



Epidemiologisches Bulletin

22. August 2003 / Nr. 34

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG): Ergebnisse einer Befragung der Gesundheitsämter zur aktuellen Situation im Meldewesen

Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Januar 2001 wurde die infektionsepidemiologische Überwachung (Surveillance) meldepflichtiger Erkrankungen in Deutschland auf eine neue Basis gestellt. Während nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) die meisten Erkrankungen als aggregierte Fallzahlen gesammelt wurden, findet die Erfassung nun in Form von Einzelfallmeldungen statt, die anhand konkreter Falldefinitionen von den Gesundheitsämtern geprüft und elektronisch über die Landesbehörden an das RKI übermittelt werden. Daraus ergaben sich grundlegende Änderungen der Arbeitsanforderungen in den Gesundheitsämtern.

Im Rahmen der kontinuierlichen Evaluierung des neuen Systems zur Überwachung meldepflichtiger Krankheiten wurde von der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI eine **bundesweite Befragung unter Gesundheitsämtern** durchgeführt, um Hinweise für eine Optimierung des Meldesystems zu erhalten.

Zur Methodik

Im Sommer 2002 wurde eine schriftliche und anonymisierte Befragung aller 425 Gesundheitsämter in Deutschland durchgeführt. Zweig- und Außenstellen wurden nicht getrennt erfasst. Zuvor war ein Fragebogen mit vorwiegend standardisierten Antwortmöglichkeiten konzipiert und im Rahmen einer Pilotstudie getestet worden. Folgende **Kriterien** wurden untersucht:

- ▶ **Ressourcen** (personelle und technische Ausstattung der Gesundheitsämter),
- ▶ **Informationsbedarf** (Zufriedenheit mit bestehenden Angeboten sowie weiterer Bedarf an Fortbildungsangeboten),
- ▶ **Datennutzung** (Umfang eigener Auswertungen der lokalen Meldedaten sowie gewünschte Ergebnisrückkoppelung der bundesweiten Meldedaten),
- ▶ **Akzeptanz** (Erfahrungen mit den Falldefinitionen und dem EDV-gestützten Meldeverfahren).

Ergebnisse

An der bundesweiten Befragung nahmen insgesamt 400 von 425 Gesundheitsämtern (94 %) teil.

Personelle und Technische Ressourcen: Zur Bewältigung der Meldeaufgaben stehen den Gesundheitsämtern durchschnittlich 4,8 Mitarbeiter (Median 4) zur Verfügung. Bezogen auf die Gesamtzahl der Mitarbeiter entspricht dies einem Anteil von 11 %. Die Bearbeitung von Meldedaten erfolgt hauptsächlich durch nichtärztliches Personal (s. Tabelle 1).

Zur elektronischen Erfassung und Übermittlung der Meldedaten steht im bundesweiten Durchschnitt fast jedem Mitarbeiter ein PC zur Verfügung, wobei die **PC-Ausstattung** in den neuen Bundesländern (NBL) deutlich geringer als in

Diese Woche 34/2003

Infektionsschutzgesetz:

Situation im Meldewesen der Gesundheitsämter
– Ergebnisse einer Umfrage des RKI

Tetanus:

Erkrankung nach einer Verletzung im Garten
– Fallbericht

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

2. Mitteilung zum Survey KIGGS
– Methodisches

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
31. Woche
(Stand: 20. August 2003)

Unklare Todesfälle in Altenheimen und Krankenhäusern:

Hinweise aus mehreren Bundesländern



	ABL (n=280)	NBL (n=103)	Gesamt (n=383)
Ärzte	23,4%	15,6%	21,6%
nicht ärztliches Personal	76,6%	84,4%	78,4%
▶ Gesundheitsaufseher/ Hygieneinspektoren	51,2%	62,8%	53,8%
▶ Medizinisch-Techn. Personal	10,4%	6,3%	9,5%
▶ Sozialarbeiter/ TB-Fürsorge	6,7%	12,3%	7,9%
▶ Verwaltungspersonal	8,4%	3,0%	7,2%

Tab. 1: Im Meldewesen tätige Mitarbeiter nach Berufsgruppen in den befragten Gesundheitsämtern

den alten Bundesländern (ABL) ist (U-Test, $p < 0,001$). Drei Gesundheitsämter aus den NBL gaben an, derzeit noch keinen PC für die Bearbeitung von Meldedaten zu besitzen. Für die elektronische Erfassung und Bearbeitung von Meldedaten verwendet rund ein Drittel (32%) der Gesundheitsämter die vom RKI entwickelte und kostenfrei zur Verfügung gestellte Meldesoftware. Fast alle anderen Gesundheitsämter verwenden eines von verschiedenen kommerziell erhältlichen Softwareprogrammen.

Über einen **Internetzugang** verfügen bundesweit 362 Gesundheitsämter (91,4%). Dabei ist die Internetausstattung in den Gesundheitsämtern der NBL gegenüber den ABL geringer (s. Tabelle 2).

Informationsbedarf: Der überwiegende Teil aller Gesundheitsämter ist mit den bestehenden Informationsangeboten des RKI (96,4%) bzw. ihrer Landesstelle (83,7%) zufrieden. Dennoch besteht bei knapp der Hälfte (49,1%) weiterer Fortbildungsbedarf, insbesondere zur richtigen Anwendung der Falldefinitionen und zur EDV. Darüber hinaus werden Schulungen zum IfSG sowie zur Datenauswertung und Interpretation von Laborbefunden gewünscht.

Datennutzung: Eigene Auswertungen der lokalen Meldedaten nehmen bundesweit 65,5% der Gesundheitsämter vor, wobei dies in den NBL mit 76,6% häufiger der Fall ist als in den ABL (61,4%; $p < 0,01$). Ein Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Durchführung von eigenen Datenauswertungen konnte dabei – auch im getrennten Ost/West-Vergleich – nicht festgestellt werden.

Insgesamt wünscht sich knapp die Hälfte (49,9%) der bundesweiten Gesundheitsämter ein umfangreicheres Feedback und möchte neben den Meldedaten, die wöchentlich im *Epidemiologischen Bulletin* veröffentlicht werden, Zugang zu weiteren detaillierten Einzelheiten erhalten. Dabei bekunden insbesondere die Gesundheitsämter aus den ABL ein höheres Interesse (53,2% vs. 40,6%; $p = 0,025$).

Neben der herkömmlichen Berichtsform werden von den Gesundheitsämtern Zusatzinformationen vor allem in

Form von selbst erstellbaren Internetabfragen gewünscht und ein vom Robert Koch-Institut entsprechend geplantes Angebot sehr begrüßt.

Akzeptanz der Falldefinitionen und des EDV-gestützten Meldesystems: Die Anwendung von Falldefinitionen wird bundesweit von 95% aller Gesundheitsämter befürwortet. Kritisch werden jedoch die Übermittlungskriterien der Falldefinitionen beurteilt: In Bezug auf die Vorgaben zum klinischen Bild halten nur 18% der Gesundheitsämter alle Falldefinitionen für eindeutig, beim Labornachweis sind es 34,3% (s. Abbildung 1).

Insbesondere die gegenwärtigen **Falldefinitionen** zur **Hepatitis** bereiten den Gesundheitsämtern aufgrund ungenauer Definitionen zur akuten und chronischen Form Schwierigkeiten. Darüber hinaus wird im Zusammenhang mit den Falldefinitionen ein hoher Ermittlungsaufwand beklagt. Dies betrifft insbesondere die **Tuberkulose**: Hier kritisieren die Mitarbeiter der Gesundheitsämter die umfassenden Zusatzinformationen, die verlangt werden und die oftmals nur schwierig und mit hohem Zeitaufwand zu ermitteln sind.

Ihre **Erfahrungen mit dem EDV-gestützten Meldesystem** bezeichneten 179 von 380 Gesundheitsämtern (47,1%) als sehr gut bzw. gut. Als befriedigend bewerteten 169 (44,5%), als problematisch 32 (8,4%) der Gesundheitsämter die bisherigen Erfahrungen mit der EDV. Die Gesundheitsämter bemängeln dabei, dass einige Softwareprodukte für das Meldewesen die Vorgaben innerhalb des IfSG nicht ausreichend erfüllten und die Benutzerfreundlichkeit zum Teil mangelhaft sei. In Bezug auf diese Punkte sind jedoch Unterschiede zwischen den Softwareprodukten zu erkennen.

Schlussfolgerung aus der Befragung und resultierende Empfehlungen

Die Umsetzung des im IfSG neu geregelten Meldewesens ist angesichts der umfangreichen Neuerungen, die insbesondere auch in den Gesundheitsämtern zu bewältigen waren, erfolgreich verlaufen. Die in den Gesundheitsämtern

	ABL (n=289)	NBL (n=107)	Gesamt (n=396)
Internet			
▶ bei allen PC	73 (25,3%)	7 (6,5%)	80 (20,2%)
▶ bei einigen PC	204 (70,6%)	78 (72,9%)	282 (71,2%)
▶ gesamt:	277 (95,8%) *	85 (79,4%)	362 (91,4%)
kein Internet			
▶ aber in Planung	8 (2,8%)	8 (7,5%)	16 (4,0%)
▶ auch nicht vorgesehen	4 (1,4%)	14 (13,1%)	18 (4,5%)
▶ gesamt:	12 (4,2%)	22 (20,6%)	34 (8,6%)

* signifikant bessere Internetausstattung der ABL gegenüber den NBL (Chi²-Test, $p < 0,001$)

Tab. 2: Internetzugang in den befragten Gesundheitsämtern

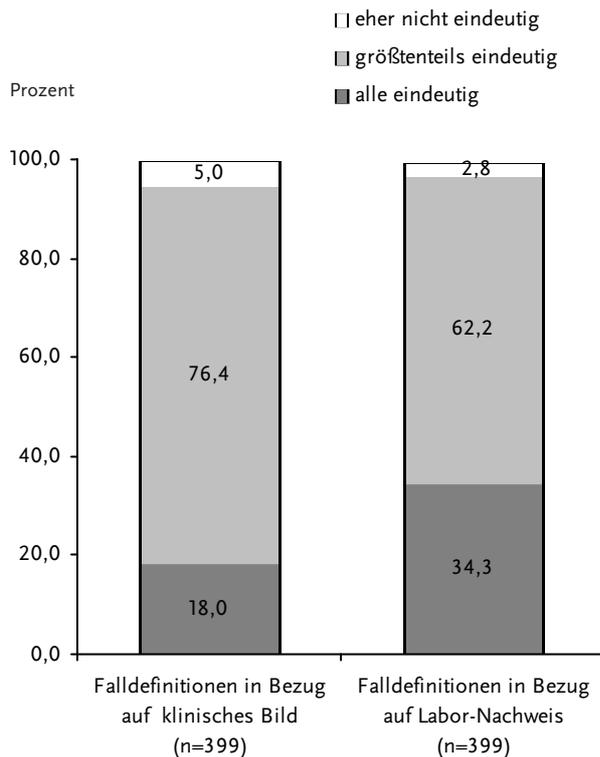


Abb. 1: Bewertung der Falldefinitionen in Bezug auf die Vorgaben zum klinischen Bild und dem labordiagnostischen Nachweis (<1% der Antworten fielen in die Kategorien „weiß nicht“ oder „überhaupt nicht eindeutig“)

vorhandene technische Infrastruktur ist weit fortgeschritten und wird den gestellten Anforderungen weitgehend gerecht. Gleichzeitig bietet die **EDV-Ausstattung** – vor allem die Internetanbindung – eine gute Basis für den Aufbau eines Informations- und Betreuungsnetzwerks innerhalb des ÖGD. Bemerkenswert erscheint, dass es noch einzelne Arbeitsplätze ohne PC und auch eine Reihe von Gesundheitsämtern ohne Internet-Zugang gibt.

Trotz Zufriedenheit mit den bereits vorhandenen Informationsangeboten besteht weiterer **Fortbildungsbedarf**. Informationsbedarf zeigt sich auch in der gewünschten **Ergebnisrückkoppelung** zu den bundesweiten Meldedaten. In diesem Bereich hat das RKI zusätzlich zu den regelmäßigen Veröffentlichungen im *Epidemiologischen Bulletin*, durch das umfangreiche Infektionsepidemiologische Jahrbuch und das Softwareprogramm das Angebot der Ergebnisrückkoppelung an die Gesundheitsämter inzwischen deutlich erweitert.

In Kürze wird durch das RKI auch ein **interaktiver Datenbankzugang über das Internet** frei geschaltet werden, der sich gegenwärtig in der Testphase mit den Landesstellen befindet. Damit wird es allen Gesundheitsämtern und anderen Interessierten möglich sein, eigene differenzierte Abfragen der wöchentlich aktualisierten Meldedaten des gesamten Bundesgebiets durchzuführen.

Bestehende Unterschiede im Ost/West-Vergleich sind einerseits struktureller Art, was die personelle bzw. technische Ausstattung betrifft, zum anderen scheinen verschiedene Prioritäten im Aufgabenspektrum gesetzt zu werden.

So gaben die Gesundheitsämter in den NBL häufiger an, eigene Auswertungen ihrer lokalen Meldedaten vorzunehmen, während umgekehrt die Gesundheitsämter in den ABL vergleichsweise häufiger angaben, Umfelduntersuchungen durchzuführen.

Die **Falldefinitionen** finden in allen Bundesländern eine gleichermaßen hohe Zustimmung, auch wenn Verbesserungen im Detail notwendig sind. Die Einführung der **elektronischen Verarbeitung der Meldungen** wird ebenso befürwortet. Allerdings besteht hier noch erheblicher Verbesserungsbedarf bezüglich der Kompatibilität der verschiedenen Softwareprodukte. Die Hinweise auf den hohen Ermittlungsaufwand bei einzelnen Erkrankungen z. B. bei der Tuberkulose wurden in der in Kürze erscheinenden SurvNet@rki-Version insofern berücksichtigt, als die Eingabemasken um zahlreiche Felder reduziert wurden. So wird mit der neuen Version nicht nur die Erfassung der Tuberkulose, sondern auch die Bearbeitung häufig auftretender Durchfallerkrankungen deutlich vereinfacht.

Folgende **Maßnahmen zur weiteren Optimierung des Meldesystems** sind in Vorbereitung bzw. werden zum Teil bereits umgesetzt:

- ▶ Die **Falldefinitionen** werden derzeit im Hinblick auf inhaltlich-fachliche Aspekte korrigiert und vermutlich in bekannter Form zum Jahreswechsel veröffentlicht. Zugleich wird im RKI derzeit ein neues Falldefinitions-konzept entwickelt, das einige der festgestellten Kritikpunkte systematisch überwinden soll. Dieses Konzept wird nach entsprechender Erprobung vermutlich zum Jahreswechsel 2004/2005 eingeführt werden.
- ▶ Die **Vermeidung Software-bedingter Probleme** bei der Datenverarbeitung und -übermittlung scheint vordringlich. Allerdings ist eine Lösung hier auch deshalb besonders kompliziert, weil in den Gesundheitsämtern sehr verschiedene Softwareprodukte verwendet werden.
- ▶ Die vorhandenen **Informationsangebote** sollen weiter ausgebaut und zusätzlich zielgruppenorientierte Fortbildungsprogramme bereit gestellt werden. Die Tatsache, dass im Meldewesen vor allem nichtärztliches Personal beschäftigt ist, soll dabei besondere Berücksichtigung finden. Wichtige Themenschwerpunkte sind die Anwendung der Falldefinitionen sowie die Erfassung und Übermittlung der Meldedaten per EDV.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI (Fachgebiet "Surveillance"). Ansprechpartner sind Frau Dr. B. Brodhun (E-Mail: BrodhunB@rki.de) und Herr Dr. G. Krause (E-Mail: KrauseG@rki.de).

Fallbericht: Tetanuserkrankung nach Verletzung bei der Gartenarbeit

Der Impfschutz älterer Menschen sollte stärker beachtet werden

Der durch Impfung einfach und sicher vermeidbare Tetanus (Wundstarrkrampf) ist noch weltweit verbreitet. Schwerpunkte der Morbidität ergeben sich in Ländern mit feuchtwarmem Klima und niedrigen Impfraten. In Asien und Afrika liegt die jährliche Inzidenzrate bei 10–50 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Nach Schätzung der WHO sterben weltweit jährlich noch über eine Million Menschen an Tetanus.

In Deutschland wurde der Tetanus infolge der im Kindes- und Jugendalter entscheidend verbesserten Impfraten zu einer Erkrankung älterer Menschen. Die Inzidenz ging in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt stark zurück, so dass seit längerem weniger als 15 Erkrankungen pro Jahr erfasst wurden; in den Jahren 1999 und 2000 wurden nach dem BSeuchG 8 Erkrankungen gemeldet. Die Letalität liegt in Deutschland um 25%. Seit 2001 besteht nach dem Infektionsschutzgesetz keine Meldepflicht mehr, deshalb fehlen gegenwärtig aussagekräftige Daten zur aktuellen Häufigkeit des Tetanus. Die Sporen des anaeroben Erregers Clostridium tetani sind u. a. im Erdreich vorhanden. Jede verschmutzte Wunde – auch wenn es sich um eine Bagatellverletzung handelt – ist mit dem Risiko einer Infektion belastet! Weitere spezielle Informationen können z. B. dem RKI-Ratgeber "Tetanus" entnommen werden (Epid. Bull. 27/2002: 219–221 oder www.rki.de).

Eine 83-jährige Frau, die bisher nie ernstlich krank gewesen war, stolperte am Abend des 21.6.03 bei der Arbeit in ihrem Hausgarten und stürzte in die mit kleinen Eisenstangen befestigten Hortensien. Die großflächige Schürfwunde am linken Unterschenkel wurde von der Tochter sofort versorgt und verbunden. Eine Vorstellung in der Ambulanz des Krankenhauses lehnte die Betroffene wegen „Geringfügigkeit“ der Wunde ab. Nach 14 Tagen traten Halsschmerzen und Schluckbeschwerden auf. Wegen des Verdachts auf eine Erkältung verordnete der Hausarzt Penicillin. Die Wunde wurde inspiziert, sie heilte.

Am nächsten Tag hatte sich der Allgemeinzustand verschlechtert. Es war eine Gesichtslähmung aufgetreten und die Patientin konnte den Mund nur noch schwer öffnen (die Zahnprothese konnte kaum noch entfernt werden). Ein HNO-Arzt, dem sie vorgestellt wurde, wies sie mit der Verdachtsdiagnose Tetanus und wegen der akuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes in ein Krankenhaus ein. In der Notaufnahme des Krankenhauses wurde die Wunde sofort chirurgisch eröffnet (Débridement). Die Patientin erhielt initial 6.000 IE Antitoxin. Da sich der Zustand rasant verschlechterte, musste sie intensivmedizinisch versorgt werden. Wegen eines drohenden Laryngospasmus musste sie nasotracheal intubiert und beatmet werden. Wegen der vollständigen Kiefersperre (Trismus) und Schluckstörungen wurde eine PEG-Sonde gelegt. Die Wunde wurde nochmals chirurgisch versorgt, um eine weitere Toxinbildung zu verhindern. Die Patientin wurde mit Penicillin und Metronidazol (noch vorhandene Tetanuserreger sollten abgetötet werden) und Antitoxin (um noch freies Toxin zu binden) therapiert. Sie erhielt insgesamt 15.000 IE

Antitoxin. Das generalisierte Schmerzsyndrom wurde mit unterschiedlichen Schmerzmitteln behandelt. Da Patientin immer bei Bewusstsein war, war eine massive Sedierung erforderlich.

Der klinische Verlauf war typisch. Der erhöhte Muskeltonus, die Kiefersperre und der Laryngospasmus standen im Vordergrund. Die Elektromyographie zeigte eine Tetanus-typische Enthemmung der Alpha-Motoneurone. An Komplikationen traten eine Aspirationspneumonie und eine erosive hämorrhagische Duodenitis auf. Zusätzlich wurde die Diagnose *Critical-illness-Neuropathie* gestellt.

Der kulturelle Erregernachweis und der Toxinnachweis gelangen leider nicht. Die Diagnose kann aber aufgrund der typischen klinischen Symptome und des Verlaufes als gesichert gelten. Nach 5 Wochen Behandlung auf der Intensivstation wurde die Patientin zur Weiterbehandlung in eine nahegelegene neurologische Reha-Klinik verlegt. Die Prognose wird als günstig eingeschätzt. – Ob die Patientin jemals geimpft worden ist, konnte nicht ermittelt werden. Ein Impfbuch liegt nicht vor.

Kommentar: Ein offensichtlich fehlender Impfschutz – wie im beschriebenen Falle – ist typisch für viele ältere Menschen in Deutschland. Eine Schlussfolgerung aus dieser Fallbeobachtung sollte sein, dem Impfschutz der älteren Menschen vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen und ihn durch geeignete Maßnahmen gezielt zu verbessern. Dies gilt nicht nur für Tetanus, sondern auch für Diphtherie, Influenza, Pneumokokkenerkrankungen und in Endemiegebieten auch für die FSME.

Kinder im Vorschulalter weisen heute Tetanus-Impfraten von über 95%, die Impfraten älterer Menschen dagegen Defizite auf. Nur 65% der 30–39-jährigen und sogar nur 40% der >70-jährigen haben einen aktuellen Impfschutz (Bundesgesundheitsurvey 1998). Abschätzungen über den Verkauf von Impfstoffen bestätigen, dass weit weniger Impfungen durchgeführt werden, als bei Beachten der STIKO-Empfehlungen durchzuführen wären. Im Jahr 2002 ging der Verbrauch des Tetanusimpfstoffs gegenüber 2001 sogar noch leicht zurück. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass bei Erwachsenen weiterhin nur etwa die Hälfte der empfohlenen Impfungen vorgenommen wird. Da die Sporen der Tetanusbazillen ubiquitär vorhanden sind und im täglichen Leben vielfältige Verletzungsmöglichkeiten bestehen, sollte **jeder** Mensch über einen aktuellen Impfschutz verfügen. Die anfangs durch die Grundimmunisierung aufgebaute Impfmunität muss im Abstand von etwa 10 Jahren aufgefrischt werden, im Erwachsenenalter möglichst kombiniert mit einer Auffrischimpfung gegen Diphtherie (s. STIKO-Empfehlungen, Epid. Bull. 32/2003).

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. O. Bock-Hensley, Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises in Heidelberg (E-Mail: Oswinde.Bock-Hensley@Rhein-Neckar-Kreis.de). Dank gilt auch Herrn OA Dr. St. Pfleger, Intensivstation der 1. Medizinischen Klinik der Universität Mannheim für gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und das Überlassen der Daten zum Verlauf der Erkrankung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 20.8.2003 (31. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	147	3.053	3.553	4	61	48	5	180	196	119	2.504	2.889	0	48	85		
Bayern	208	3.704	4.002	6	155	138	16	353	321	153	2.743	3.442	0	48	92		
Berlin	66	1.099	1.479	0	7	7	3	120	136	49	1.292	1.998	0	33	82		
Brandenburg	66	1.292	1.737	0	24	11	2	132	120	48	824	1.094	0	19	6		
Bremen	3	144	188	0	9	3	0	25	56	9	216	246	0	5	3		
Hamburg	30	580	803	1	29	18	0	17	16	33	798	1.114	1	27	32		
Hessen	118	2.245	2.432	0	19	9	1	72	90	73	1.630	1.524	2	29	37		
Mecklenburg-Vorpommern	53	954	1.330	0	6	13	3	169	183	53	794	1.046	0	5	2		
Niedersachsen	135	2.765	3.360	1	74	94	5	135	143	93	1.901	2.402	0	15	24		
Nordrhein-Westfalen	379	5.967	5.402	7	165	178	20	490	437	285	5.547	6.782	3	40	32		
Rheinland-Pfalz	106	1.789	2.051	1	48	36	5	104	77	60	1.139	1.353	1	13	15		
Saarland	16	321	365	0	2	4	0	14	10	36	457	491	0	0	2		
Sachsen	141	2.606	2.807	0	46	37	12	466	504	60	1.959	2.596	2	37	61		
Sachsen-Anhalt	74	1.587	1.716	0	8	11	14	231	271	34	717	874	0	10	9		
Schleswig-Holstein	76	1.048	1.095	1	22	19	2	54	48	34	845	1.186	0	3	14		
Thüringen	79	1.511	1.682	1	16	22	8	274	228	45	877	1.101	1	22	43		
Deutschland	1.697	30.665	34.002	22	691	648	96	2.836	2.836	1.184	24.243	30.138	10	354	539		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	0	87	73	0	92	139	13	587	629		
Bayern	1	159	60	1	104	121	29	851	980		
Berlin	3	49	58	2	50	43	13	251	93		
Brandenburg	0	7	8	0	9	15	2	48	23		
Bremen	0	5	9	0	9	10	2	30	36		
Hamburg	1	15	27	0	14	15	1	31	30		
Hessen	1	62	77	2	57	80	6	324	414		
Mecklenburg-Vorpommern	0	14	3	1	7	11	1	61	51		
Niedersachsen	1	39	84	2	88	96	11	404	467		
Nordrhein-Westfalen	2	147	167	7	193	185	20	511	805		
Rheinland-Pfalz	1	36	30	2	47	65	4	191	216		
Saarland	0	3	6	0	7	8	0	23	17		
Sachsen	1	13	10	1	26	26	7	120	145		
Sachsen-Anhalt	0	40	15	0	23	21	3	95	69		
Schleswig-Holstein	0	25	29	0	14	25	0	72	82		
Thüringen	1	26	12	1	8	21	2	60	53		
Deutschland	12	727	668	19	748	881	114	3.659	4.110		

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. 20.8.2003 (31. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	
7	267	300	11	3.158	1.132	9	2.869	4.341	10	274	281	3	34	38	Baden-Württemberg
12	324	360	11	1.857	768	8	4.095	4.359	14	232	262	1	23	15	Bayern
5	141	146	3	1.147	702	2	1.439	1.770	5	105	139	1	17	14	Berlin
4	178	222	21	2.618	486	6	2.704	2.709	0	36	38	0	4	7	Brandenburg
0	19	45	4	388	57	1	299	187	0	9	8	0	5	8	Bremen
4	95	104	0	958	349	0	661	658	2	64	47	0	2	1	Hamburg
5	195	224	2	1.126	591	6	1.679	1.854	2	93	114	0	14	19	Hessen
5	120	220	27	1.749	213	7	2.668	3.639	3	72	77	2	17	20	Mecklenburg-Vorpommern
9	386	432	14	4.307	974	3	3.052	2.790	3	91	94	1	30	68	Niedersachsen
18	618	733	21	4.111	704	21	5.095	5.509	4	271	295	6	58	51	Nordrhein-Westfalen
4	204	191	6	2.925	845	10	2.388	2.317	3	66	73	0	9	10	Rheinland-Pfalz
2	60	47	2	386	392	0	484	484	0	10	17	0	0	0	Saarland
7	428	420	14	4.113	3.477	15	6.890	7.647	0	118	112	5	38	48	Sachsen
12	298	293	7	1.786	1.600	6	3.068	3.240	0	44	78	2	15	29	Sachsen-Anhalt
6	126	162	20	1.379	337	2	732	655	0	24	24	0	0	3	Schleswig-Holstein
13	347	336	13	1.572	442	9	2.918	3.587	1	18	33	1	11	11	Thüringen
113	3.806	4.235	176	33.580	13.069	105	41.041	45.746	47	1.527	1.692	22	277	342	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
0	49	64	1	26	37	14	566	550	Baden-Württemberg	
0	69	62	0	35	1.578	14	612	619	Bayern	
0	21	27	0	2	23	9	229	243	Berlin	
0	18	16	0	5	3	0	130	120	Brandenburg	
0	7	4	1	30	3	3	41	47	Bremen	
0	12	13	0	5	11	5	148	137	Hamburg	
0	26	29	0	12	81	11	394	491	Hessen	
0	23	12	0	2	4	0	64	74	Mecklenburg-Vorpommern	
0	42	37	0	227	832	8	374	382	Niedersachsen	
2	138	126	5	292	1.431	30	1.078	1.233	Nordrhein-Westfalen	
0	24	17	0	34	275	20	203	207	Rheinland-Pfalz	
1	13	2	0	1	6	0	70	70	Saarland	
0	21	24	0	1	12	3	154	172	Sachsen	
0	36	13	0	6	9	2	122	162	Sachsen-Anhalt	
0	13	17	0	20	35	2	108	141	Schleswig-Holstein	
0	20	19	0	2	20	1	84	86	Thüringen	
3	532	482	7	700	4.360	122	4.377	4.734	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. 20.8.2003 (31. Woche)

Krankheit	31. Woche 2003	1.–31. Woche 2003	1.–31. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	6	211	55	81
Influenza	1	8.119	2.540	2.578
Legionellose	7	180	197	413
FSME	14	179	139	238
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	43	34	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*	0	30	40	55
Listeriose	5	135	128	237
Brucellose	0	12	21	35
Dengue-Fieber#	2	60	153	218
Hantavirus-Erkrankung	2	79	143	228
Leptospirose	0	18	19	58
Ornithose	0	23	23	40
Q-Fieber	3	350	134	191
Tularämie	0	0	2	5
Paratyphus	0	34	38	67
Typhus abdominalis	0	35	33	58
Trichinellose	0	3	0	10

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**Zu einer Häufung von hochfieberhaften Erkrankungen und Todesfällen in mehreren Bundesländern**

Am 14. August 2003 informierte das Robert Koch-Institut (RKI) die Bundesländer vorab über das gemeldete Auftreten von ungeklärten Todesfällen in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen und einem Altenpflegeheim in Baden-Württemberg. Gemeinsame Merkmale der Fälle waren plötzlich auftretendes Fieber (in manchen Fällen bis über 42°C) und eine Exsikkose ohne Durchfallerkrankung. Seit der 33. Kalenderwoche wurden dem RKI von 7 Gesundheitsämtern aus 4 Bundesländern (Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) Häufungen sowie einzelne Fälle von ungeklärten Erkrankungs- und Todesfällen mit diesen klinischen Symptomen mitgeteilt. Die bisherigen Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf eine gemeinsame infektiöse Ursache. In den einzelnen Bundesländern laufende Nachforschungen sollen klären, welcher Anteil der Fälle auf infektiöse Ursachen zurückgeführt werden kann oder ob es sich bei der Mehrzahl der Fälle um eine direkte oder indirekte Folge der außergewöhnlichen Hitzewelle der letzten Wochen handelt. Diese Untersuchungen dauern derzeit noch an.

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 mit EHEC-Nachweis oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Erkrankungen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@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>.

DruckDIE PARTNER, KRONAUER & FRIENDS,
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