



# Epidemiologisches Bulletin

7. Mai 2004 / Nr. 19

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Zu einer Masernhäufung bei US-amerikanischen Kindern in Wiesbaden

Im Zeitraum zwischen dem 14. März und dem 11. April 2004 kam es in Wiesbaden zu einer Häufung von Masernerkrankungen bei Kindern US-amerikanischer Eltern. Die insgesamt fünf Betroffenen waren zwischen 1 und 5 Jahren alt. Das zuerst erkrankte Kind (Indexfall) hatte sich vermutlich während eines Urlaubs in Oberbayern angesteckt. Drei weitere Kinder hatten zufällig mit diesem Kind in einem Raum Kontakt, als sie ihre Mütter bei einer Erledigung begleiteten. Das zuletzt erkrankte Kind hatte sich im häuslichen Umfeld bei seiner Schwester angesteckt.

Eines der Kinder erlitt als Komplikation eine Masernpneumonie und musste zeitweise intensivmedizinisch betreut werden. Es ist wie die anderen vier Kinder inzwischen wieder gesund. Ermittlungen der Gesundheitsbehörden ergaben, dass keines der erkrankten Kinder gegen Masern geimpft war. Um weitere Impflücken in der *American Community* zu schließen und eine Ausbreitung des Ausbruchs zu verhindern, führten die Ärzte der US-Armee in der ersten Aprilwoche 500 Masernimpfungen durch. Weitere Fälle in der *American Community* traten im Verlauf nicht auf. Der Ausbruch kann damit als beendet angesehen werden. Er hat nicht auf einheimische Kinder übergegriffen.

**Impfstatus Wiesbadener Kinder in Bezug auf Masern:** Nach den Erhebungen des Gesundheitsamtes während den Einschulungsuntersuchungen in den Jahren 2001 bis 2003 waren 93% der in diesen Jahren untersuchten Kinder zumindest einmal gegen Masern geimpft. 7% waren ungeimpft.

Auch weil bei der ersten Masernimpfung, wenn sie gemeinsam mit der Impfung gegen Mumps und Röteln gegen Ende des 1. Lebensjahres erfolgt, noch mütterliche Antikörper beim Kind vorhanden sein können, die ein Angehen der Impfung verhindern können, wird seitens der Experten der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen, eine zweite Impfung gegen Ende des 2. Lebensjahres durchzuführen. Die eingehende Analyse des Masern-Impfstatus bei den Schulanfängern im Jahr 2001 zeigte, dass nur 20% wie empfohlen zwei Mal geimpft waren. Im Jahr 2002 waren es 27%, 2003 42%. Trotz des erfreulichen Anstiegs der Zweitimpfungen bedeuten diese Ergebnisse, dass zusätzlich zu den 7% ungeimpften Kindern auch bei einem Teil der nur einmal geimpften Kinder von einem unzureichenden Impfschutz auszugehen ist.

Nach Information durch das Gesundheitsamt und [www.kinderaerzteimnetz.de](http://www.kinderaerzteimnetz.de) berichteten örtliche und überörtliche Medien zwischen dem 10.04.04 (Osterstag) und dem 15.04.04 mehrfach über den Wiesbadener Masernausbruch. Das Gesundheitsamt Wiesbaden führte dann vom 19. bis zum 23.04. eine Befragung der 18 in Wiesbaden niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte durch, um zu ermitteln, ob es in der Woche nach Ostern zu einer Zunahme von Impfungen gegen Masern gekommen sei.

In die Befragung konnten 15 Praxen einbezogen werden. Sechs Praxen hatten in der Woche nach Ostern geschlossen. In den neun geöffneten Praxen wurden 66 Impfungen gegen Masern, meist gleichzeitig gegen Mumps und Röteln,

Diese Woche 19/2004

### Masern:

Häufung in Wiesbaden

### Ernährung:

Ergebnisse des Ernährungssurveys 1998

### Meldepflichtige

#### Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Februar 2004 (Stand: 1. Mai 2004)
- ▶ Aktuelle Statistik 16. Woche 2004 (Stand: 5. Mai 2004)

### Meningokokken-Erkrankungen:

Zu einer Häufung von Meningitiden durch Meningokokken der Serogruppe C in Bayern



durchgeführt. Dies entsprach genau der durchschnittlichen Anzahl von MMR-Impfungen in diesen Praxen.

Dank für die Mitteilung zu dem Ausbruch gilt Herrn Dr. Michael Forßbohm, Gesundheitsamt Wiesbaden. E-Mail: michael.forssbohm@wiesbaden.de.

### Kommentar

Der beschriebene Ausbruch zeigt zum einen, dass auch bei den Kindern dieser amerikanischen Eltern der Impfschutz nicht optimal war und zudem weitere Impflücken in der *American Community* bestanden. Er zeigt aber auch, dass durch frühzeitige umfangreiche Riegelungsimpfungen eine größere Ausbreitung verhindert werden kann.

Im Zusammenhang mit dem Ausbruch und der verstärkten Aufmerksamkeit in den Medien wäre ein Anstieg von Impfungen gegen Masern bei Wiesbadener Kindern

wünschenswert und auch zu erwarten gewesen, da 7% der Kinder nicht gegen Masern geimpft sind und noch Defizite in Bezug auf die zweite Impfung bestehen. Bemerkenswert ist jedoch, dass Eltern allein auf Grund von Informationen in den Medien den Impfstatus ihrer Kinder scheinbar nicht überprüfen bzw. daraus nicht die erwünschten Schlussfolgerungen ziehen. Die Ergebnisse dieser kurzen Umfrage sind möglicherweise auch durch die zeitliche Nähe zu den Osterfeiertagen und damit verbundene Abwesenheit oder Praxisschließungen zu erklären. Eine Klärung dieser Punkte könnte ggf. im Rahmen einer weiteren Untersuchung erfolgen. – Insgesamt zeigt der vorliegende Bericht, dass weitere Anstrengungen erforderlich sind, um Impflücken gegen Masern bei Kindern in der einheimischen Bevölkerung zu schließen.

## Determinanten der Ernährungsqualität in Deutschland – Ergebnisse des Ernährungssurveys 1998

*Eine unausgewogene Ernährung gilt als bedeutender Risikofaktor für die Entstehung von Krankheiten wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose, Gicht und bestimmte Krebsarten. Diese können die Lebensqualität z. T. erheblich beeinträchtigen und sind eine häufige Ursache frühzeitiger Sterblichkeit. Darüber hinaus verursachen diese Krankheiten hohe Kosten im Gesundheitssystem. Aus diesen Gründen ist es ein wichtiges Anliegen der Ernährungs- und Gesundheitspolitik, das Ernährungsverhalten in Deutschland zu verbessern. Dafür müssen zunächst die Determinanten des Ernährungsverhaltens bzw. der Ernährungsqualität bekannt sein.<sup>1</sup> Fraglich ist, ob sich bestimmte Bevölkerungsgruppen identifizieren lassen, die systematisch zu gering oder übermäßig mit bestimmten Nährstoffen versorgt sind. Auf der Basis solcher Kenntnisse können gezielte präventive ernährungspolitische Maßnahmen erarbeitet und eingesetzt werden.*

Frühere Studien zeigten beispielsweise eine ungünstigere Ernährungsqualität bei sozial schwächeren Personen, bei Personen mit geringem Bildungsstatus, bei älteren Menschen und Frauen. Diese Ergebnisse bezogen sich entweder auf internationale oder ältere nationale Daten. Ziel der nachfolgend beschriebenen Untersuchung ist es, auf Basis eines aktuellen und für die Gesamtheit der Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Datenmaterials die Determinanten der Ernährungsqualität zu untersuchen. Zentraler Bestandteil ist dabei die Konstruktion eines Maßes zur Beurteilung der Ernährungsqualität.

**Index zur Messung der Ernährungsqualität:** Die Qualität der Ernährung ist nur eingeschränkt anhand einzelner Ernährungsbestandteile zu beurteilen. Daher wurden in der Vergangenheit bereits Ansätze entwickelt, die möglichst viele Komponenten gleichzeitig zur Beurteilung der Ernährungsqualität heranziehen. In der Regel geschah dies mit Hilfe von Punktesystemen, also Indizes.<sup>2</sup> Werden vorgegebene Ernährungsempfehlungen oder Richtlinien wie z. B. die der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)<sup>3</sup> voll erreicht, ergibt sich der höchste Indexwert, weicht die Zufuhr einzelner Komponenten nach unten ab, werden Abzüge

vorgenommen. In der Literatur finden sich eine Reihe verschiedener Indizes, die spezifische Vor- und Nachteile aufweisen. In der vorliegenden Untersuchung wurden die positiven Aspekte der aus der Literatur bekannten Indizes kombiniert. Dazu gehört unter anderem eine getrennte Betrachtung der Über- und Unterversorgungskomponenten in der Ernährung.

Anhand der Daten des Ernährungssurveys 1998<sup>4</sup>, eines Moduls des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, wurden derartige Ernährungsqualitäts-Indizes für die deutsche Wohnbevölkerung erstellt und danach in Verbindung mit weiteren Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey auf deren Zusammenhang mit möglichen Determinanten untersucht.

### Methoden

Von Oktober 1997 bis März 1999 führte das RKI erstmalig einen für die Gesamtheit der Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Bundes-Gesundheitssurvey durch. Insgesamt wurden 7.124 Personen untersucht. In diesem Rahmen wurde bei einer Unterstichprobe auch ein Ernährungssurvey angelegt, in dem 4.030 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren ausführlich zu ihrem Ernährungsverhalten befragt wurden. Mithilfe des vom RKI entwickelten Programms DISHES (*Dietary Interview Software for Health Examination Studies*) wurden die Teilnehmer mittels einer so genannten Dietary-History-Methode zu ihrer Ernährung in den letzten vier Wochen befragt. Diese Daten dienten als Grundlage für die Analyse der Ernährungsqualität und deren Determinanten.

Hierzu wurden zunächst für alle Teilnehmer Indizes für die individuelle Ernährungsqualität konstruiert. Da sowohl eine zu geringe Aufnahme von bestimmten Nährstoffen (z. B. Vitamine und Mineralstoffe) als auch eine übermäßige Aufnahme anderer Nahrungskomponenten (z. B. Fett, Zucker und Alkohol) Krankheiten verursachen können, wurden folgende Indizes gebildet:

- ▶ Defizit-Index, zur Abschätzung einer möglichen Unterversorgung,
- ▶ Übermaß-Index, zur Angabe einer Überversorgung mit bestimmten Nährstoffen.

Als Bewertungskriterien der Ernährungsqualität wurden für einzelne Nährstoffe und Lebensmittel die Referenzwerte der DGE aus dem Jahr 2000 herangezogen. Anhand der persönlichen prozentualen Abweichungen von den jeweiligen Referenzwerten wurden die beiden Indizes erstellt, die eine Gesamtbetrachtung der Nährstoff- und Lebensmittelaufnahme ermöglichen. Hierzu wurden den Individuen für jede Komponente (30 im Defizit-Index, 6 im Übermaß-Index) Werte zwischen 0 und 100 zugewiesen, die angeben, inwieweit diese Person von dem jeweiligen Referenzwert eines Nährstoffs abweicht. Danach wurden diese Werte summiert. Die sich ergebenden Werte für die zwei Indizes dienen somit als Indikator der Ernährungsqualität des jeweiligen Individuums. Anschließend wurde der Einfluss verschiedener, u. a. soziodemografischer Determinanten auf die Ernährungsqualität (abgebildet durch die zwei Indizes) mittels multivariater Regressionsmodelle untersucht.

**Ergebnisse**

Die Auswertungen ergaben für den **Defizit-Index**, dass eine bessere Ernährungsqualität sowohl bei Männern als auch bei Frauen einhergeht mit

- ▶ höherem Haushaltseinkommen,
- ▶ höherer Energieaufnahme,
- ▶ mehr Lebensmittelvielfalt,
- ▶ höherer Ausbildung,
- ▶ gesteigerter körperlicher Aktivität,
- ▶ Vegetarismus.

Zudem konnte in der Tendenz eine relativ ungünstigere Ernährungsqualität für den südlichen Teil der Bundesrepublik festgestellt werden.

Die Auswertungen des **Übermaß-Index** zeigten eine relativ schlechtere Ernährungsqualität bei Personen

- ▶ mit einer hohen Energieaufnahme,
- ▶ im mittleren Lebensalter,
- ▶ bei schwangeren und stillenden Frauen.

Diese Personengruppen haben ein insgesamt ungünstigeres Verhältnis bezüglich der Aufnahme von Fett, Cholesterin, Zucker, Alkohol und Natrium.

Die Ergebnisse liefern Hinweise, welche Merkmale von Personen besonders mit einer ungünstigeren Ernährungsqualität einhergehen. Sie bieten daher eine Grundlage für die Entwicklung von Präventionsstrategien im Bereich der ernährungsbedingten Krankheiten. In einem weiteren Forschungsprojekt der Universität Kiel in Kooperation mit dem RKI wird zudem die Bedeutung der Lebensmittelvielfalt für Lebensmittelqualität und Gesundheit genauer erforscht.

Dieser Bericht aus der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI basiert auf einer Zusammenfassung der unter 1. aufgeführten Publikation. Ansprechpartner ist Herr Dr. Gert Mensink (E-Mail: MensinkG@RKI.de).

**Literatur**

1. Thiele S, Mensink G, Beitz R: Determinants of diet quality. *Public Health Nutrition* 2004; 7: 29–37
2. Basiotis P, Hirschman J, Kenedy E: Economic and sociodemographic determinants of 'healthy eating' as measured by USDA's Healthy Eating Index. *Consumer Interests Annual* 1996; 42: 81–88
3. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, Schweizerische Vereinigung für Ernährung. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau Braus, Frankfurt am Main, 2000
4. RKI (Hrsg.): Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2002

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten												Berichtsmonat: Februar 2004 (Stand v. 1.5.2004)			
Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	Febr.	kum.	kum.	Febr.	kum.	kum.	Febr.	kum.	kum.	Febr.	kum.	kum.	Febr.	kum.	kum.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	20	35	42	22	36	53	9	21	26	3	5	3	0	0	1
Bayern	30	65	48	23	60	58	7	21	28	3	4	1	0	0	1
Berlin	71	115	114	16	44	42	5	14	17	0	1	0	0	0	0
Brandenburg	5	8	9	4	6	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	4	5	0	3	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Hamburg	6	21	38	7	15	26	3	13	12	0	0	0	0	0	0
Hessen	31	58	60	2	16	22	1	5	13	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	8	5	0	2	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	20	37	27	6	10	20	3	7	4	0	0	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	55	104	112	26	65	66	12	22	25	0	0	4	0	1	1
Rheinland-Pfalz	7	16	8	3	10	8	1	7	7	0	1	1	0	1	0
Saarland	1	3	8	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	15	33	18	2	6	10	0	1	3	0	0	1	0	0	1
Sachsen-Anhalt	5	11	1	1	5	6	1	2	2	0	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	6	10	5	1	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	3	3	1	3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>281</b>	<b>531</b>	<b>503</b>	<b>114</b>	<b>285</b>	<b>324</b>	<b>46</b>	<b>118</b>	<b>145</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 5.5.2004 (16. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	56	860	936	0	20	25	4	57	80	37	988	915	2	30	22		
Bayern	60	1.091	1.284	3	49	61	9	184	125	48	1.144	1.096	4	38	25		
Berlin	16	317	416	0	8	1	1	40	62	22	498	564	2	21	22		
Brandenburg	24	393	472	0	2	15	1	59	76	9	302	340	0	6	14		
Bremen	1	50	64	0	0	8	0	5	15	4	91	100	0	2	3		
Hamburg	8	214	188	1	8	12	0	9	6	25	384	333	0	9	14		
Hessen	27	561	730	1	4	5	0	31	41	29	694	666	0	10	16		
Mecklenburg-Vorpommern	14	334	315	1	3	4	3	76	110	14	267	271	0	3	2		
Niedersachsen	55	943	965	1	23	36	3	40	58	46	900	754	0	8	7		
Nordrhein-Westfalen	113	1.772	1.936	3	60	89	8	267	255	114	2.564	2.414	1	19	25		
Rheinland-Pfalz	23	512	595	2	28	24	1	43	49	24	538	470	0	8	6		
Saarland	5	94	105	0	0	0	0	8	10	13	159	169	0	1	0		
Sachsen	24	663	867	1	9	24	8	173	259	33	751	935	2	8	25		
Sachsen-Anhalt	38	523	635	0	1	3	3	166	133	7	336	300	0	5	7		
Schleswig-Holstein	15	282	315	1	9	5	1	29	26	30	405	325	0	2	2		
Thüringen	31	489	557	0	5	8	6	113	141	16	338	377	2	7	12		
<b>Deutschland</b>	<b>510</b>	<b>9098</b>	<b>10380</b>	<b>14</b>	<b>229</b>	<b>320</b>	<b>48</b>	<b>1300</b>	<b>1446</b>	<b>471</b>	<b>10359</b>	<b>10029</b>	<b>13</b>	<b>177</b>	<b>202</b>		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>				
	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	3	55	61	5	33	40	15	362	301		
Bayern	9	95	93	4	44	51	15	523	429		
Berlin	1	27	23	0	23	22	12	280	115		
Brandenburg	1	6	4	0	7	4	3	17	23		
Bremen	0	7	2	0	2	7	0	11	9		
Hamburg	0	8	7	0	12	3	0	20	13		
Hessen	0	24	44	1	27	30	6	168	165		
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	3	1	9	6	2	33	31		
Niedersachsen	1	19	27	4	40	45	6	256	235		
Nordrhein-Westfalen	15	178	97	4	120	98	22	592	255		
Rheinland-Pfalz	3	26	24	0	25	29	3	132	104		
Saarland	0	3	2	1	7	3	1	8	11		
Sachsen	1	8	4	0	12	16	10	68	59		
Sachsen-Anhalt	0	7	16	0	12	8	2	49	40		
Schleswig-Holstein	0	3	20	0	10	11	2	57	55		
Thüringen	0	11	19	0	8	1	1	32	26		
<b>Deutschland</b>	<b>34</b>	<b>482</b>	<b>446</b>	<b>20</b>	<b>391</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>2.608</b>	<b>1.871</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. 5.5.2004 (16. Woche)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
2	98	130	81	1.066	2.862	104	1.409	1.909	8	170	144	0	7	8	Baden-Württemberg
6	141	157	67	1.032	1.560	221	2.224	2.781	11	180	124	0	9	9	Bayern
2	60	52	13	736	1.023	45	1.009	1.258	3	81	53	0	6	11	Berlin
1	50	86	107	1.004	2.297	74	1.451	2.276	1	21	26	0	1	3	Brandenburg
1	12	6	4	253	351	4	46	264	0	7	2	0	4	3	Bremen
0	34	44	33	437	865	23	465	493	4	36	31	0	4	1	Hamburg
6	95	74	18	436	992	56	902	1.176	4	64	47	0	6	7	Hessen
3	53	58	62	909	1.295	89	1.282	2.009	6	61	25	1	9	9	Mecklenburg-Vorpommern
13	188	193	30	1.497	3.758	114	1.451	2.074	2	67	39	0	17	16	Niedersachsen
5	313	311	160	1.735	3.533	185	2.676	3.646	8	210	157	1	29	20	Nordrhein-Westfalen
4	87	100	29	1.459	2.626	86	1.147	1.839	3	56	27	0	9	1	Rheinland-Pfalz
0	29	30	1	70	326	15	110	371	0	14	6	1	2	0	Saarland
6	184	206	73	2.647	3.206	126	2.780	5.436	8	73	73	0	7	15	Sachsen
3	107	126	25	543	1.444	105	2.033	2.604	3	36	25	0	1	7	Sachsen-Anhalt
1	41	57	14	313	1.006	24	385	558	1	14	15	0	1	0	Schleswig-Holstein
2	127	135	82	928	1.164	133	1.948	2.351	1	11	8	0	1	2	Thüringen
<b>55</b>	<b>1619</b>	<b>1765</b>	<b>799</b>	<b>15065</b>	<b>28308</b>	<b>1404</b>	<b>21318</b>	<b>31045</b>	<b>63</b>	<b>1101</b>	<b>802</b>	<b>3</b>	<b>113</b>	<b>112</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
0	20	33	0	7	15	14	216	270	Baden-Württemberg	
4	31	44	0	6	20	9	224	343	Bayern	
0	9	17	0	3	2	7	99	107	Berlin	
0	4	11	0	1	3	0	43	71	Brandenburg	
0	2	6	0	0	8	1	23	19	Bremen	
0	1	9	0	1	4	7	72	58	Hamburg	
1	20	18	4	6	11	10	165	205	Hessen	
0	10	16	0	0	1	3	40	38	Mecklenburg-Vorpommern	
3	19	29	0	5	207	4	163	194	Niedersachsen	
5	75	93	5	11	116	24	475	572	Nordrhein-Westfalen	
0	10	18	1	2	27	3	80	94	Rheinland-Pfalz	
1	4	10	0	0	1	1	29	41	Saarland	
0	11	19	0	0	1	2	51	84	Sachsen	
1	13	25	0	0	4	1	71	73	Sachsen-Anhalt	
0	5	9	1	4	15	3	58	59	Schleswig-Holstein	
1	12	15	0	1	2	4	37	45	Thüringen	
<b>16</b>	<b>246</b>	<b>372</b>	<b>11</b>	<b>47</b>	<b>437</b>	<b>93</b>	<b>1.846</b>	<b>2.273</b>	<b>Deutschland</b>	

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. 5.5.2004 (16. Woche)

Krankheit	16. Woche 2004	1.–16. Woche 2004	1.–16. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	15	403	19	397
Brucellose	0	6	8	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	19	14	76
Dengue-Fieber	3	41	32	131
FSME	0	0	1	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	10	22	82
Hantavirus-Erkrankung	1	21	32	143
Influenza	9	3.321	8.018	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	17	30	77
Legionellose	7	94	88	395
Leptospirose	2	10	12	37
Listeriose	5	87	78	255
Ornithose	0	2	11	41
Paratyphus	1	18	16	72
Q-Fieber	1	64	19	386
Trichinellose	0	4	3	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	16	23	66

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

**Häufung von Meningokokken-Erkrankungen im Landkreis Oberallgäu führt zu regionaler Impfpflicht**

Seit Anfang Februar wurde im Allgäu eine Häufung von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (insgesamt 9 Fälle in den Landkreisen Oberallgäu und Ostallgäu) beobachtet. Untersuchungen der Isolate ergaben, dass 4 Erkrankungen in benachbarten Gemeinden des Landkreises (LK) Oberallgäu durch einen identischen Stamm der Serogruppe C verursacht waren (C:2a:P1,5,2:FetA3-6). Es handelte sich dabei um eine überaus seltene Variante des sog. ET-15-Klons, der in der Vergangenheit mehrfach für Ausbrüche schwerer Meningokokken-Infektionen insbesondere unter Jugendlichen verantwortlich war (s. *Epid. Bull.* 21/2002).

Eine epidemiologische Bewertung der Situation ergab unter Zugrundelegung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (s. *Epid. Bull.* 32/2003) und der Empfehlung des *Advisory Committees on Immunization Practices* vom 17.02.1997 (s. unter [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4907a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4907a1.htm)), dass nach übereinstimmender Auffassung des LGL, des RKI und des NRZ eine Impfindikation i. S. von § 20 Abs. 5 IfSG vorlag und die Voraussetzungen für eine Impfkation gegeben waren. Daraufhin wurde das örtliche Gesundheitsamt vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz mit der Durchführung einer Impfkation beauftragt. Zielgruppe sind Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis zum vollendeten 20. Lebensjahr, die in den betroffenen Gemeinden im nördlichen LK Oberallgäu wohnen, sowie Kontaktpersonen von Erkrankten und Personen der genannten Altersgruppe, welche Gemeinschaftseinrichtungen in den betroffenen Gemeinden besuchen.

Das örtliche Gesundheitsamt bot vom 27. April bis zum 4. Mai öffentliche Impftermine in den betroffenen Gemeinden an. Es wurde ein Konjugatimpfstoff verwendet. – Die Impfkation wird durch das LGL epidemiologisch begleitet, eine Auswertung wird zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

**Ansprechpartner:** Herr Dr. W. Hautmann, LGL Bayern (E-Mail: [wolfgang.hautmann@lgl.bayern.de](mailto:wolfgang.hautmann@lgl.bayern.de)). Info-Telefon des LGL für die Bevölkerung: Werktags von 10.00 bis 16.00 Uhr, am Wochenende von 10.00 bis 14.00 Uhr unter 089.31560-101.

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 BerlinTel.: 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