



Epidemiologisches Bulletin

14. Mai 2004 / Nr. 20

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Masernerkrankung in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber in München

Ein Beispiel für präventive Maßnahmen des ÖGD

Am 4.12.2003 wurde der Gesundheitsbehörde der Stadt München der Verdacht auf eine Masernerkrankung bei einem 15 Monate alten Jungen, der mit seiner Familie in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht war, gemeldet. Die Familie war 6 Tage vor Erkrankungsbeginn in Deutschland eingetroffen. Das Kind wurde am 3.12. in der Ambulanz eines Münchner Krankenhauses vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt bestanden bei dem Einjährigen Konjunktivitis, Schnupfen und ein fleckig-makulopapulöses Exanthem. In der Anamnese (mit russischsprachigem Dolmetscher) hatten die Eltern den behandelnden Ärzten angegeben, dass das Exanthem am 30.11. begonnen habe und sich nach Beginn im Kopfbereich zentrifugal ausgebreitet habe, Fieber habe über mehrere Tage bis zum Vortag bestanden. Wegen unkompliziertem Krankheitsverlauf wurde das Kind nicht stationär aufgenommen. Die klinische Verdachtsdiagnose Masern konnte am 5.12. durch den serologischen Nachweis von virusspezifischen IgM-Antikörpern bestätigt werden.

Zu Ermittlungen des Gesundheitsamtes: Nach dem Eingang der Verdachtsmeldung führte ein ärztlicher Mitarbeiter der Gesundheitsbehörde die Ermittlungen (auf russisch) bei den Eltern des Kindes fort. Die aus Tschetschenien stammenden Eltern berichteten, dass in dem Flüchtlingslager, in dem sie vor der Ausreise untergebracht gewesen waren, Masernfälle beobachtet worden waren. Das Krankheitsbild der Masern sei der Familie bekannt, die Eltern und die 3 Geschwisterkinder seien alle in der Vergangenheit an Masern erkrankt gewesen. Auf Befragen wurde weiterhin mitgeteilt, dass der 11-jährige Bruder aktuell an Fieber sowie an Kopf- und Bauchschmerzen erkrankt sei.

Zu dem an Masern erkrankten Kind hatten während der Dauer der Ansteckungsfähigkeit neben seiner Familie eine Vielzahl von anderen Personen Kontakt. Die Betroffenen konnten aufgrund der Gegebenheiten in der Gemeinschaftsunterkunft (Familien unterschiedlicher Muttersprache mit oft zahlreichen Kindern, räumliche Enge etc.) nicht im Einzelnen identifiziert werden.

Zu Maßnahmen des Gesundheitsamtes: Zunächst wurde die gesamte Familie in den Krankentrakt der Gemeinschaftsunterkunft verlegt. Da trotz untypischer Symptome nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, dass sich der 11-jährige Bruder im Prodromalstadium einer Masernerkrankung befand, wurde er **isoliert** und eine serologische Untersuchung veranlasst. Diese ergab am 9.12. den Nachweis von IgG-Antikörpern gegen Masern. Daraufhin konnte die Maßnahme aufgehoben werden.

Da zwischen dem Erkrankungsbeginn des Einjährigen und der Meldung mehr als 3 Tage vergangen waren, konnte eine effektive Inkubationsimpfung nicht mehr erwartet werden. Nach gründlicher Analyse der Situation und Rücksprache mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz wurde aufgrund der Vielzahl nicht identifizierbarer Kontakte, der beengten räumlichen Verhältnisse in der Unterkunft und der unklaren

Diese Woche 20/2004

Masern:

- ▶ Maßnahmen des ÖGD nach einer Erkrankung in einer Münchner Gemeinschaftsunterkunft
- ▶ Kommentar

Publikationshinweis:

Neu erschienene GBE-Hefte des RKI

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

KiGGS – zum Datenmanagement

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

17. Woche 2004

(Stand: 12. Mai 2004)

Salmonellosen:

Zu einer Häufung von Infektionen mit Salmonella Give



Immunitätslage der Bewohner bereits am Nachmittag des 4.12. mit Vorbereitungen für eine **Massenimpfung aller Bewohner** (als erweiterte Riegelungsimpfung) am Montag, dem 8.12., begonnen. Nach der serologischen Bestätigung des klinischen Verdachtes wurde am 5.12. die Bereitstellung von 250 Impfdosen MMR organisiert (ein Masernmonoimpfstoff stand aufgrund der kurzen Zeitspanne nicht zur Verfügung, Vorteile gegenüber MMR waren nicht erkennbar).

Die Anzahl der zu der Gemeinschaftsunterkunft gehörenden Personen wurde mit etwa 300 angegeben. Da ein Teil ohne regelmäßige Kontakte zu den Bewohnern der Unterkunft außerhalb lebt, wurde mit etwa 250 zu impfenden Personen gerechnet. Die Zusage für eine Kostenübernahme für den Impfstoff durch die Sozialbehörde erfolgte prompt und unbürokratisch.

Die Massenimpfung wurde durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gesundheitsbehörde unter der Leitung der Impfabteilung organisiert und durchgeführt. Am 8.12. wurden 204 Bewohner vor Ort geimpft. Bei zwei weiteren Impfterminen am 16. und 19.12. konnten zudem weitere 52 Bewohner geimpft werden. Von den insgesamt 256 Geimpften waren 71 unter 18 Jahre alt.

Vor Beginn der Impfkation waren mittels Fragebögen in verschiedenen Fremdsprachen zunächst die Personen identifiziert worden, bei denen Kontraindikationen (z. B. HIV-Infektion, Schwangerschaft) bestanden. Bei allen bekannten HIV-Positiven bzw. -Verdächtigen sowie Schwangeren (eine Schwangerschaft wurde im Zweifelsfall mittels Schnelltest aus der Apotheke bestätigt oder ausgeschlossen) wurde der Serostatus bestimmt. Bei allen Betroffenen konnten IgG-Antikörper gegen Masern nachgewiesen werden.

Von einem **Aufnahmestopp für die Gemeinschaftsunterkunft** war zunächst abgesehen worden, neu aufgenommene Personen wurden umgehend in die Impfkation einbezogen. Nachdem sich aber bei diesen die Identifizierung der Personen mit Kontraindikationen und in der Folge die Bestimmung des Serostatus als sehr aufwändig erwiesen, wurde am 10.12. ein Aufnahmestopp für den Zeitraum bis zum Ablauf der längsten möglichen Inkubationszeit – im vorliegenden Fall bis zum 19.12. – verhängt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Außer einer vermutlich aus Tschetschenien importierten Masernerkrankung bei einem 15 Monate alten Kind wurden in der Gemeinschaftsunterkunft im Verlauf keine weiteren Masernerkrankungen beobachtet. Als Reaktion auf die Erkrankung waren durch die Gesundheitsbehörde 256 Bewohner geimpft worden, davon 204 am 4. Tag nach der Meldung im Verlaufe eines Tages vor Ort. Die Organisation und Durchführung dieser Massenimpfung erforderte von Seiten der Beteiligten eine schnelle und flexible Organisation sowie die rasche Bereitstellung der erforderlichen personellen Ressourcen. Insgesamt wurden für die Aktion etwa 130 Stunden, entsprechend 16 Arbeitstage aufgewendet.

Die Befragung vor einer Impfung ergab bei 14 Personen Kontraindikationen gegen eine Impfung (4 HIV-Positive, 10 Schwangere). Bei allen Betroffenen konnten serologisch IgG-Antikörper gegen Masern nachgewiesen werden.

Besondere Schwierigkeiten bei der Impfkation ergaben sich durch sprachliche Hindernisse. In der Gemeinschaftsunterkunft waren Asylbewerber aus etwa 40 unterschiedlichen Herkunftsländern in Osteuropa, Asien und Afrika mit vielen verschiedenen Muttersprachen untergebracht. Dolmetscher standen nicht immer sofort zur Verfügung. Darüber hinaus war die Impfstoffbeschaffung relativ zeitaufwendig (2–3 Tage).

Das Ziel der getroffenen Maßnahmen war, auf Basis des § 28 IfSG eine Ausbreitung von Masern zu verhindern und so die Bewohner der Gemeinschaftsunterkunft und in Folge auch die Münchner Bevölkerung zu schützen. Dieses Ziel wurde erreicht. Aus Sicht der betroffenen Gesundheitsbehörde bot der beschriebene Fall zudem die Möglichkeit, umfangreiche Erfahrungen bzgl. der raschen Organisation und Durchführung einer Massenimpfung zu gewinnen.

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. Annette Wörner, Sachgebiet Infektionsschutz, sowie Frau Dr. Graf, Abt. Gesundheitsschutz im Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Stadt München. **Ansprechpartnerin** für Rückfragen ist Frau Dr. Wörner (E-Mail: annette.woerner@muenchen.de).

Kommentar

Die im vorliegenden Beitrag beschriebenen Maßnahmen der zuständigen Behörde vor Ort zeigen eine erfreulich hohe Sensibilisierung für das Thema Masern. Die Reaktion auf die Meldung einer Masernerkrankung in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber erfolgte schnell, unbürokratisch und mit hohem Engagement der beteiligten Mitarbeiter. Aufgrund der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit und bestehender Kommunikationsprobleme mit den Betroffenen mussten jedoch einige Fragen unbeantwortet bleiben, die zu einer noch genaueren Einschätzung des Gefährdungspotenzials für eine Ausbreitung der Masern sowohl innerhalb der Unterkunft als auch in die Stadt München (Impfraten der Einschüler ca. 89 % für eine Dosis) hätten führen können. Sowohl die Befragung der „Indexfamilie“ als auch Ergebnisse der Labortests bei den wegen einer Schwangerschaft oder HIV-Infektion nicht Geimpften bestätigten, dass in den Herkunftsländern generell von einer hohen Maserndurchseuchung und damit einer hohen Immunität bei Jugendlichen und Erwachsenen ausgegangen werden kann. Auch in Deutschland liegt die Seroprävalenz (Anteil der Bevölkerung mit Masernvirus-Antikörpern) im Erwachsenenalter oberhalb des 40. Lebensjahres bei mehr als 95 %.

Im Zusammenhang mit Riegelungsimpfungen wird häufig die Frage nach der Notwendigkeit einer Masernimpfung für Erwachsene aufgeworfen. In den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI (STIKO) wird die Impfung von Erwachsenen im Zusammenhang mit einer beruflichen Exposition sowie bei Riegelungsimpfungen zum Schutz exponierter empfänglicher Personen im Rahmen

von Ausbrüchen nicht ausgeschlossen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich unter ungeimpften Personen für Masern empfängliche Personen finden, ist allerdings in der bundesdeutschen Bevölkerung größer als in Ländern mit einer intensiven Masernviruszirkulation. Trotzdem zielen die STIKO-Empfehlungen auf die vorrangige Impfung von Kindern und Jugendlichen.

Im vorliegenden Beispiel waren unter den geimpften 256 Bewohnern nur 71 Personen unter 18 Jahren alt (28%). Es kann daher vermutet werden, dass bei einem Teil der

aktuell Geimpften eine Impfung nicht zwingend notwendig war. In Anbetracht der guten Verträglichkeit der Impfung – vor allem auch bei immunen Personen – und der insgesamt sehr unklaren Situation ist die getroffene Entscheidung allerdings nachvollziehbar.

Generell verdeutlicht der Bericht eindrücklich die hohen Anforderungen, die an die rasche Reaktionsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich des Infektionsschutzes gestellt werden.

Aktuelle Publikationen des Robert Koch-Instituts

Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“

Dieser von der GBE des Bundes herausgegebene Schwerpunktbericht leistet einen Beitrag zur Untersuchung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Kindheitsphase zählt zwar zu den gesündesten Abschnitten des Lebenslaufes, dennoch sind gesundheitliche Störungen im Kindes- und Jugendalter ernst zu nehmen und bedürfen hinsichtlich ihrer Ursachen und Folgen sowie ihrer Versorgung einer ausreichenden Beschreibung. Auf der Basis verschiedener Datenquellen (umfassende epidemiologische Daten liegen gegenwärtig nicht vor) werden Stand und Veränderungen der gesundheitlichen Lage, Häufigkeiten ausgewählter somatischer und psychischer Erkrankungen sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen dargestellt.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Seben neu erschienene GBE-Hefte sind:

- ▶ **GBE-Heft 19** „Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit“ und
- ▶ **GBE-Heft 20** „Ungewollte Kinderlosigkeit“.

In überarbeiteter Neuauflage ist erschienen:

- ▶ **GBE-Heft 1** zum Thema „Schutzimpfungen“.

Die GBE-Hefte und -Berichte können kostenlos schriftlich beim Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung, Postfach 65 02 61, 13302 Berlin, oder per E-Mail unter gbe@rki.de bestellt werden.

Aktuelles zum Kinder- und Jugendsurvey des RKI (KiGGS): Zum Management der Daten



Mit der Entscheidung, die Planung, Organisation sowie die Durchführung des KiGGS komplett durch das RKI zu realisieren, entstand auch die Notwendigkeit, die datentechnischen Voraussetzungen nicht nur für die Erfassung und Analyse der epidemiologischen Daten, sondern auch für die Unterstützung der allgemeinen Geschäftsabläufe im Projekt zu schaffen. Basierend auf den Erfahrungen aus dem Pretest, wurde ein **Pflichtenheft für das Datenmanagement** erstellt.

In einem **ersten Schritt** galt es dann zunächst, eine Softwarelösung zur Verwaltung des Ablaufs und der anfallenden Daten zu entwickeln. Diese zentrale Komponente, auch Verwaltungsdatenbank genannt, wurde auf Basis des Datenbanksystems MS SQL-Server 2000 realisiert. Sie stellt folgende Funktionen zur Verfügung:

- ▶ Verwaltung der Samplepointstammdaten (Name, Bundesland, Einwohnerzahl etc.)
- ▶ Verwaltung von Mitarbeiterdaten (inkl. Datenzugriffskontrolle)
- ▶ Verwaltung von Kontaktadressen (Bürgermeister, Gesundheitsämter, Kirchen etc.)
- ▶ Lagerverwaltung und Steuerung der Feldlogistik
- ▶ Serienbriefverwaltung, Versanddokumentation (Einladungsschreiben, Erinnerungsschreiben etc.)
- ▶ Stichprobenziehung (Kern und Module von KiGGS)
- ▶ Responseanalyse
- ▶ Qualitätssicherung (Routinen zur Datenprüfung und Validierung)
- ▶ Berichtswesen
- ▶ Terminverwaltung zur Steuerung der Geschäftsprozesse

Besondere Bedeutung kam der **Entwicklung einer flexiblen Schnittstelle für den Datenimport und -export** zu, denn eine Vielzahl der notwendigen Prozessdaten wird in unterschiedlichsten Datenformaten durch externe Partner (Auftragslabore, Einwohnermeldeämter) zur Verfügung gestellt.

In einem **zweiten Entwicklungsabschnitt** wurde eine Softwarelösung entwickelt, die in elektronischer Form vorliegende Labordaten, welche aus drei verschiedenen Laboratorien geliefert werden, importiert, auf ein Standardformat transformiert und validiert. Dieses System

unterstützt weiterhin den Laborarzt bei der technischen und medizinischen Qualitätssicherung sowie den Kinderarzt bei der Erstellung der Befundmitteilungen an die Probanden.

Im **letzten Entwicklungsschritt** ging es um die Planung und Realisierung der Abläufe bei der Speicherung der erhobenen epidemiologischen Daten. Der Gesamtdatensatz eines Probanden wird aus Teildaten gebildet:

- ▶ Fragebogendaten (Elternfragebogen, Kinderfragebogen etc.)
- ▶ Laborwerte
- ▶ Daten des medizinischen Messbogens (Gewicht, Größe etc.)
- ▶ CAPI-Daten (ärztliches Interview)
- ▶ Daten von div. Tests (Ergometer, Aktometer, Reaktionstest, etc.)

Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente liegen die Daten sowohl in elektronischer als auch in Papierform vor. Die Daten werden zu weiteren **Verarbeitung**, sofern sie in elektronischer Form vorliegen, automatisch in eine Datenbank importiert und mittels einer Vielzahl von Prüfroutinen automatisch validiert. Erweist sich ein Datensatz als nicht plausibel oder fehlerhaft, so wird dieser mit Hilfe eines Regelwerks wenn möglich korrigiert oder als ungültig gekennzeichnet. Anschließend werden die Daten in ein SPSS Datenfile exportiert. Dagegen werden die in Papierform vorliegenden Daten der Fragebögen mittels SPSS Data Entry direkt in ein SPSS Datenfile manuell erfasst. Nach Vorliegen aller Einzeldaten eines Untersuchungszentrums werden die Teildatenbestände einem Gesamtabgleich unterzogen und auf Vollständigkeit und Vollzähligkeit geprüft.

Fazit: Die erfolgreiche Planung, Organisation und Durchführung eines Surveys in dieser Größenordnung kann nur mit intensiver DV-technischer Unterstützung erfolgen. Der Fokus des Datenmanagements kann sich nicht allein auf die Verwaltung der Erhebungsdaten beschränken, sondern muss in gleichem Maß Instrumente zur Verwaltung und Kontrolle von Prozessdaten zur Steuerung der Geschäftsprozesse liefern. Aufgrund der Vielzahl und Komplexität der Einzelaufgaben muss das Datenmodell ein hohes Maß an Flexibilität und Stabilität gewährleisten.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Anfragen** zu KiGGS unter: KiGGS@RKI.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 12.5.2004 (17. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	69	935	1.011	1	21	25	2	60	83	50	1.040	971	2	32	23		
Bayern	75	1.175	1.340	2	51	63	7	192	133	80	1.236	1.141	5	43	32		
Berlin	25	343	437	1	9	1	4	44	65	35	534	582	1	22	24		
Brandenburg	33	426	503	0	2	15	3	62	77	22	324	359	1	7	14		
Bremen	10	60	65	0	0	8	0	5	15	9	100	105	0	2	3		
Hamburg	14	228	198	0	8	13	0	9	6	22	410	348	1	10	15		
Hessen	33	595	774	0	4	5	1	33	41	35	732	706	1	11	17		
Mecklenburg-Vorpommern	11	345	344	0	3	4	1	77	114	41	308	284	1	4	2		
Niedersachsen	75	1.020	1.025	0	23	36	1	41	60	64	965	784	0	8	8		
Nordrhein-Westfalen	128	1.909	2.045	2	63	92	10	277	267	157	2.731	2.517	14	33	25		
Rheinland-Pfalz	43	560	641	0	28	25	3	46	53	37	577	498	0	8	6		
Saarland	6	104	107	0	0	0	0	8	10	11	172	172	0	1	0		
Sachsen	42	733	908	0	10	24	4	183	274	46	823	976	0	9	25		
Sachsen-Anhalt	40	563	694	0	1	3	11	177	142	20	356	312	0	5	8		
Schleswig-Holstein	32	315	332	0	9	5	0	29	27	25	432	341	0	2	2		
Thüringen	37	526	589	0	5	8	6	119	143	22	360	395	2	9	12		
Deutschland	673	9.837	11.013	6	237	327	53	1.362	1.510	676	11.100	10.491	28	206	216		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	6	61	61	2	35	42	20	388	317		
Bayern	7	104	99	1	46	56	27	571	453		
Berlin	4	31	28	0	23	24	10	290	123		
Brandenburg	0	6	4	0	7	4	3	21	24		
Bremen	0	7	3	0	2	7	2	13	9		
Hamburg	1	9	8	0	12	5	3	23	14		
Hessen	1	25	45	3	31	31	17	185	176		
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	3	0	9	6	2	35	34		
Niedersachsen	3	22	29	2	42	47	15	270	246		
Nordrhein-Westfalen	11	189	101	3	125	101	38	631	276		
Rheinland-Pfalz	1	27	24	0	25	30	6	139	106		
Saarland	0	3	2	1	8	3	0	8	11		
Sachsen	1	9	4	1	13	18	2	71	65		
Sachsen-Anhalt	0	7	16	0	12	8	5	53	41		
Schleswig-Holstein	1	4	20	0	11	11	1	58	57		
Thüringen	0	11	19	1	9	1	2	34	27		
Deutschland	36	520	466	14	410	394	153	2.790	1.979		

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-labor diagnostisch 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. 12.5.2004 (17. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
5	103	138	35	1.101	2.954	129	1.538	2.071	11	181	148	1	8	8	Baden-Württemberg
6	150	160	71	1.104	1.638	206	2.460	3.012	18	201	131	0	10	9	Bayern
1	61	52	15	753	1.040	58	1.067	1.288	4	85	57	0	6	11	Berlin
4	54	89	60	1.064	2.348	124	1.575	2.361	2	23	26	0	1	3	Brandenburg
0	12	8	2	255	353	4	50	269	0	7	2	0	4	3	Bremen
3	38	44	9	452	874	32	498	541	3	40	34	1	5	1	Hamburg
4	99	77	21	458	1.001	59	970	1.281	1	65	49	0	6	7	Hessen
2	55	60	50	959	1.330	126	1.408	2.156	5	66	28	1	10	9	Mecklenburg-Vorpommern
9	198	195	70	1.567	3.783	112	1.565	2.269	8	75	41	1	18	16	Niedersachsen
20	333	319	101	1.937	3.603	186	2.877	3.883	13	224	161	4	33	21	Nordrhein-Westfalen
8	96	104	71	1.531	2.671	78	1.232	1.967	2	58	30	3	12	2	Rheinland-Pfalz
0	29	31	1	73	328	11	124	390	1	15	7	0	2	0	Saarland
7	193	213	81	2.800	3.262	133	2.997	5.704	2	76	78	0	8	16	Sachsen
6	113	135	17	560	1.476	114	2.146	2.713	5	41	27	0	1	7	Sachsen-Anhalt
7	48	59	13	326	1.042	18	406	596	2	16	15	0	1	0	Schleswig-Holstein
6	133	144	32	960	1.186	118	2.067	2.489	0	11	8	1	2	2	Thüringen
88	1.715	1.828	649	15.900	28.889	1.508	22.980	32.990	77	1.184	842	12	127	115	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
0	20	34	0	7	15	14	232	292	Baden-Württemberg	
0	31	44	0	6	22	17	242	350	Bayern	
1	10	18	0	3	2	5	104	113	Berlin	
0	4	12	0	1	3	1	45	73	Brandenburg	
0	2	6	0	0	8	0	24	20	Bremen	
0	1	9	0	1	4	5	77	69	Hamburg	
1	21	19	0	6	11	12	179	209	Hessen	
0	10	17	0	0	1	5	45	41	Mecklenburg-Vorpommern	
1	20	33	1	6	207	12	174	205	Niedersachsen	
3	78	96	1	12	120	32	508	603	Nordrhein-Westfalen	
0	10	18	1	3	27	8	88	99	Rheinland-Pfalz	
0	4	11	0	0	1	0	29	46	Saarland	
0	11	19	0	0	1	3	56	94	Sachsen	
0	13	27	0	0	4	2	73	79	Sachsen-Anhalt	
0	5	9	0	4	15	3	60	60	Schleswig-Holstein	
1	13	16	0	1	2	2	42	51	Thüringen	
7	253	388	3	50	443	121	1.978	2.404	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. 12.5.2004 (17. Woche)

Krankheit	17. Woche 2004	1.–17. Woche 2004	1.–17. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	6	478	21	397
Brucellose	0	6	8	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	22	15	76
Dengue-Fieber	2	43	33	131
FSME	1	1	1	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	10	23	82
Hantavirus-Erkrankung	2	23	33	143
Influenza	11	3.334	8.063	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	22	32	77
Legionellose	4	98	99	395
Leptospirose	1	11	12	37
Listeriose	2	92	86	255
Ornithose	0	2	11	41
Paratyphus	2	22	17	72
Q-Fieber	2	66	23	386
Trichinellose	0	4	3	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	16	26	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zu einer Häufung von Infektionen mit *Salmonella (S.) Give*

Seit Ende Februar 2004 wird gegenüber den Vorjahren das verstärkte Auftreten von *S.-Give*-Infektionen beobachtet. Die Meldungen stammen vor allem aus den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Das Altersspektrum der Betroffenen reicht von einem Jahr bis 84 Jahre. Im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen durch die zuständigen Behörden in Sachsen-Anhalt und in Niedersachsen konnte *S. Give* auch in mehreren Schweinefleischproben nachgewiesen werden. Epidemiologische Untersuchungen und Ermittlungen hinsichtlich der Herkunft des Fleisches wurden eingeleitet.

In diesem Zusammenhang sollten neu gewonnene *S.-Give*-Isolate von Stuhl- oder Lebensmittelproben (sowie evtl. auch noch vorhandene Isolate älteren Datums) zur weiteren Feintypisierung an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) in Wernigerode geschickt werden:

NRZ für Salmonellen u. a. bakterielle Enteritiserreger
am Robert Koch-Institut (Bereich Wernigerode)
Stichwort „Give“
Burgstraße 37
38855 Wernigerode

Ansprechpartner am RKI ist Herr Dr. Andreas Jansen, Abteilung für Infektionsepidemiologie (E-Mail: JansenA@rki.de, Tel.: 01888.754-3743).

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

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
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 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