



# Epidemiologisches Bulletin

13. Februar 2004 / Nr. 7

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Salmonella Anatum – vermehrte Infektionen im Jahr 2003

Auf dem Meldeweg werden jährlich über 70.000 Fälle von Salmonellose an das RKI übermittelt. Davon entfallen etwa 85% auf die beiden *Salmonella enterica* subsp. *enterica* Serovare *Enteritidis* und *Typhimurium*. Für die übrigen 15% der Erkrankungen sind verschiedene, vergleichsweise seltene Serovare verantwortlich. *Salmonella Anatum* nahm im Jahr 2002 Rang 23 in der nach Häufigkeit geordneten Liste der Salmonellen-Serovare ein. Im Sommer 2003 wurde im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg, ein im Vergleich zu den Vorjahren starker Anstieg von *S.-Anatum*-Labornachweisen beobachtet (s. a. *Epid. Bull.* 33/03). Wir berichten über die bisherigen Ergebnisse der in diesem Zusammenhang durchgeführten epidemiologischen und mikrobiologischen Untersuchungen:

Im Juli 2003 informierte das NRZ für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg die Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts über eine deutliche Zunahme von Einsendungen von Isolaten des Serovars *Salmonella Anatum* Variante O15 gegenüber dem Vorjahr. Auch in den gemäß IfSG erhobenen Meldedaten war auf nationaler Ebene eine – allerdings weniger ausgeprägte – Zunahme von Erkrankungen an *S. Anatum* zu verzeichnen, wobei aber nicht nach Varianten unterschieden werden konnte. In den Folgewochen nahm die Zahl der Isolate von *S. Anatum* Var. O15 im NRZ Hamburg weiter zu. Diese stammten, wie auch die dem RKI übermittelten Fälle, fast ausschließlich aus den westlichen Regionen der Bundesrepublik.

### S. Anatum – Übersicht

Der Serovar *Anatum* gehört zur O-Antigen-Gruppe E1 von *Salmonella enterica* subsp. *enterica*. Es lassen sich drei O-Antigen-Varianten unterscheiden: O<sub>3,10</sub> von O<sub>3,15</sub> und O<sub>3,15,34</sub>. Die Veränderungen zu O15 bzw. weiter zu O<sub>15,34</sub> werden durch zwei Epsilon-Phagen bewirkt. Die im Text als *S. Anatum* Var. O15 bezeichnete Variante wurde früher *S. Newington* genannt.

Die Vertreter von *S. enterica* subsp. *enterica*, außer *S. Typhi* und *S. Paratyphi*, sind Erreger von Zoonosen. Sie haben jedoch ein unterschiedliches tierisches Reservoir. Salmonelleninfektionen beim Menschen sind größtenteils auf kontaminierte Lebensmittel zurückzuführen, in seltenen Fällen erfolgt eine direkte Erregerübertragung durch infizierte Tiere oder Menschen.

Eine Infektion mit *S. Anatum* kann beim Menschen eine akute Enterokolitis auslösen, die mit Fieber, Kopf- und Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen einhergehen kann. Komplikationen wie eine Septikämie kommen selten vor. Bei Kleinkindern und älteren Menschen kann die mit der Erkrankung einhergehende Dehydrierung bedrohliche Ausmaße annehmen. Die Therapie erfolgt überwiegend symptomatisch durch Elektrolyt- und Flüssigkeitsausgleich.

### Zum Untersuchungsablauf

Nach Bekanntwerden der Häufung von *S.-Anatum*-O15-Fällen informierte das RKI die Bundesländer über das Geschehen und bat um weitere Nachforschungen durch die Gesundheitsämter. Darüber hinaus erfolgte eine kontinuierliche Analyse der IfSG-Meldedaten mit ständiger Aktualisierung der epidemischen Kurve und es wurde eine aktive Fallsuche betrieben. Hierzu wurden die Informationen der beiden Standorte des NRZ in Hamburg und Wernigerode über dort eingegangene *S.-Anatum*-Isolate mit den an das RKI übermittelten Fallmeldungen abgeglichen.

Diese Woche

7/2004

### Salmonellosen:

Häufung von Infektionen mit *Salmonella Anatum* in Deutschland 2003

### Haemophilus-influenzae-Erkrankungen:

Konsiliarlabor in Mainz neu ernannt

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen November 2003 (Stand: 1. Februar 2004)
- ▶ Aktuelle Statistik 4. Woche 2004 (Stand: 11. Februar 2004)

### Influenza:

- ▶ Hinweise zur aktuellen Situation
- ▶ Geflügelpest in Asien



Die Gesundheitsämter führten eine Befragung der bekannten und neu auftretenden *S.-Anatum*-Fälle durch und erhoben anhand eines standardisierten explorativen Fragebogens Informationen zu demografischen Merkmalen, zum Verlauf und klinischen Bild der Erkrankung sowie zur Verzehr- und Reiseanamnese für die letzten 72 Stunden vor Erkrankungsbeginn.

In die Befragung wurden alle *S.-Anatum*-Erkrankungsfälle eingeschlossen, ausgeschlossen wurden asymptomatische Infektionen und Fälle, bei denen das Isolat der O<sub>3,10</sub>-Variante zugeordnet werden konnte.

## Ergebnisse

**Analyse der IfSG-Daten:** Bis zum Jahresende 2003 (Datenstand 29.1.2004) wurden dem RKI insgesamt 175 Infektionen mit *S. Anatum* übermittelt (s. Abb. 1). In 47% der Fälle fand sich der O-Antigentyp O<sub>15</sub>, in 9% der Typ O<sub>10</sub>. Für die übrigen Fälle (44%) lagen keine Informationen zum O-Antigentyp vor. Die Gesamtzahl der übermittelten Fälle entspricht einer Zunahme von 111% gegenüber 2002 (83 Fälle) und 192% gegenüber 2001 (63 Fälle). Von den 175 im Jahr 2003 übermittelten Fällen entsprachen 149 der Referenzdefinition (85%), die übrigen waren Labornachweise bei nicht erkrankten Personen oder Personen mit unbekanntem klinischem Bild. Die Zahl von Isolaten vom Antigentyp O<sub>10</sub> war gegenüber den Vorjahren nicht erhöht, so dass die Häufung auf eine Zunahme der Infektionen mit dem Antigentyp O<sub>15</sub> zurückzuführen ist.

Die meisten Erkrankungsfälle (90%) wurden zwischen Mai und Dezember 2003, also nach der 18. Meldewoche gemeldet. Auch in den Jahren 2002 und 2001 war ein Sommergipfel zu beobachten, der allerdings deutlich flacher verlief. Außer 8 Fällen, die insgesamt 3 kleinen Herden zugeordnet waren, handelte es sich bei den übermittelten Fällen durchweg um Einzelmeldungen. Frauen waren mit 58% der Betroffenen etwas überrepräsentiert. Zwölf Prozent der Erkrankungsfälle waren < 20 Jahre alt, 15% waren 70 Jahre und älter. Die Inzidenz war bei Kindern und Jugendlichen < 20 Jahren mit 0,132 pro 100.000 Einwohner der Altersklasse geringer als bei Erwachsenen (0,239 pro 100.000 Einw. d. Altersklasse). Unter den Erwachsenen waren alle Altersgruppen ähnlich stark betroffen.

Die übermittelten Infektionen waren ungleichmäßig auf die Bundesländer verteilt (s. Abb. 2). Nordrhein-Westfalen (n=49) und Niedersachsen (n=26) verzeichneten die meisten Infektionen. Die Inzidenz war am höchsten im Saarland (0,56/100.000 Einw.), gefolgt von Rheinland-Pfalz (0,42) und Hamburg (0,40). Ebenfalls über der bundesdeutschen Inzidenz von 0,21 pro 100.000 Einwohner lagen Hessen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen (diese 6 Bundesländer werden folgend als „Häufungsgebiet“ bezeichnet). Nach Osten bzw. Süden und Norden hin nahm die Inzidenz ab und war am geringsten in Sachsen, Bayern und Brandenburg.

Der Anteil der Fälle, bei denen der O-Antigentyp differenziert wurde, lag in allen Bundesländern bei etwa 40%. Im „Häufungsgebiet“ war der Anteil von Typ-O<sub>15</sub>-Isolaten an den differenzierten Fällen mit 88% (61 von 69) signifikant höher als in den fünf neuen Bundesländern (61%, 8 von 13; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0,05$ ).

Eine Umfrage über das europäische Surveillance-Netzwerk für enterale bakterielle Infektionen „Enter-net“ ergab keine Hinweise auf eine Zunahme von *S.-Anatum*-Meldungen in anderen europäischen Ländern.

**Auswertung der Befragungen:** Von den insgesamt 175 übermittelten Fällen erfüllten 128 das Einschlusskriterium für die epidemiologische Befragung: nicht asymptomatisch, kein Antigentyp O<sub>10</sub>. Zwischen August und Jahresende 2003 gingen dem RKI 56 ausgefüllte Fragebögen zu (Rücklauf 44%).

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 7 Tage, der Median lag bei 5 Tagen. Vierzig Prozent der Befragten waren wegen einer Salmonellose stationär im Krankenhaus behandelt worden. Außer den im Rahmen von Herdmeldungen erfassten Fällen gaben nur 2 weitere Befragte an, dass in ihrem Umfeld zeitgleich Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen aufgetreten waren.

Nur einzelne Befragte hatten im Zeitraum von 72 Stunden vor Symptombeginn außerhalb des eigenen Haushaltes gegessen, gaben Kontakt mit Tieren oder Reisen an. Aus den Angaben zur Art der verzehrten Nahrungsmittel ergab sich kein konkreter Verdacht auf ein Nahrungsmittel als Vehikel für eine Infektion.

Anzahl d. übermittelten Fälle

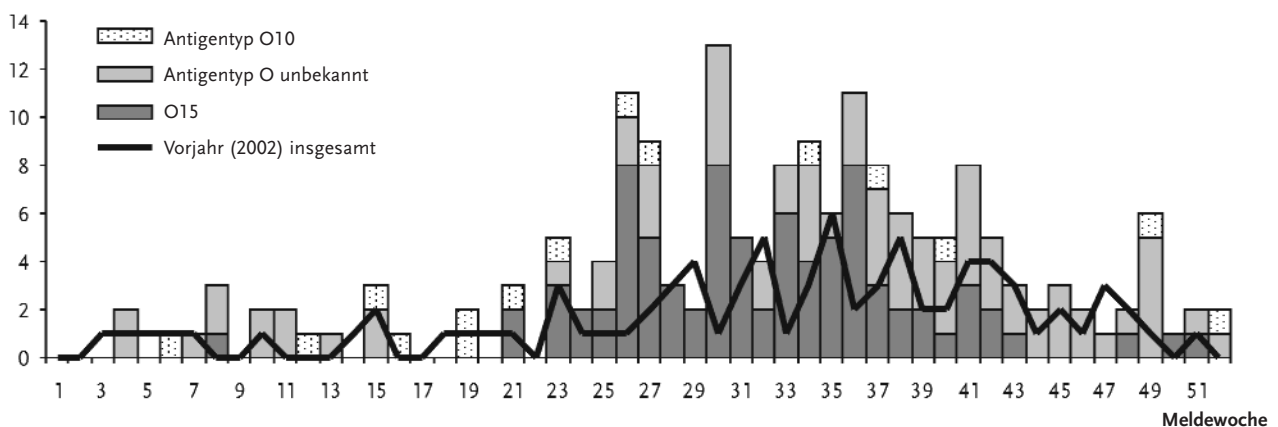


Abb. 1: Übermittelte Fälle von *Salmonella Anatum* nach Meldewoche, Deutschland 2003 (n=175)

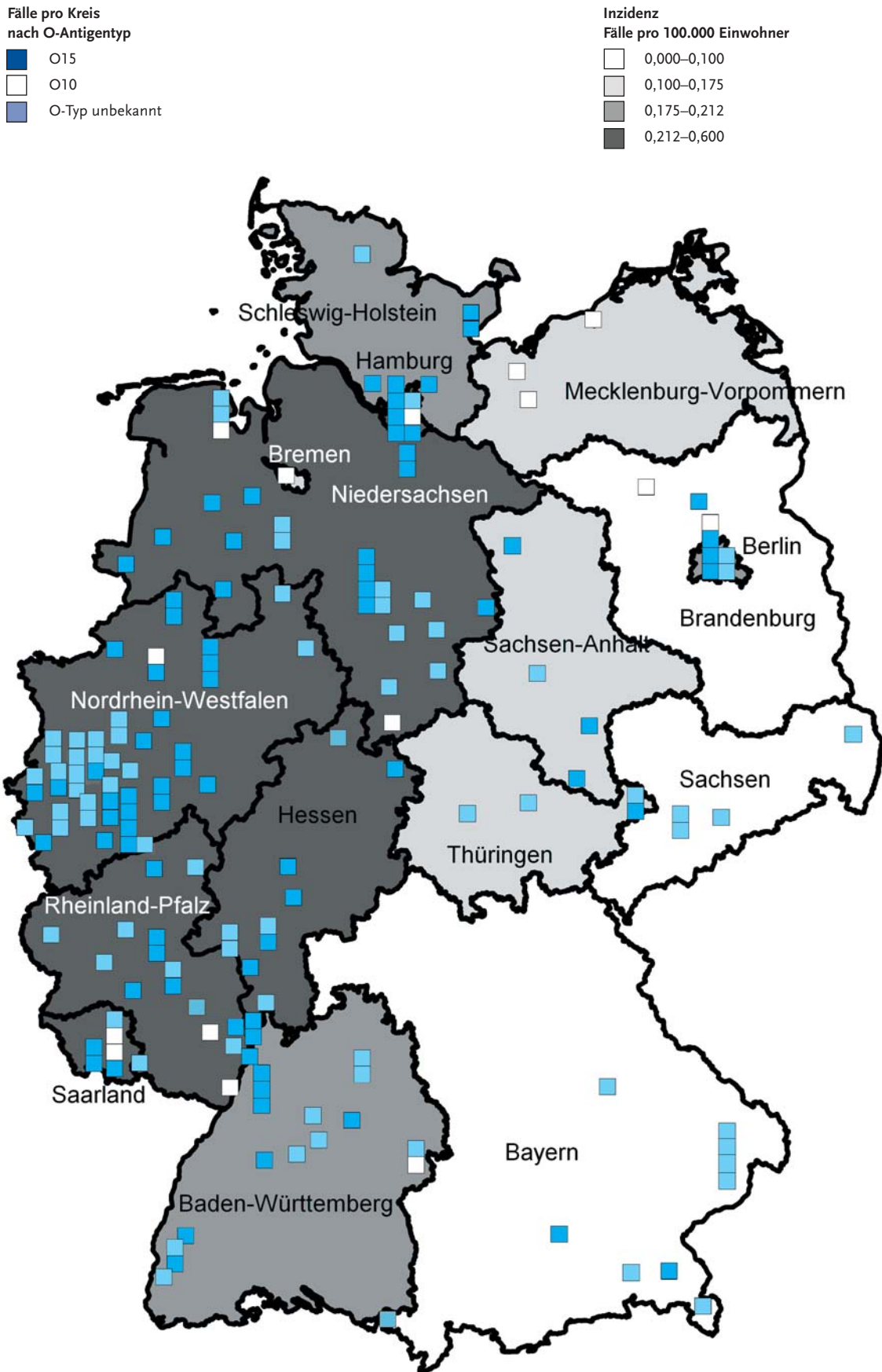


Abb. 2: Räumliche Verteilung und Inzidenz der übermittelten Fälle von *S. Anatum*, Deutschland 2003

**Laboruntersuchungen:** Um einen möglichen Ausbruchsklon identifizieren zu können und Hinweise auf eine gemeinsame Infektionsquelle zu erhalten, wurden am NRZ in Hamburg molekularbiologische Untersuchungen zur weiteren Feintypisierung der verfügbaren humanen und Legensmittel-Isolate von *S. Anatum* O15 durchgeführt.

In der Pulsfeld-Gelelektrophorese (PFGE) nach Makrorestriktionsanalyse wiesen alle untersuchten Isolate ein identisches Muster auf. Auch mit Hilfe der Ribotypisierung war keine Differenzierung der Isolate möglich. Eine denkbare Erklärung für diese Befunde ist, dass es sich tatsächlich um einen einheitlichen Ausbruchsklon handelt. Andererseits ist es jedoch möglich, dass die eingesetzten Methoden nicht trennscharf genug sind, um verschiedene Stämme zu differenzieren.

Die Ergebnisse der Testung der Isolate auf Antibiotika-Resistenz erlauben ebenfalls keine abschließende Aussage, ob es sich um verschiedene Klone handelt. Auf der Basis der bisherigen Laborergebnisse kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei allen Isolaten ein einziger Klon vorliegt.

Weitere Methoden der molekularen Differenzierung werden zur Zeit geprüft.

### Schlussfolgerungen

Trotz eingehender epidemiologischer Untersuchungen, die sowohl eine intensive Befragung der Patienten als auch molekularbiologische Analysen umfassten, können keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Ursachen des Anstiegs von *S.-Anatum*-O15-Infektionen im Jahr 2003 bzw. mögliche Infektionsquellen gezogen werden.

Die Fälle sind räumlich verstreut und treten zumeist vereinzelt auf. Außerhalb Deutschlands wurde in Europa bisher kein Anstieg von *S.-Anatum*-Infektionen registriert. Es fällt auf, dass die jährliche Inzidenz von *S.-Anatum*-Fällen bei einer jeweils saisonalen Häufung im Sommer und Herbst seit 2001 zunimmt, während gleichzeitig die Gesamt-

inzidenz der Salmonellen zurückgeht. Dies könnte darauf hinweisen, dass sich der Erreger zunehmend in Deutschland etabliert (z. B. in einem Tierreservoir bzw. in Lebensmitteln tierischen Ursprungs oder in von Tieren kontaminierten Lebensmitteln). Das saisonale Muster ist möglicherweise beeinflusst von einem jahreszeitlichen Vorkommen des Erregers in bestimmten Lebensmitteln oder aber von Verzehr- und Verhaltensfaktoren. Für ein Lebensmittel als Infektionsquelle könnte auch die Tatsache sprechen, dass in den direkt an das Häufungsgebiet angrenzenden Niederlanden im Jahr 2003 keine Zunahme von *S.-Anatum*-Infektionen beobachtet wurde. Möglicherweise liegen der Häufung regionale Verzehrgeohnheiten, die durch die Befragung nicht aufgedeckt wurden, oder aber innerdeutsche regionale Warenströme kontaminierter Lebensmittel zu Grunde.

Die beschriebene Häufung zeigt erneut die Bedeutung der Netzwerke der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. Durch eine enge Kooperation der NRZ, des RKI sowie der Gesundheitsämter und Landesstellen in den verschiedenen Bundesländern werden Ausbrüche und wichtige epidemiologische Trends frühzeitig erkannt und können so untersucht werden um ggf. frühzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können.

Die Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI und das nationale Referenzzentrum werden die Situation im Hinblick auf *S. Anatum* auch im Jahr 2004 beobachten und im Falle eines erneuten saisonalen Aufflammens der Häufung diese weiter eingehend untersuchen.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI (FG 35).  
**Ansprechpartnerin** ist Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de).

Dank für ihre Mitarbeit gilt allen beteiligten Institutionen, insbesondere den Gesundheitsämtern, die Befragungen durchgeführt haben, dem NRZ für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger (Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg und RKI, Standort Wernigerode), den Landesgesundheitsbehörden und dem BfR.

## Mitteilungen und Hinweise

### Konsiliarlaboratorium für *Haemophilus influenzae* neu berufen

#### Konsiliarlaboratorium für *Haemophilus influenzae*

**Erreger:** *Haemophilus influenzae*  
**Institution:** Zentrum für Präventive Pädiatrie  
Johannes Gutenberg-Universität

**Ansprechpartner:** Herr Prof. Dr. H.-J. Schmitt  
**Telefon:** 06131-175033 oder -5743 (Labor)  
**Telefax:** 06131-175662  
**E-Mail:** hjschmit@mail.uni-mainz.de  
**Homepage:** <http://www.pid-ari.net/Links/hib-Navigation.htm>

#### Leistungsübersicht

- ▶ Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren;
- ▶ Bereitstellung von Isolaten für Labore für die Entwicklung von neuen Diagnostika;
- ▶ Erprobung von neuen Methoden zum Nachweis von *Haemophilus influenzae* und anderen Erregern einer Meningitis;
- ▶ Beratungstätigkeit für Ärzte, Labore, Forschungseinrichtungen und Laien;
- ▶ Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und Versandbedingungen;

- ▶ Beratung und Mitarbeit bei Studien und Ringversuchen;
- ▶ epidemiologische Bewertung der Situation von *Haemophilus influenzae* und Durchführung von Untersuchungen zum Nachweis der Häufigkeit von invasiven *Haemophilus*-Infektionen bei Kindern.

Bei Einsendung von Material wird um vorherige telefonische Absprache mit dem Labor gebeten. Die Typisierung von Isolaten von normalerweise sterilen Körperstellen ist für den Einsender dann kostenfrei.

Ein Verzeichnis aller Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien ist im Internet unter der [www.rki.de](http://www.rki.de) veröffentlicht. Die Ausgabe C/2002 des *Epidemiologischen Bulletins* vom 19.12.2002 kann beim RKI bezogen werden (kostenfrei bis zu 3 Exemplare bei Einsendung einer Briefmarke im Wert von 1,44 Euro an: RKI, Nordufer 20, 13353 Berlin).

#### Hinweise in eigener Sache

- ▶ Der RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblatt für Ärzte – „Kopflausbefall“ (*Epid. Bull.* 47/2003) wurde in der Rubrik „Therapie“ überarbeitet. Er steht in einer aktualisierten Version im Internet unter: [www.rki.de/INFEKT/INF\\_A-Z/RAT\\_MBL/KOPFLAUSBEFALL.PDF](http://www.rki.de/INFEKT/INF_A-Z/RAT_MBL/KOPFLAUSBEFALL.PDF).
- ▶ **Achtung!** Die Seiten 32–42 des aktuellen Jahrganges wurden versehentlich doppelt vergeben. Wir bitten daher beim Zitieren zu beachten, dass die Seiten 33–42 der Ausgabe 5 des *Epidemiologischen Bulletins* 2004 zusätzlich mit dem Buchstaben a versehen werden sollen (Beispiel: *Epid. Bull.* 2004; 5: 33a–36a).

## Aktuelles zum Kinder- und Jugendsurvey des RKI (KiGGS): Zur Erhebung von Daten zur Gesundheit von Migrantenkindern



Eines der Anliegen von KiGGS ist es, erstmals aussagekräftige Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien zu gewinnen. Dazu ist es erforderlich, dass sich eine ausreichende Zahl von Migranten an der Studie beteiligt. Wie die Ergebnisse der Pilotphase des Surveys zeigen, bestehen aber für Migranten höhere Schwellen für eine Teilnahme. Ein **Grund für die Nichtteilnahme** sind erwartungsgemäß Sprachbarrieren. Migranten sind außerdem seltener erreichbar als Nichtmigranten. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sie überwiegend in Großstädten leben und jüngeren Alters sind und Großstädter sowie jüngere Menschen generell schlechter erreichbar sind. In der Pilotstudie begründeten Migranten ihre Nichtteilnahme am häufigsten mit fehlendem Interesse an der Studie. Hinter dieser Begründung verbirgt sich u. a. bei aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit die Angst vor einer Gesundheitskontrolle mit möglichen negativen Konsequenzen, die Furcht, für die medizinischen Untersuchungen etwas bezahlen zu müssen, oder aber die Überzeugung, Gesundheitsuntersuchungen seien nur im akuten Krankheitsfall sinnvoll.

Mit KiGGS können Maßstäbe für eine migrantensensible epidemiologische Forschung gesetzt werden. Die im Folgenden dargestellten besonderen Anstrengungen, um die Teilnahme von Migranten zu erhöhen, sind ein Novum für bundesweite Gesundheitssurveys.

- ▶ Ziehung einer überproportionalen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (Oversampling) im Rahmen der Stichprobenziehung über das Einwohnermelderegister.
- ▶ Versendung deutscher und übersetzter Einladungsschreiben.
- ▶ Zuordnung des übersetzten Anschreibens zur richtigen Herkunftssprache unter Anwendung eines Onomastik-Verfahrens, das ausgehend von Vor- und Zunamen Rückschlüsse auf die jeweilige Sprache erlaubt.

- ▶ Eingehen und Entkräften typischer Vorbehalte und Ängste in den Einladungsschreiben.
- ▶ Flankierende migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit durch die Einbeziehung von Medien, die sich an in Deutschland lebende Migranten richten.
- ▶ Information möglicher Multiplikatoren wie Ausländerbeauftragte, Mitarbeiter von Beratungsstellen, islamischen Gemeinden und Migrantenorganisationen über die Ziele der Studie.
- ▶ Differenzierte Non-Responder-Analysen nach Migrantengruppen als Basis für eine zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit.
- ▶ Einsatz von in sechs Sprachen übersetzten Fragebögen in den Untersuchungszentren (Arabisch, Englisch, Russisch, Serbokroatisch, Türkisch, Vietnamesisch) um eine Teilnahme auch bei geringen Deutschkenntnissen zu ermöglichen.

Oftmals scheitern migrantensensible Auswertungen nicht nur an zu geringen Fallzahlen, sondern auch an der fehlenden Möglichkeit, Migranten als solche im Datensatz zu identifizieren. Das in der Befragung des KiGGS eingesetzte Instrument erlaubt es, Migranten (inkl. Eingebürgerte, Aussiedler und Kinder mit doppelter Staatsangehörigkeit) und Kinder, die in binationalen Familien leben, zu erkennen. Sofern es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in ausreichender Zahl in die Studie einzubeziehen, sind damit die Voraussetzungen für eine migrantensensible Datenauswertung gegeben.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. – Anfragen per E-Mail an: Frau Liane Schenk (SchenkL@rki.de).

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: November 2003 (Stand v. 1.2.2004) 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.		
	Nov.	kum.	kum.	Nov.	kum.	kum.	Nov.	kum.	kum.	Nov.	kum.	kum.	Nov.	kum.	kum.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	18	200	193	18	221	217	19	145	132	2	18	12	0	2	4
Bayern	29	285	238	21	293	268	22	113	153	1	10	7	0	2	1
Berlin	51	568	445	24	256	202	3	61	69	0	1	2	0	2	1
Brandenburg	4	48	32	1	23	21	0	9	7	0	0	0	0	1	1
Bremen	2	39	13	0	13	16	0	8	13	0	0	0	0	0	0
Hamburg	9	198	158	17	149	124	13	83	75	0	3	0	0	0	0
Hessen	26	246	241	10	122	115	6	61	60	0	3	0	0	2	3
Mecklenburg-Vorpommern	3	15	16	0	8	27	1	5	3	0	0	1	0	1	0
Niedersachsen	12	184	133	5	76	87	4	27	41	0	4	2	0	1	0
Nordrhein-Westfalen	63	605	460	32	325	326	12	153	167	1	26	11	1	3	1
Rheinland-Pfalz	10	76	72	8	53	57	0	34	26	2	8	0	0	1	0
Saarland	2	15	16	1	14	13	0	2	4	0	0	2	0	0	1
Sachsen	20	119	106	0	23	29	2	21	19	0	1	1	0	1	2
Sachsen-Anhalt	2	30	31	0	30	30	0	8	2	0	0	1	0	0	2
Schleswig-Holstein	3	46	36	1	22	24	2	15	15	0	1	0	0	1	1
Thüringen	1	18	28	0	8	16	1	6	8	0	1	0	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>255</b>	<b>2.692</b>	<b>2.218</b>	<b>138</b>	<b>1.636</b>	<b>1.572</b>	<b>85</b>	<b>751</b>	<b>794</b>	<b>6</b>	<b>76</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>17</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 11.2.2004 (4. Woche)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	47	209	346	1	4	7	6	15	27	71	297	259	3	8	7
Bayern	65	243	402	3	11	9	7	35	31	86	297	320	4	5	7
Berlin	21	73	84	0	0	1	1	8	16	25	126	153	1	3	10
Brandenburg	35	104	103	0	0	0	4	12	16	22	80	91	0	2	2
Bremen	4	16	18	0	0	1	1	2	3	6	31	22	0	0	1
Hamburg	15	61	49	1	2	5	0	2	2	27	117	93	0	1	5
Hessen	33	140	177	0	0	1	2	4	11	49	199	159	2	3	4
Mecklenburg-Vorpommern	19	75	93	0	1	1	9	23	15	16	53	59	3	3	1
Niedersachsen	74	256	275	1	5	9	4	13	14	59	230	198	1	2	0
Nordrhein-Westfalen	124	480	500	2	10	17	17	53	61	193	757	719	1	3	7
Rheinland-Pfalz	31	121	173	3	8	6	3	12	6	28	135	123	0	3	3
Saarland	5	16	33	0	0	0	1	1	2	12	51	57	0	1	0
Sachsen	40	158	260	1	3	1	9	36	41	36	185	218	0	0	7
Sachsen-Anhalt	38	119	178	1	1	0	16	36	29	23	91	66	0	1	4
Schleswig-Holstein	14	78	78	0	1	1	0	6	10	24	106	85	0	0	0
Thüringen	33	131	144	0	0	2	8	28	23	21	70	84	1	2	1
<b>Deutschland</b>	<b>598</b>	<b>2.280</b>	<b>2.913</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>61</b>	<b>88</b>	<b>286</b>	<b>307</b>	<b>698</b>	<b>2.825</b>	<b>2.706</b>	<b>16</b>	<b>37</b>	<b>59</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>		
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	2	15	15	3	11	9	20	70	74
Bayern	11	26	17	1	5	15	23	85	88
Berlin	1	6	4	1	6	10	14	49	14
Brandenburg	0	2	1	1	1	1	0	2	5
Bremen	0	2	0	0	2	0	0	2	2
Hamburg	0	2	2	3	4	2	1	2	3
Hessen	4	8	20	2	5	8	5	28	30
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	0	0	1	3	0	2	5
Niedersachsen	3	7	7	3	6	13	17	52	44
Nordrhein-Westfalen	6	19	33	7	26	32	24	103	57
Rheinland-Pfalz	2	6	7	1	3	6	10	27	16
Saarland	0	1	1	0	1	1	0	1	3
Sachsen	1	1	1	2	3	5	2	8	11
Sachsen-Anhalt	0	1	0	1	3	2	4	9	2
Schleswig-Holstein	1	2	10	0	2	6	1	3	17
Thüringen	1	5	1	0	2	0	0	5	3
<b>Deutschland</b>	<b>32</b>	<b>107</b>	<b>119</b>	<b>25</b>	<b>81</b>	<b>113</b>	<b>121</b>	<b>448</b>	<b>374</b>

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. 11.2.2004 (4. Woche)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	
2004	2003		2004	2003		2004	2003		2004	2003		2004	2003		
12	32	40	27	105	1.327	45	179	165	11	37	33	0	1	1	Baden-Württemberg
10	31	54	35	81	501	58	187	375	13	28	25	2	3	4	Bayern
3	9	12	16	148	446	39	100	297	5	14	8	0	1	4	Berlin
1	9	20	62	230	1.130	51	133	308	3	3	2	0	0	0	Brandenburg
1	3	3	0	20	167	1	3	6	2	3	1	0	0	0	Bremen
4	8	14	8	10	362	13	35	81	1	5	6	0	1	1	Hamburg
8	25	20	8	70	445	37	97	139	1	8	9	1	2	4	Hessen
6	14	16	66	159	484	27	79	207	5	11	6	0	1	1	Mecklenburg-Vorpommern
12	42	52	91	345	1.724	51	134	192	3	12	6	0	8	4	Niedersachsen
27	60	72	97	302	1.252	95	345	473	12	38	29	1	7	5	Nordrhein-Westfalen
13	27	26	90	235	748	33	153	161	3	7	5	1	2	0	Rheinland-Pfalz
2	10	12	1	4	69	4	11	38	1	4	1	0	0	0	Saarland
14	42	62	24	153	1.586	97	335	498	7	15	14	0	1	5	Sachsen
12	29	40	29	94	545	103	238	447	5	10	4	1	1	1	Sachsen-Anhalt
1	10	14	5	8	471	17	48	84	1	2	7	0	0	0	Schleswig-Holstein
7	29	36	60	137	549	104	206	311	0	2	1	0	0	0	Thüringen
133	380	493	619	2.101	11.806	775	2.283	3.782	73	199	157	6	28	30	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.		
2004	2003		2004	2003		2004	2003			
0	4	7	1	2	3	19	52	51	Baden-Württemberg	
0	4	8	1	2	4	11	39	72	Bayern	
1	3	4	0	0	1	2	20	30	Berlin	
0	2	2	0	0	2	1	4	12	Brandenburg	
0	0	0	0	0	1	2	4	5	Bremen	
0	1	2	0	0	1	4	15	10	Hamburg	
2	8	6	0	0	1	8	35	44	Hessen	
1	2	2	0	0	1	2	9	10	Mecklenburg-Vorpommern	
0	2	7	1	1	104	13	39	34	Niedersachsen	
4	15	22	1	1	16	29	119	124	Nordrhein-Westfalen	
1	3	2	0	0	5	4	19	15	Rheinland-Pfalz	
0	1	1	0	0	0	2	6	11	Saarland	
1	4	3	0	0	0	2	6	31	Sachsen	
0	3	5	0	0	1	7	20	14	Sachsen-Anhalt	
0	1	2	0	0	8	3	11	19	Schleswig-Holstein	
0	6	2	0	0	0	2	6	3	Thüringen	
10	59	75	4	6	148	111	404	485	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. 11.2.2004 (4. Woche)

Krankheit	4. Woche 2004	1.–4. Woche 2004	1.–4. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	5	4	397
Brucellose	0	0	1	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	5	3	70
Dengue-Fieber	3	13	7	131
FSME	1	1	1	277
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	1	6	80
Hantavirus-Erkrankung	0	1	11	143
Influenza	246	605	94	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	2	5	70
Legionellose	9	30	24	381
Leptospirose	0	4	4	38
Listeriose	7	24	23	252
Ornithose	0	0	2	41
Paratyphus	0	2	4	72
Q-Fieber	0	5	4	386
Trichinellose	0	0	1	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	1	4	6	65

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung**

**Botulismus:** Mecklenburg-Vorpommern, 45 Jahre, weiblich (11. Woche 2003; lebensmittelbedingter Botulismus; 8. Botulismus-Fall 2003)

**Hinweise zur aktuellen Influenza-Situation**

In **Deutschland** hat die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen in der 6. KW des Jahres 2004 zugenommen. Sie liegt in 8 von 12 Regionen über dem üblichen Wert der Hintergrundaktivität. Besonders betroffen sind die Regionen Brandenburg/Berlin, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein/Hamburg und Niedersachsen/Bremen. – Die Positivrate im NRZ betrug 28%. Insgesamt wurden hier 53 Influenza-A-Viren nachgewiesen, davon 25 als A/H3N2 feintypisierte Isolate. – Auf dem Meldeweg wurden 297 Influenzanachweise übermittelt, darunter 219 Influenza-A-Viren und 1 Influenza-B-Virus. – **Quelle:** Wochenbericht der AGI: [www.influenza.rki.de/agi](http://www.influenza.rki.de/agi).

**Hinweise zur aktuellen Situation bei der Geflügelpest in Asien**

Von der in Asien grassierenden Geflügelpest durch Infektionen mit Influenza-A/H5N1-Viren sind aktuell nach Angaben der WHO 8 **Länder (Vietnam, Thailand, China, Laos, Korea, Japan, Kambodscha, Indonesien)** betroffen. Laborbestätigte Erkrankungen beim Menschen wurden weiterhin nur aus Vietnam und Thailand gemeldet. – **Vietnam** meldete bis zum 11.02. insgesamt 18 laborbestätigte Erkrankungsfälle, von denen 13 Patienten starben. Nach aktuellen Laboruntersuchungen gibt es laut WHO keinen Anhalt dafür, dass es sich im Falle einer Erkrankung von 4 Familienmitgliedern bei 2 Betroffenen um eine begrenzte Übertragung von Mensch zu Mensch gehandelt haben könnte. In **Thailand** erkrankten bisher 5 Personen an der Geflügelpest. Sie alle starben an den Folgen der Erkrankung.

**Aktuell ist kein Fall einer gesicherten Virusübertragung von Mensch zu Mensch bekannt.**

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass bisher kein medizinisches Personal, das mit der Pflege von mit H5N1-Infizierten Patienten betreut war, erkrankte. – Die WHO hat am 11.02. Richtlinien für eine globale Surveillance erstellt, um so frühzeitig eine weitere Ausbreitung der Geflügelpest oder Änderungen im Übertragungsmuster erkennen zu können. – Weitere Informationen unter: [www.who.int](http://www.who.int).

Das RKI (unterstützt durch ein Votum der Ständigen Impfkommision) empfiehlt Personen, die sich in der betroffenen Region aufhalten, eine Influenza-Schutzimpfung mit dem für diese Saison zugelassenen Impfstoff, um das Risiko einer Reassortantenbildung bei Menschen, die sich dort aufhalten oder eine Reise dorthin planen, zu minimieren. Weitere Informationen unter: [www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM](http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM) Stichwort „Geflügelpest“.

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, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2628  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

**Redaktion**

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 01888.754-2324  
E-Mail: [SteffensI@rki.de](mailto:SteffensI@rki.de)

Sylvia Fehrmann  
Tel.: 01888.754-2455  
E-Mail: [FehrmannS@rki.de](mailto:FehrmannS@rki.de)

Fax.: 01888.754-2459

**Vertrieb und Abonentenservice**

Plusprint Versand Service  
Thomas Schönhoff  
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg  
Abo-Tel.: 030.948781-3

**Das Epidemiologische Bulletin**

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

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

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

**Druck**

die partner, karl-heinz kronauer, 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