die der WHO-Falldefinition entsprechen.

Im Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg (BNI) ist es mit Unterstützung der Firma Tib-Molbiol, Berlin, inzwischen gelungen, einen PCR-Nachweis für das als Erreger angenommene neue Coronavirus zu etablieren. Das PCR-Protokoll kann über die Homepage des BNI (www.bni-hamburg.de) abgerufen werden, die erforderlichen Primer stehen seit Ende

vergangener Woche zur Verfügung und können über Tib-Molbiol (dna@tib-molbiol.de) bezogen werden. Die Nachweismethode wird derzeit neben anderen Laboratorien in Deutschland auch am Robert Koch-Institut etabliert.

Zu Maßnahmen: Eine ursächliche Therapie ist zur Zeit nicht möglich. Die Ausbreitung der Krankheit kann vorerst nur durch Isolierung von Verdachtsfällen bekämpft werden, umso wichtiger ist eine schnelle Diagnostik, die es erlaubt, den Erreger zu identifizieren und zwischen klassischen Erkältungskrankheiten und SARS zu unterscheiden. Die WHO hat am 2. April die Falldefinition des SARS präzisiert; eine entsprechende Anpassung für Deutschland wurde den Landesbehörden vom RKI zugeleitet. Wir verweisen auf die regelmäßig aktualisierten Informationen auf den Internetseiten des RKI (www.rki.de) zum Thema SARS.

Seit dem 2. April 2003 rät die WHO von nicht dringend erforderlichen Reisen nach **Hongkong** und in die chinesische Provinz **Guangdong** ab. Dieser Hinweis gilt nicht für Reisende, die sich lediglich zum Transit in den internationalen Flughäfen dieser Gebiete aufhalten. – Auch in einigen anderen Ländern oder Städten, in denen Fälle des SARS aufgetreten sind, können jedoch durch Quarantänemaßnahmen für Reisende – insbesondere wenn sie erkrankt sind – Probleme auftreten: Derzeit Toronto (Kanada), Peking und Shanxi (China), Taiwan, Singapur und Hanoi (Vietnam). Das Auswärtige Amt regt daher an, Reisen in diese Gebiete zu überdenken, sofern sie aufschiebbar und nicht unbedingt erforderlich sind. Weitere Informationen hierzu finden sich unter www.auswaertiges-amt.de. Die WHO geht davon aus, dass die Gesundheitsbehörden dieser Länder die Situation unter Kontrolle haben und hat daher bisher keine weiteren Reiseeinschränkungen empfohlen.

Im *Epidemiologischen Bulletin* 12/03 wurde über die vom RKI eingerichtete Hotline zu SARS berichtet. Täglich gingen bisher bei dieser Hotline mehr als 300 Anrufe ein (Anfragen zu Reisen sollten an das Auswärtige Amt gerichtet werden, s.o.).

Schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS)			
Land	wahrscheinliche Fälle	davon Todesfälle	lokale Übertragung
Australien	1	0	nein
Belgien	1	0	nein
China	1.190	46	ja
China (Hongkong)	708	16	ja
Deutschland	5	0	nein
Frankreich	1	0	nein
Großbritannien	3	0	nein
Irland	2	0	nein
Italien	3	0	nein
Kanada	58	6	ja
Rumänien	3	0	nein
Schweiz	2	0	nein
Singapur	95	4	ja
Spanien	1	0	nein
Taiwan	13	0	ja
Thailand	7	2	nein
USA	72 *	0	–
Vietnam	58	4	ja
Gesamt	2.223	78	

* einschl. Verdachtsfälle

Tab. 1: SARS-Fälle nach Meldungen an die WHO, Stand: 2.4.2003, 16 Uhr

Postbestimmungen zum Transport potenziell infektiöser Untersuchungsmaterialien: An der Revision der Regelung der Deutschen Post AG vom 1. August 2002 wird gearbeitet

Die Deutsche Post AG hatte zum 1. August 2002 ohne Übergangsfrist neue „Regelungen für die Beförderung von ansteckungsgefährlichen Stoffen – Brief national“ in Kraft gesetzt. Diese schließen u. a. jedwedes Untersuchungsmaterial, von dem auch nur potenziell anzunehmen ist, dass es Krankheitserreger enthalten kann, von der Beförderung aus. Betroffen von dem Verbot sind insbesondere sogenannte „diagnostische Proben“ von Menschen oder Tieren (Blut, Urin, Stuhl, Gewebeprobe u. a.), die zur Untersuchung auf eventuelle Krankheitserreger von Arztpraxen, Krankenhäusern u. a. an entsprechende Untersuchungslaboratorien per Post geschickt werden. Ferner betroffen sind davon aus diagnostischen Proben isolierte Erregerkulturen (z. B. aus einer Stuhlprobe isolierte Salmonellen), die von Laboratorien der Primärdiagnostik zur weiterführenden Diagnostik an Spezial- und Referenzlaboratorien per Post versandt werden.

Die Folgen dieser Postbestimmungen vom 1. August 2002 waren bisher gravierend. Sie bestehen insbesondere in Einschränkungen der Qualität der medizinischen Betreuung von Patienten und der Surveillance der Infektionskrankheiten in Deutschland sowie einer Gefährdung wichtiger medizinischer Forschungsvorhaben. Alternative Lösungen des Probentransportes erwiesen sich als nicht realisierbar. Seitens der Ärzteschaft, der Laboratorien, der Forschungsinstitute, des öffentlichen Gesundheitsdienstes bis hin zum Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wurde die durch die neuen Bestimmungen entstandene Situation daher zu Recht als unhaltbarer Zustand charakterisiert.

Das RKI als zuständiges Bundesinstitut konnte jetzt, unterstützt von der Bundesärztekammer, den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden, dem BMGS u. v. a. nach umfangreichen Verhandlungen mit der Deutschen Post AG erreichen, dass es voraussichtlich zum 1. Juni 2003 neue Regelungen als Teil der Allgemeinen Geschäftsbedingungen geben wird. Vorbehaltlich

letzter postinterner Abstimmungen soll der Kern der sich abzeichnenden Lösung hier vorab mitgeteilt werden. Folgendes soll ermöglicht werden:

1. Beförderung von diagnostischen Proben (mit und ohne ärztlichen Verdacht auf Infektionserreger bis zur WHO-Risikogruppe 3) in geprüften Verpackungen nach der Norm P650, als Maxibrief (Porto 2,20 €) und unter Nutzung des Nachluftpostnetzes. Einzige Ausnahme: Proben mit Verdacht auf Erreger der Risikogruppe 4 (Lassa- u. Ebola-Viren, Pockenviren u. ä.)
2. Beförderung von diesen Proben zukünftig gefahrgutrechtlich gleichgestellten „Kulturen für diagnostische und klinische Zwecke“ (in der Regel Subkulturen aus diagnostischen Proben zur weiteren Spezialdiagnostik) unter gleichen Bedingungen

Mit Wirksamwerden der neuen Regelungen wird dann wieder ein kostengünstiger, schneller und flächendeckender Transport des überaus wichtigen Anteils der medizinischen Untersuchungsmaterialien in Deutschland möglich sein. Lediglich für die übrigen ansteckungsgefährlichen Stoffe, die nicht unter die o. g. Definition fallen (z. B. Bakterienanzüchtungen für Versuchszwecke, Stammkulturen, Proben mit Verdacht auf Risikogruppe 4) wird der Absender weiterhin auf einschlägige Gefahrguttransportfirmen und Verpackungen nach der Norm P620 angewiesen sein.

Das RKI wird über das *Epidemiologische Bulletin* sowie auf seiner Homepage im Internet über den endgültigen Inhalt und das Wirksamwerden der neuen Postbestimmungen informieren. Allen, die durch Argumente und Vorschläge zur Lösung des Problems beigetragen haben, sei auch an dieser Stelle gedankt.

Ansprechpartner zu dieser Thematik sind im RKI Herr Dr. V. Thurm (E-Mail: OberlaenderH@rki.de) und Herr Prof. Dr. H. Tschäpe (E-Mail: TschapeH@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **Januar 2003** (Stand v. 1.4.2003)

Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter 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.		
	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2002		2002
Baden-Württemberg	26	26	17	30	30	25	14	14	22	0	0	0	0	0	1
Bayern	19	19	30	18	18	18	15	15	10	0	0	0	1	1	0
Berlin	42	42	42	19	19	19	11	11	8	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	4	4	3	1	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	1
Bremen	3	3	2	1	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0
Hamburg	17	17	11	11	11	8	8	8	11	0	0	0	0	0	0
Hessen	26	26	15	10	10	12	5	5	8	1	1	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	0	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	15	15	4	8	8	5	1	1	3	1	1	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	62	62	37	33	33	38	17	17	24	1	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	5	5	6	6	6	4	6	6	1	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	3	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	7	7	13	3	3	2	3	3	4	1	1	0	1	1	0
Sachsen-Anhalt	1	1	1	3	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	2	2	3	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Thüringen	0	0	3	2	2	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Gesamt	233	233	188	151	151	139	88	88	97	4	4	1	2	2	2

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 2.4.2003 (11. Woche)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.			Campylobacter-Inf.			Shigellose		
	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	35	640	929	1	20	12	4	58	69	38	643	863	0	16	24
Bayern	47	892	875	2	41	32	9	81	97	43	755	805	1	11	40
Berlin	24	288	340	0	2	2	4	37	61	36	379	665	2	18	36
Brandenburg	40	291	431	1	2	4	6	50	53	16	218	326	0	3	1
Bremen	2	48	51	1	5	0	0	7	22	5	73	80	0	3	1
Hamburg	13	136	250	0	11	5	0	4	6	28	228	310	2	11	11
Hessen	47	514	598	0	11	2	3	28	43	48	465	437	1	12	14
Mecklenburg-Vorpommern	19	242	334	0	3	2	5	80	68	13	196	291	1	2	0
Niedersachsen	34	665	922	2	23	18	2	42	48	46	521	706	2	6	4
Nordrhein-Westfalen	90	1275	1613	7	71	42	21	198	142	132	1800	1994	2	18	11
Rheinland-Pfalz	34	429	467	1	18	9	1	31	24	30	313	379	0	4	4
Saarland	2	71	103	0	0	1	0	2	3	9	118	126	0	0	0
Sachsen	26	562	606	0	7	17	9	170	193	31	609	755	1	13	11
Sachsen-Anhalt	42	465	519	0	2	0	5	101	112	23	219	274	0	4	1
Schleswig-Holstein	18	205	301	0	5	5	1	18	19	12	216	305	0	0	5
Thüringen	41	375	416	2	6	7	9	102	81	15	247	336	0	8	5
Gesamt	514	7098	8755	17	227	158	79	1009	1041	525	7000	8652	12	129	168

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	5	46	41	1	23	70	13	208	239
Bayern	8	57	22	1	32	49	19	236	404
Berlin	1	17	28	0	16	16	3	45	30
Brandenburg	0	3	4	0	1	4	1	17	9
Bremen	1	2	3	1	2	3	0	2	14
Hamburg	0	6	14	0	2	7	0	9	8
Hessen	1	36	46	2	25	39	6	102	148
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	4	4	1	17	20
Niedersachsen	1	16	30	5	33	36	8	117	163
Nordrhein-Westfalen	8	77	96	10	77	69	13	182	307
Rheinland-Pfalz	0	20	17	0	19	28	3	56	88
Saarland	0	2	3	0	1	2	0	9	4
Sachsen	0	4	3	0	13	8	2	39	55
Sachsen-Anhalt	1	9	5	0	3	11	4	25	22
Schleswig-Holstein	1	19	20	1	10	11	5	24	38
Thüringen	6	16	6	0	1	14	1	17	18
Gesamt	33	331	339	21	262	371	79	1105	1567

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,

Stand v. 2.4.2003 (11. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			Giardiasis			Kryptosporidiose			
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	
4	92	126	73	2538	404	212	1010	2165	6	94	103	0	5	12	Baden-Württemberg
6	118	130	36	1288	241	174	1520	2048	4	81	89	3	7	4	Bayern
1	35	55	28	903	529	74	1011	1121	6	31	49	1	8	3	Berlin
4	60	55	149	1780	111	136	1445	1491	1	6	15	0	1	3	Brandenburg
0	4	21	6	326	4	24	185	64	0	2	4	0	3	3	Bremen
6	37	42	12	801	219	31	334	346	2	19	9	0	1	0	Hamburg
2	50	73	12	803	123	77	676	974	5	28	31	0	5	6	Hessen
3	44	101	64	931	65	178	1236	1474	1	13	28	1	6	5	Mecklenburg-Vorpommern
6	135	155	171	3082	379	181	1154	1165	0	25	38	1	11	20	Niedersachsen
12	231	295	162	2991	128	229	2150	2608	8	104	96	3	14	17	Nordrhein-Westfalen
4	63	72	190	1895	229	141	905	1185	1	20	35	0	0	4	Rheinland-Pfalz
0	18	16	5	153	83	22	198	209	1	4	8	0	0	0	Saarland
8	146	142	76	2602	1416	398	3186	3534	4	40	33	1	11	13	Sachsen
6	84	91	53	1023	781	184	1822	1534	2	15	32	2	5	11	Sachsen-Anhalt
3	39	61	51	818	166	42	359	254	1	12	10	0	0	0	Schleswig-Holstein
8	96	115	15	988	216	192	1439	1438	0	5	10	0	2	6	Thüringen
73	1252	1550	1103	22922	5094	2295	18630	21610	42	499	590	12	79	107	Gesamt

Meningokokken-Erkr.									Masern			Tuberkulose			Land			
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.				
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002				
5	25	30	0	12	12	14	171	216	5	29	27	3	14	1063		15	207	227
1	13	5	0	1	10	13	71	75	2	6	2	1	3	1	3	37	39	Bayern
2	6	2	1	3	1	3	37	39	0	4	1	0	3	0	1	15	11	Berlin
0	4	1	0	3	0	1	15	11	0	6	4	0	2	4	2	40	50	Brandenburg
0	6	4	0	2	4	2	40	50	1	10	18	1	9	8	11	136	198	Bremen
1	10	18	1	9	8	11	136	198	0	8	4	0	1	1	1	26	28	Hamburg
0	8	4	0	1	1	1	26	28	2	21	19	1	187	420	5	119	119	Hessen
2	21	19	1	187	420	5	119	119	15	66	57	1	101	615	30	383	449	Mecklenburg-Vorpommern
15	66	57	1	101	615	30	383	449	3	11	7	0	19	105	11	52	61	Niedersachsen
3	11	7	0	19	105	11	52	61	3	11	7	0	19	105	11	52	61	Nordrhein-Westfalen
1	7	0	0	0	5	1	24	26	3	11	7	0	0	5	1	24	26	Rheinland-Pfalz
3	14	9	0	0	8	4	48	55	1	7	0	0	0	5	1	24	26	Saarland
3	14	9	0	0	8	4	48	55	3	14	9	0	0	8	4	48	55	Sachsen
2	15	4	0	3	0	3	42	52	2	15	4	0	3	0	3	42	52	Sachsen-Anhalt
0	5	4	1	14	5	2	35	55	0	5	4	1	14	5	2	35	55	Schleswig-Holstein
2	8	5	0	2	8	5	36	31	2	8	5	0	2	8	5	36	31	Thüringen
42	248	196	8	371	2265	121	1442	1692										Gesamt

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 eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 2.4.2003 (11. Woche)

Krankheit	11. Woche 2003	1.–11. Woche 2003	1.–11. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Infektion	1	10	16	81
Influenza	1248	5868	1320	2579
Legionellose	2	49	60	413
FSME	1	2	3	237
Haemophilus-infl.-Infektion	1	15	17	55
Humane spongif. Enz. *	0	6	15	53
Listeriose	3	45	50	237
Brucellose	0	4	6	35
Dengue-Fieber #	0	23	35	218
Hantavirus-Infektion	1	21	21	228
Leptospirose	0	7	10	58
Ornithose	0	10	8	40
Q-Fieber	0	9	18	191
Tularämie	0	0	2	5
Paratyphus	2	10	14	67
Typhus	1	9	9	58
Trichinellose	0	2	0	10

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Meldetechnisch erfasst unter „Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)“.

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

1. Hamburg, 1 Jahr, männlich (27. Woche 2002)
2. Baden-Württemberg, 1 Jahr, weiblich (50. Woche 2002)
3. Baden-Württemberg, 1 Jahr, männlich (8. Woche 2003)
(115. und 116. HUS-Fall 2002; 11. HUS-Fall 2003)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Aktuelle Influenza-Situation: Erkrankungswelle weitgehend abgeklungen**

Die durch Influenza bedingte Erhöhung der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) geht in der 13. Woche weiter deutlich zurück. Im Süden, Westen und Norden **Deutschlands** wird ein etwa normales Erkrankungsniveau erreicht, der Praxisindex ist nur noch in Sachsen und Sachsen-Anhalt deutlich erhöht.

Der Anteil von Influenzanachweisen im Material des NRZ stieg noch einmal leicht an (13. Woche: 46%; Vorwoche 40%). Bei weiterem dominieren des **Influenzavirus A(H3N2)** hat der Anteil der **Influenza-B-Viren**, der zunächst um 10% lag, seit 3 Wochen zugenommen und jetzt 35% erreicht. Sechzehn (73%) der 22 Influenza-B-Nachweise stammen weiterhin aus den AGI-Regionen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz/Saarland und Niedersachsen, eine Ausbreitung nach Norden und Osten ist nicht erkennbar.

Die Influenza-Aktivität ist in den meisten **europäischen Ländern** deutlich zurück gegangen (Einzelheiten unter www.eiss.org).

Quelle: Wochenbericht der Abteilung Infektionsepidemiologie des RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK), Marburg, und dem Nationalen Referenzzentrum (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: 01888.754-2628
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.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann

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

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenserviceZeitungs- und Zeitschriften Vertrieb 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>.

DruckPrimus Solvero, digital publishing GmbH,
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 A 14273