



Epidemiologisches Bulletin

30. April 2003 / Nr. 18

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Erste Nationale Impfwoche in Deutschland

Aktionen bundesweit vom 5. bis 11. Mai 2003

Schutzimpfungen haben als eine besonders wichtige Möglichkeit der primären Prävention eine entscheidende Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bewirkt. Krankheiten wie Diphtherie, Kinderlähmung (Poliomyelitis), Keuchhusten (Pertussis), die in früheren Jahren viel Leid verursacht haben, schrecken uns heute nicht mehr. Die weltweite Ausrottung der Poliomyelitis ist in greifbare Nähe gerückt, die Elimination der Masern ist ein erklärtes, aber nur bei sehr hohen Impfraten erreichbares Ziel der nationalen Gesundheitspolitik.

Die Erfolge der Impfungen haben allerdings auch bewirkt, dass die allgemeine Aufmerksamkeit und das Interesse an diesem Themenkreis nachgelassen haben. Vielen ist der Wert der Schutzimpfungen nicht mehr so bewusst, wie das notwendig wäre, um die bisherigen Erfolge zu sichern und weiter auszubauen. Die relative Entspannung bei einigen durch Impfung vermeidbaren Infektionskrankheiten hat auch dazu geführt, dass kritische Positionen heute zum Teil mehr Raum einnehmen, als sachlich gerechtfertigt ist. Das hat vielfach zu einer Überbewertung möglicher Nebenreaktionen geführt und Ängste gefördert, die aus wissenschaftlicher Sicht unbegründet sind. Moderne Impfstoffe zeichnen sich neben einer hohen Wirksamkeit durch eine gute Verträglichkeit aus. Insgesamt bleiben heute die im Einzelnen erreichten Impfergebnisse zum Teil beträchtlich hinter dem Möglichen und dem Notwendigen zurück. Im europäischen Maßstab belegt Deutschland mit seinen Impfraten weiter einen der hinteren Plätze. Es wird insgesamt immer noch zu wenig und – bezogen auf das Lebensalter – zu spät geimpft.

Es zeigt sich, dass sich eine selbstverständliche Inanspruchnahme der angebotenen empfohlenen Impfungen im Lauf der Jahre nicht im Selbstlauf ergibt. Objektiv und differenziert vermitteltes Wissen um die Krankheiten, die durch Impfungen vermieden werden können, ist unverzichtbar, um in der Bevölkerung Vertrauen und Akzeptanz zu erreichen und zu erhalten. Mitunter bedarf es geeigneter Impulse, um die Aufgeschlossenheit gegenüber den Impfungen erneut zu beleben oder sie lebendig zu erhalten.

In jüngster Zeit hatten die Kinder- und Jugendärzte Deutschlands, vertreten durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), im November 2002 die Initiative ergriffen, einen ersten Nationalen Impftag zu organisieren. Dieses Vorhaben wurde als bundesweite Aktion niedergelassener Ärzte – unterstützt vom öffentlichen Gesundheitsdienst – verwirklicht.

In diesem Frühjahr hat das Deutsche Grüne Kreuz e.V. (DGK) eine erste Nationale Impfwoche initiiert, die Anfang Mai stattfindet und die mit vielen, sehr unterschiedlichen Aktivitäten das Ziel verfolgt, die Impfbereitschaft in Deutschland weiter zu verbessern. Schirmherrin ist die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt. Mitgetragen wird die Aktionswoche von der Bundesärztekammer, dem Robert Koch-Institut, der Ständigen Impf-

Diese Woche

18/2003

Schutzimpfungen:

- ▶ 1. Nationale Impfwoche
- ▶ Impfraten zum Zeitpunkt der Einschulung

Krankenhaushygiene:

Surveillance des Antibiotikaverbrauchs und bakterieller Resistenzen (SARI)
– aktuelle Daten

SARS:

Update, Stand: 28. April 2003

Veranstaltungshinweis:

Seminar zu Nebenwirkungen von Impfungen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

15. Woche

(Stand: 29. April 2003)



kommission (STIKO), von Ministerien der Länder, Berufsverbänden, Krankenkassen und vielen anderen Institutionen und Organisationen (insgesamt über 100 Mitträger und bisher über 8.000 Aktionspartner). Die Impfstoffhersteller tragen zur Deckung der nicht unerheblichen Kosten dieser Aktionswoche bei. Besonders das DGK hat die nationale Impfwoche durch Informationen und aufklärende Beiträge in Printmedien (z. B. *impfBlick*, *Impf-Tipp*) und im Internet (*Impf-Web*; www.dgk.de) seit Längerem gründlich vorbereitet (Kontakte: www.nationale-impfwoche.de; Telefon: 0 64 21. 2 93-0; Telefax: 0 64 21. 2 93-786; E-Mail: impfen@kilian.de) Bis zum 16. Mai ist zur Impfwoche eine Hotline des DGK kostenlos zu erreichen: 08 00. 011 21 18). – Das RKI vermittelt über das *Epidemiologische Bulletin* und ein umfangreiches Angebot im Internet (www.rki.de/GESUND/IMPFEN/IMPFEN.HTM) ausführliche Informationen zu Schutzimpfungen und impfpräventablen Krankheiten.

Als Organisator und Koordinator der 1. Nationalen Impfwoche erwartet das Deutsche Grüne Kreuz insbesondere aus den Kreisen der niedergelassenen Ärzte, des öffentli-

chen Gesundheitsdienstes, der Pädagogen und Erzieher sowie der Medien vielfältige Initiativen. Ein durch Deutschland fahrender „Zug fürs Impfen“, Pressebeiträge, Talkrunden, Vorträge, Elternabende oder Angebote von Checks der Impfausweise, Beratungsgespräche bzw. Sonderimpfsprechstunden und vieles andere – alle Aktivitäten sind wichtig und dienen dem Anliegen einer Optimierung der Prävention in diesem Bereich! Jede und jeder zur Impfung Aufgeforderte hat ein Recht auf eine gute Information und Aufklärung, aber auch die Verpflichtung, das Angebot im eigenen Interesse oder dem der Schutzbefohlenen gründlich zu prüfen. Möge diese Nationale Impfwoche zu einem fruchtbaren Forum des Gedankenaustausches und nützlicher Anregungen werden. Am 2. Mai startet die Erste Nationale Impfwoche mit einer Auftaktveranstaltung in Berlin am Bahnhof Friedrichstraße; der dort auf die Reise geschickte „Zug für's Impfen“ macht dann in sechs deutschen Großstädten Station, in denen jeweils Veranstaltungen zu speziellen Themen öffentliche Aufmerksamkeit erregen sollen. Wir wünschen der Ersten Nationalen Impfwoche einen vollen Erfolg!

Impfraten deutscher Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2002

Nachfolgend werden die nach Infektionsschutzgesetz (§ 34 Abs. 11) übermittlungspflichtigen bei der Einschulung erhobenen Impfraten bundesdeutscher Kinder in einer Übersicht veröffentlicht. Diese Angaben repräsentieren die in dieser Altersklasse erreichten Impfergebnisse aus 14 der 16 Bundesländer und sind damit die einzigen weitgehend repräsentativen Impfdaten. Die Abbildungen zeigen die Impfraten der von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen im Kindesalter für Deutschland, für die alten und neuen Bundesländer (Abb. 1) und die minimalen und maximalen Impfraten für diese Impfungen, ebenfalls nach alten und neuen Bundesländern aufgeschlüsselt (Abb. 2). Eine

weitere Abbildung (Abb. 3) gibt einen Vergleich der im Jahr 1996 bei Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Impfraten und der aktuellen Impfraten wieder. Die Übersichtstabelle (Tab. 1) zeigt die Impfraten bei Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2002 (bzw. aus den Jahren 2000 oder 2001, falls Daten noch nicht aktuell verfügbar waren) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis in Prozent. Zur Auswertung lagen Impfausweise von 567.368 Schulanfängern, entsprechend 89,5% der Schulanfänger, vor. Den Gesundheitsbehörden der Länder stehen auch die länderspezifischen Daten zur Verfügung.

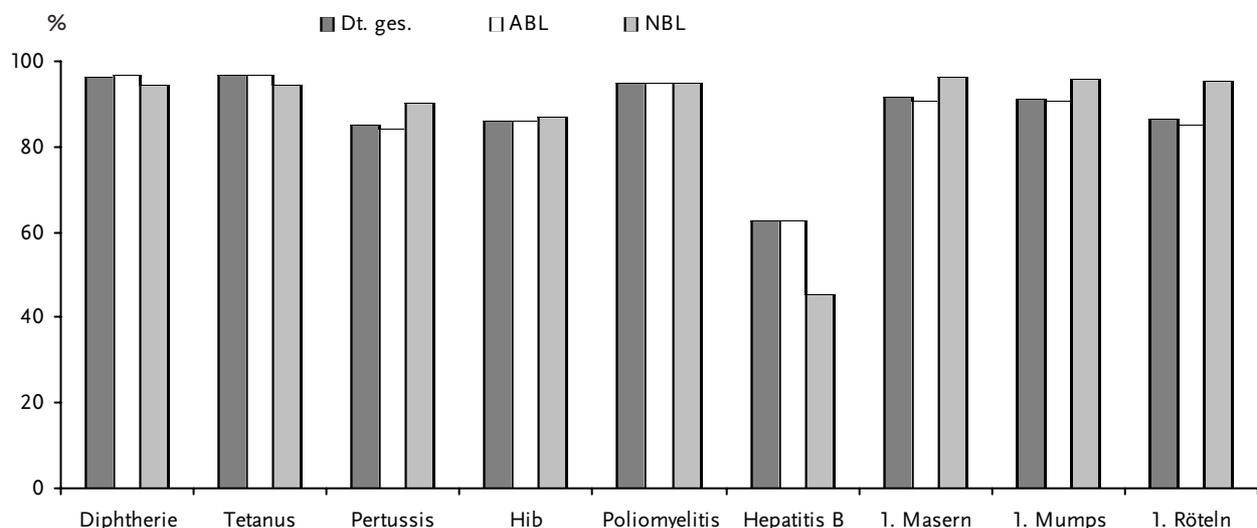


Abb. 1: Impfraten bei Schulanfängern in Deutschland 2002* (n=567.368 Kinder mit Impfausweis, ohne Bayern und Hamburg)

* bzw. 2000, 2001 – s. Text

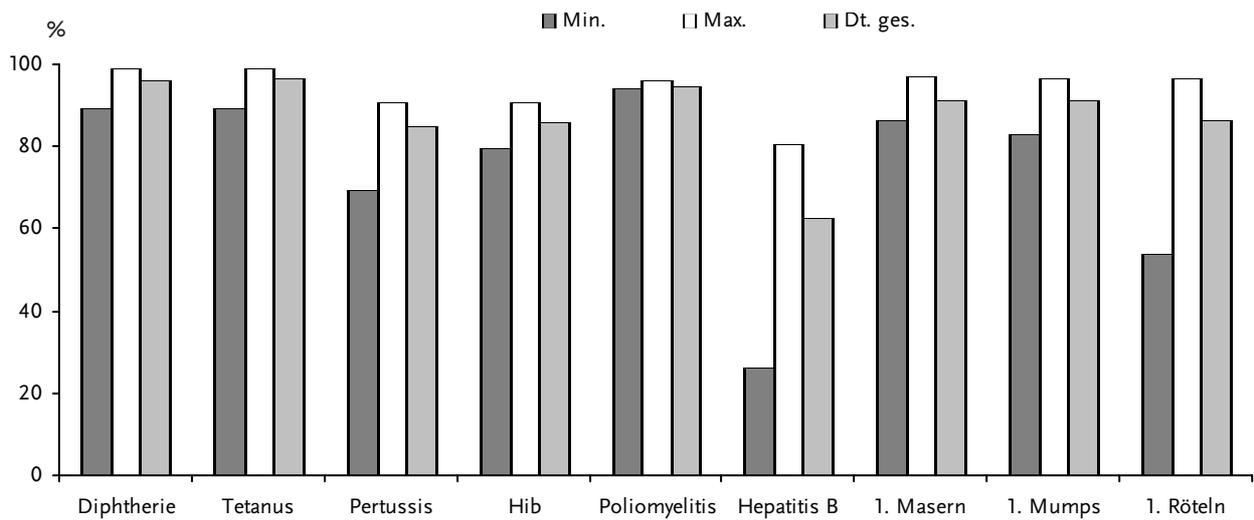


Abb. 2: Minimale und maximale Impfraten bei Schulanfängern in Deutschland 2002* (n=567.368 Kinder mit Impfausweis, ohne Bayern und Hamburg)
* bzw. 2000, 2001 – s. Text

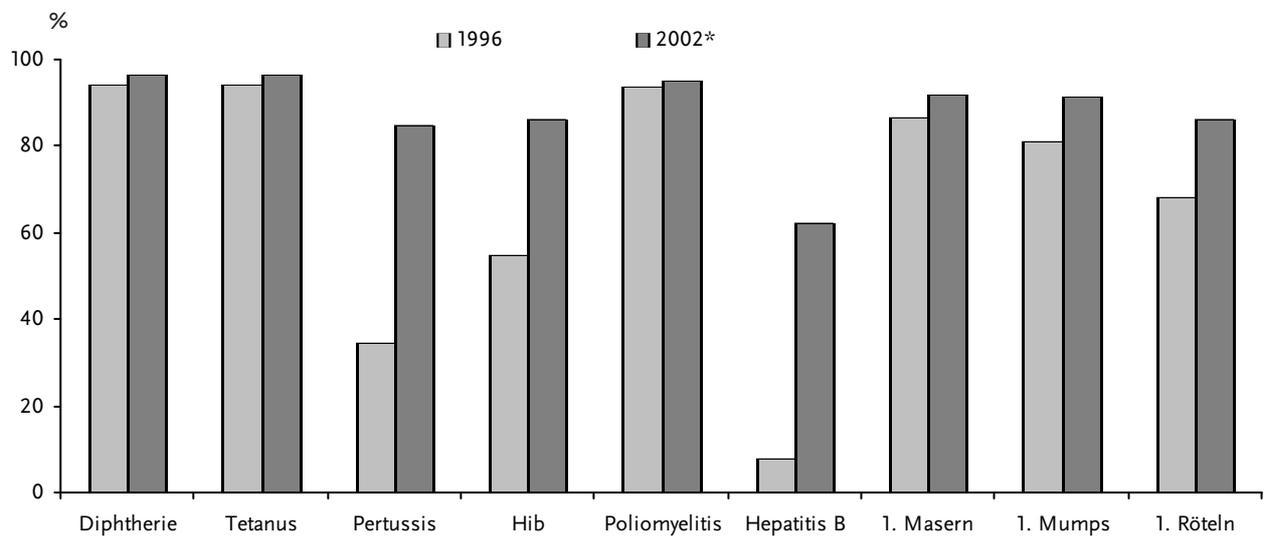


Abb. 3: Vergleich der Impfraten bei Schulanfängern in Deutschland 1996 und 2002*
* bzw. 2000, 2001 – s. Text

Impfung gegen	Deutschland gesamt	alte Bundesländer und Berlin	neue Bundesländer
Diphtherie	96,3%	96,6%	94,5%
Tetanus	96,5%	96,7%	94,6%
Pertussis	85%	84,2%	90,2%
Hib	86%	85,9%	86,8%
Poliomyelitis	94,8%	94,8%	95%
Hepatitis B			
vollständig grundimmunisiert	62,4%	64,9%	45,1%
Impfung begonnen	10%	10,4%	8,0%
Masern			
1. Dosis	91,5%	90,8%	96,1%
2. Dosis	29,5%	28,9%	43,1%
Mumps			
1. Dosis	91,2%	90,6%	95,9%
2. Dosis	29,2%	27,8%	42,8%
Röteln			
1. Dosis	86,4%	85,1%	95,5%
2. Dosis	27,9%	26,4%	42,6%

Tab. 1: Impfraten bei Schulanfängern in Deutschland 2002* (n=567.368 Kinder mit Impfausweis, ohne Bayern und Hamburg)
* bzw. 2000, 2001 – s. Text

Zum Antibiotikaverbrauch und zu bakteriellen Resistenzen auf Intensivstationen Aktuelle Daten des Projektes SARI – Stand September 2002

Basierend auf den Methoden des *Antimicrobial Use and Resistance (AUR) Systems* der amerikanischen *Centers for Disease Control and Prevention*, USA, hat das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen im Februar 2000 begonnen, eine Referenzdatenbank zur Erfassung des Antibiotikaverbrauchs und der bakteriellen Resistenzen auf Intensivstationen (SARI) aufzubauen. Dieses Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Ziel dieses Erfassungssystems ist die Darstellung des Ist-Zustands und die Dokumentation der Trends und Entwicklungen von Antibiotikaverbrauch und Resistenzen. Darüber hinaus wird eine laufende Standortbestimmung auf der eigenen Intensivstation und im nationalen und internationalen Vergleich ermöglicht.

Das Besondere an SARI ist, dass sich dieses Surveillance-System speziell auf Intensivstationen – Bereiche mit oft höheren Resistenzraten und höherem Antibiotikaverbrauch als auf Allgemeinstationen – konzentriert. Die teilnehmenden Intensivstationen können nicht nur Resistenzraten, sondern auch ihren Antibiotikaverbrauch mit dem anderer Intensivstationen der gleichen Fachrichtung vergleichen (zeitnah, Feed-back alle drei Monate). Die erhobenen Daten können so dazu anregen, das eigene Antibiotika- und Hygienemanagement zu hinterfragen.

Die jeweils aktuellen Referenzdaten sind über die Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen zu finden: www.nrzhigiene.de oder direkt über www.sari-antibiotika.de.

Bundesweit haben bisher 35 Intensivstationen aus 17 Städten Daten geliefert. In Tabelle 1 finden sich Angaben zur Struktur der teilnehmenden SARI-Intensivstationen,

die Tabellen 2 bis 5 zeigen den Antibiotikaverbrauch und die Anwendungsdichte nach Art der Intensivstation sowie nach Art der Antibiotika und Art der Intensivstation und die Resistenzraten wichtiger nosokomialer Infektionserreger (Testung nach DIN).

Auch unter Berücksichtigung der Art der Intensivstation zeigt sich, dass Breitspektrum-Antibiotika als favorisierte Substanzen auf Intensivstationen eingesetzt werden (Tab. 4).

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. Elisabeth Meyer und Herrn Prof. Dr. F. Daschner, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Freiburg. Herr Professor Daschner ist Kooperationspartner des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen.

Weiterführende Literatur:

1. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) von nosokomialen Infektionen (Umsetzung von § 23 IfSG). Bundesgesundhbl – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001; 44: 523–536
2. SARI-Protokoll und aktuelle Daten: www.sari-antibiotika.de

Art des Krankenhauses	
Universitätsklinik	13 (37%)
Lehrkrankenhaus	16 (46%)
Andere	6 (17%)
Art der ITS	
Medizinisch	10 (29%)
Interdisziplinär	14 (40%)
Chirurgisch-neurochirurgisch	11 (31%)
Anzahl der ITS-Betten	
6–11	15 (43%)
12–20	15 (43%)
21–26	5 (14%)

Tab. 1: Charakteristika der SARI-Intensivstationen (ITS)

Art der Intensivstation	Anzahl der Stationen	Teilnahmemonate	Patiententage	Anzahl Defined Daily Dose (DDD) ¹	Antibiotika-Anwendungsdichte (AD) ²
Interdisziplinär	14	309	104.906	138.568	1.321
Medizinisch	10	257	86.021	114.671	1.333
Chirurgisch	11	277	110.532	147.041	1.330
Gesamt	35	843	301.459	400.280	1.331

Tab. 2: Teilnahmedauer, Antibiotikaverbrauch und -Anwendungsdichte nach Art der SARI-Intensivstationen (n=35), Februar 2000 bis September 2002

Antibiotikagruppe	Anzahl DDD ¹	AD ²	75. Perzentil	Median	25. Perzentil
Penicilline mit β -Lactamase-Inhibitor	99.896	331,4	506,5	246,7	168
Chinolone	46.422	153,6	227,8	131,7	97,7
Cephalosporine 3. Gen	33.095	109,9	148,9	108,6	81,7
Cephalosporine 2. Gen	37.231	123,6	174,4	101,8	56,5
Carbapeneme	25.049	83,1	123,6	65,1	41,9
Penicilline m. erweitertem Spektrum	21.634	71,8	123,5	64,5	25,8
Makrolide	23.553	78,5	89,8	55,5	26,6
Imidazolderivate	15.692	52,1	102,3	54,9	9,3
Aminoglykoside	16.804	55,9	79,3	54,3	25,9
Glykopeptide	12.460	41,3	53,2	29,1	18,2

Tab. 3: Antibiotikaverbrauch und Antibiotika-Anwendungsdichte der SARI-Intensivstationen (n=35) im Zeitraum von Februar 2000 bis September 2002

Stationen	Penicillin m. erweit. Spektrum	Penicillin mit BLI	2. Gen. Ceph.	3. Gen. Ceph.	Carbapenem	Glykopeptide	Chinolone	Makrolide	Aminoglykoside
Medizinisch (n=10)	99,0	344,8	73,6	120,8	66,6	40,6	132,3	86,4	56,6
Interdisziplinär (n=14)	63,1	233,8	142,3	96,1	53,9	23,3	153,0	55,5	59,0
Chirurgisch (n=11)	25,8	274,2	101,4	108,6	123,6	38,0	125,8	26,9	53,4

Tab. 4: Median der Antibiotika-Anwendungsdichte (DDD) der Antibiotikagruppen nach Art der Intensivstation, Februar 2000 bis September 2002

Erreger	Substanz	Isolate (n)	RR (%)	Range
<i>Staph. aureus</i>	Oxacillin	2.855	20,0	(0–64,1)
<i>S. pneumoniae</i>	Erythromycin	214	5,6	(0–100)
<i>E. faecium</i>	Vancomycin	665	2,6	(0–16,7)
<i>E. faecalis</i>	Vancomycin	1.961	0,1	(0–1,3)
<i>E. coli</i>	Amoxicillin/ Clavulansäure	263	39,5	(35,0–66,7)
	Ciprofloxacin	2.226	9,8	(0–20,3)
	Imipenem	1.845	0	
	Piperacillin/ Tazobactam	2.150	6,2	(0–23,3)
<i>K. pneumoniae</i>	Cefotaxim	1.329	8,0	(0–34,4)
	Ciprofloxacin	969	7,8	(0–42,2)
<i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidim	1.770	15,9	(0–37,1)
	Ciprofloxacin	1.772	18,7	(0–44,0)
	Imipenem	1.587	26,5	(0–64,0)
	Piperacillin/ Tazobactam	1.738	24,7	(0–71,9)

Tab. 5: Resistenzraten ausgewählter Erreger-Antibiotikakombinationen der SARI-Intensivstationen in Prozent*, Februar 2000 bis September 2002

* Testung nach DIN; n=20 ITS

Anhang: Definition der im Text verwendeten Parameter:

1. Tagesdosen (defined daily dose, DDD)

Die Anzahl der Tagesdosen wird anhand der von der WHO festgelegten DDD (s.u.) berechnet und in Antibiotikagruppen entsprechend der *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)* der WHO eingeteilt, um eine internationale Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Die Tagesdosis (DDD) ist definiert als die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis eines Medikaments beim Erwachsenen für die Hauptindikation dieses Medikaments.

$$DDD = \frac{\text{Antibiotikaverbrauch (g)}}{\text{definierte Tagesdosis (g)}}$$

2. Antibiotika-Anwendungsdichte (AD)

Sie errechnet sich aus dem monatlichen Antibiotika-Verbrauch, der Anzahl der Patiententage und der Tagesdosen.

$$AD = \frac{\text{Antibiotikaverbrauch (g)}}{\text{definierte Tagesdosis (g)}} \times \frac{\text{Patiententage}}{1.000 \text{ Tage}}$$

3. Resistenzraten (RR)

Die Resistenzraten (RR) werden entsprechend der Testmethode (NCCLS oder DIN) berechnet und ausgewertet. In Deutschland wird – anders als beispielsweise in den USA, wo alle Laboratorien nach NCCLS testen – keine einheitliche Testmethode verwendet.

Die erfassten Erreger sind *copy strain* bereinigt. Als *copy strain* wird ein Erreger von einem Patienten mit dem gleichen Antibiogramm unabhängig von der Lokalisation während eines Monats (30 Tage) definiert.

$$RR = \frac{\text{Anzahl resistenter Erreger}}{\text{Anzahl getesteter Erreger}} \times 100$$

Aktuelle Information zum Schweren akuten respiratorischen Syndrom (SARS), Stand: 28.04.03

Mit Stand vom 28. April 2003 wurden in **Deutschland** sieben wahrscheinliche SARS-Erkrankungen und 34 Verdachtsfälle gemeldet. Bei keinem dieser Fälle wurde die Infektion in Deutschland erworben. Innerhalb der **EU** gibt es aus sechs Ländern – ohne Deutschland – Meldungen über 24 wahrscheinliche SARS-Fälle. Zusätzlich gibt es aus drei weiteren Ländern **Europas** je einen Verdachtsfall. Todesfälle traten in Europa bisher nicht auf.

Weltweit berichtet die **WHO** über 5.050 wahrscheinliche SARS-Fälle aus 26 Ländern. Von den Erkrankten verstarben 321 Personen.

Vietnam wurde am 28. April von der WHO offiziell als erstes Land von der Liste der Länder mit lokaler Übertragung von SARS gestrichen. Zuvor war in den zurückliegenden 20 Tagen kein Verdacht einer SARS-Erkrankung aufgetreten. Die vietnamesischen Gesundheitsbehörden hatten während des Ausbruchs eng mit der WHO zusammen gearbeitet.

In **Kanada** wurde von einer Expertenkommission empfohlen, die Therapie von SARS-Patienten nur noch innerhalb klinischer Studien mit Ribavirin durchzuführen. Die Durchsicht klinischer Berichte hatte zuvor keinen eindeu-

tigen Hinweis auf eine Besserung der Erkrankung durch diese Therapie ergeben, und in vitro Testungen zur Wirksamkeit gegen das SARS-Virus waren nicht eindeutig positiv. Zudem waren in einigen Fällen schwere und unerwartete Nebenwirkungen aufgetreten.

Quelle: WHO www.who.int; www.promed.org

Impfseminar der Deutschen Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V.

Zum Themenkreis „Impfnebenwirkungen – Impfkomplicationen: Erkennung, differentialdiagnostische Abklärung, Meldung“

Termin: 31. Mai 2003

Ort: München

Themen: Erfassung, differentialdiagnostische Abklärung und Bewertung von Impfkomplications-Verdachtsfällen; Bewertung von Warnhinweisen in den Fachinformationen zu den Impfstoffen; Impfpfehlungen; Spektrum der Impfnebenwirkungen und -komplikationen u.a.

Adressaten: Ärzte, Therapeuten, Heilpädagogen

Leitung: Prof. Dr. U. Heininger, Basel und Frau Dr. B. Keller-Stanislawski, Langen

Information und Anmeldung: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V., Heiglhofstr. 63, 81377 München, Tel.: 089.724968-0, Fax: 089.7192827

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 29.4.2003 (15. Woche)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellen-Ent.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.			Campylobacter-Inf.			Shigellose		
	15.	1.-15.	1.-15.	15.	1.-15.	1.-15.	15.	1.-15.	1.-15.	15.	1.-15.	1.-15.	15.	1.-15.	1.-15.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	50	860	1.202	1	28	17	5	75	83	48	845	1.143	1	20	34
Bayern	74	1.196	1.158	6	61	49	5	113	123	56	1.001	1.095	2	21	50
Berlin	30	395	443	1	2	2	2	58	79	30	530	796	0	20	51
Brandenburg	35	424	575	2	12	6	6	67	66	20	301	417	0	14	1
Bremen	3	63	74	0	8	0	3	13	25	4	97	96	0	3	1
Hamburg	10	171	316	0	12	7	0	4	6	26	303	401	2	14	17
Hessen	37	673	828	1	13	3	1	36	52	25	598	591	2	16	18
Mecklenburg-Vorpommern	14	298	486	0	4	6	7	104	98	22	257	373	0	2	0
Niedersachsen	70	892	1.228	5	33	31	4	53	60	52	722	878	0	6	7
Nordrhein-Westfalen	108	1.779	2.100	3	91	68	16	243	193	143	2.275	2.550	2	22	17
Rheinland-Pfalz	23	538	638	0	20	14	2	38	36	21	408	524	1	6	7
Saarland	1	92	146	0	0	1	0	7	3	3	147	178	0	0	0
Sachsen	27	724	821	0	13	24	8	236	269	38	808	1.011	0	21	16
Sachsen-Anhalt	37	606	639	1	3	2	7	128	139	11	291	342	0	6	2
Schleswig-Holstein	22	295	404	0	5	5	0	23	25	18	284	395	0	1	6
Thüringen	22	519	579	0	6	9	7	134	110	18	358	435	1	12	5
Deutschland	563	9.525	11.637	20	311	244	73	1.332	1.367	535	9.225	11.225	11	184	232

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	15.	1.-15.	1.-15.	15.	1.-15.	1.-15.	15.	1.-15.	1.-15.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	4	56	47	4	34	86	14	269	316
Bayern	12	88	30	1	44	72	22	351	539
Berlin	0	21	35	2	20	18	6	81	38
Brandenburg	0	4	5	0	3	7	1	22	9
Bremen	0	2	5	1	7	3	0	8	14
Hamburg	0	7	17	1	3	9	0	11	15
Hessen	1	40	50	1	26	43	7	139	203
Mecklenburg-Vorpommern	1	3	2	1	5	5	2	29	24
Niedersachsen	1	25	45	2	41	45	10	173	211
Nordrhein-Westfalen	1	94	107	5	94	89	26	239	413
Rheinland-Pfalz	0	22	19	4	26	41	13	98	109
Saarland	0	2	4	0	1	3	1	10	4
Sachsen	0	4	5	1	16	12	2	53	73
Sachsen-Anhalt	3	16	11	2	8	12	2	38	32
Schleswig-Holstein	0	20	24	0	11	13	2	36	44
Thüringen	0	19	8	0	1	15	2	24	23
Deutschland	23	423	414	25	340	473	110	1.581	2.067

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. 29.4.2003 (15. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			Giardiasis			Kryptosporidiose			
15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	
6	115	155	20	2.825	642	161	1.679	2.944	10	131	132	1	8	18	Baden-Württemberg
8	148	168	131	1.518	373	240	2.489	2.855	8	115	117	0	9	6	Bayern
2	50	63	8	988	582	28	1.218	1.372	2	47	65	2	10	5	Berlin
4	80	81	65	2.099	121	150	2.085	2.025	3	16	18	0	2	5	Brandenburg
0	6	24	7	347	4	18	251	102	0	2	5	0	3	3	Bremen
1	43	48	8	854	277	30	435	444	2	26	12	0	1	1	Hamburg
2	69	103	2	975	167	65	1.039	1.294	0	36	43	1	7	9	Hessen
1	56	132	78	1.253	70	145	1.897	2.154	0	23	42	0	9	7	Mecklenburg-Vorpommern
12	183	193	41	3.436	592	165	1.885	1.671	6	37	48	1	16	30	Niedersachsen
16	286	389	84	3.391	235	272	3.344	3.600	14	147	126	2	20	25	Nordrhein-Westfalen
9	90	88	102	2.457	370	171	1.597	1.573	0	26	45	0	1	5	Rheinland-Pfalz
0	25	22	1	308	88	21	319	285	1	6	10	0	0	0	Saarland
9	186	168	51	2.897	1.887	206	4.551	5.145	3	61	49	1	13	19	Sachsen
7	119	111	15	1.261	1.039	157	2.484	2.163	2	24	45	0	7	15	Sachsen-Anhalt
7	51	75	28	981	214	34	494	355	0	15	12	0	0	0	Schleswig-Holstein
8	125	149	13	1.043	253	156	2.163	2.115	0	6	13	0	2	6	Thüringen
92	1.632	1.969	654	26.633	6.914	2.019	27.930	30.097	51	718	782	8	108	154	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr.			Masern			Tuberkulose				
15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
2	31	39	0	14	20	5	221	273	Baden-Württemberg	
1	38	32	3	19	1.363	21	304	307	Bayern	
0	17	10	0	2	14	9	98	98	Berlin	
0	10	5	0	3	1	0	50	56	Brandenburg	
1	6	2	0	10	0	2	19	18	Bremen	
0	8	5	2	4	4	6	59	67	Hamburg	
1	17	19	1	10	19	13	192	260	Hessen	
1	16	7	0	1	2	1	34	42	Mecklenburg-Vorpommern	
1	28	24	2	207	530	11	155	166	Niedersachsen	
0	86	75	4	116	803	30	535	595	Nordrhein-Westfalen	
0	18	8	0	26	124	4	80	83	Rheinland-Pfalz	
0	9	0	0	1	6	6	37	29	Saarland	
0	19	13	0	1	11	5	61	73	Sachsen	
1	25	6	0	4	2	11	71	69	Sachsen-Anhalt	
1	8	10	1	15	9	3	47	72	Schleswig-Holstein	
0	14	10	0	2	12	4	48	41	Thüringen	
9	350	265	13	435	2.920	131	2.011	2.249	Deutschland	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch 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. 29.4.2003 (15. Woche)

Krankheit	15. Woche 2003	1.–15. Woche 2003	1.–15. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	2	17	20	81
Influenza	124	7.866	2.287	2.578
Legionellose	4	70	88	413
FSME	0	1	6	237
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	22	20	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*	0	10	22	54
Listeriose	2	63	60	237
Brucellose	0	8	8	35
Dengue-Fieber#	0	29	55	218
Hantavirus-Erkrankung	2	30	37	228
Leptospirose	0	10	13	58
Ornithose	0	11	11	40
Q-Fieber	2	17	27	191
Tularämie	0	0	2	5
Paratyphus	1	14	18	67
Typhus abdominalis	2	18	10	58
Trichinellose	0	3	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):**Nordrhein-Westfalen, 2 Jahre, männlich (14. Woche)
(14. HUS-Fall im Jahr 2003)

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: 01888.754-26 28
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-24 57
E-Mail: KiehlW@rki.de

Dr. med. Ines Steffens, MPH

Tel.: 01888.754-23 24
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann

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

Fax.: 01888.754-24 59

Vertrieb und AbonentenserviceZeitungs- und Zeitschriften Vertrieb GmbH
Düsterhauptstr. 17, 13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-39 85**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 01888.754-22 65 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