



Epidemiologisches Bulletin

8. Juli 2005 / Nr. 27

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Poliomyelitis: Anhaltend hohe Impfraten zur Eradikation unabdingbar

Nach der erfolgreichen Eradikation der Pocken hat sich die WHO als Nächstes zum Ziel gesetzt, auch die Polio zu eradizieren. Da der Mensch das einzige Reservoir für das Poliovirus ist, kann die Zirkulation des Virus durch eine entsprechende Schutzimpfung unterbrochen werden. Diese Impfung sollte in Deutschland gemäß der STIKO-Empfehlungen (s. *Epid. Bull.* 30/2004) durchgeführt werden. Durch globale Bemühungen konnte in den vergangenen Jahren eine deutlich abnehmende Zahl von Poliofällen weltweit verzeichnet werden (s. a. *Epid. Bull.* 43/2004). So registrierte die WHO im Jahr 1988 noch etwa 350.000 Fälle gegenüber nur 1.266 Fällen im Jahr 2004.

Wenn in einer WHO-Region über drei Jahre keine Zirkulation von Poliovildviren nachgewiesen wurde, wird diese von der WHO als „Polio-frei“ zertifiziert. Bis zum Ende des Jahres 2004 war dies bereits für drei der sechs WHO-Regionen möglich: Amerika (seit dem Jahr 1994), Westpazifik (seit dem Jahr 2000) und Europa (seit dem Jahr 2002). Als weiterer Erfolg der Eradikationsbemühungen war Ende des Jahres 2003 die Polio lediglich noch in sechs Ländern endemisch: Nigeria, Ägypten, Niger, Äthiopien, Indien und Pakistan.

Das ursprüngliche Ziel, die Zirkulation der Wildviren noch im Jahr 2005 gänzlich zum Erliegen zu bringen, scheint dennoch gescheitert. Bei diesem Scheitern spielt ein vielschichtiges Ursachengeflecht eine Rolle: Neben Kriegen haben auch wirtschaftliche, politische und nicht zuletzt soziokulturelle Rahmenbedingungen einen Einfluss auf Impfraten. Ein Beispiel hierfür ist das politisch und religiös motivierte Aussetzen der Polio-Impfkampagne in den nördlichen Landesteilen Nigerias über den Zeitraum von einem Jahr, welches in diesem Endemiegebiet Ende des Jahres 2003 zu einer deutlichen Zunahme von Polioerkrankungen geführt hat. Obwohl die Impfungen dort im Jahr 2004 wieder aufgenommen wurden, war der Rückschlag in Bezug auf die Eradikationskampagne gravierend. Die Polio breitete sich als Folge von Importen zunächst in den Nachbarstaaten aus. Nach WHO-Angaben traten Erkrankungsfälle und eine nach Jahren der Poliofreiheit erneute autochthone Viruszirkulation in sechs Nachbarstaaten auf: Burkina Faso, Elfenbeinküste, Mali, Sudan, Tschad und der Zentralafrikanischen Republik.

Bisher wurden infolge des beschriebenen Ausbruchs in Westafrika in insgesamt 16 vormals „Polio-freien“ Ländern Erkrankungsfälle verzeichnet. Die derzeitige Ausbreitung der Polio beschränkt sich allerdings nicht auf den afrikanischen Kontinent; drei der betroffenen Länder liegen außerhalb Afrikas. Ende des Jahres 2004 wurden in Saudi-Arabien zwei importierte Erkrankungen bekannt. Über zwei noch anhaltende Ausbrüche wurde kürzlich aus dem Jemen und aus Indonesien berichtet.

Insgesamt verdeutlicht die derzeitige Situation die Notwendigkeit des Aufrechterhaltens einer hohen Populationsimmunität gegen die Polio zum Schutz vor dem Import von Erkrankungen auch in als „Polio-frei“ klassifizierten Regionen, so auch in Deutschland und Europa – wobei hier die Immunität unter Migranten ebenfalls bedeutsam ist. Bei reisemedizinischen Beratungen sollte immer der Impfstatus bezüglich Polio überprüft und im Fall von Reisen in Regionen mit Infektionsrisiko ggf. aufgefrischt werden (s. Empfehlungen der STIKO).

Diese Woche 27/2005

Poliomyelitis:

- ▶ Zur Situation weltweit und zur Bedeutung hoher Impfraten für die Eradikation
- ▶ Aktuelle Ausbrüche im Jemen und in Indonesien

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

- ▶ TOKEN-Studie zu Todesfällen bei Kindern im 2. bis 24. Lebensmonat
- ▶ Survey KiGGS zu Übergewicht und Adipositas

Malaria:

DTG-Empfehlungen zur Prophylaxe in neuer Fassung erschienen

Veranstaltungshinweise

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen April 2005 (Stand: 1. Juli 2005)
- ▶ Aktuelle Statistik 24. Woche 2005 (Stand: 6. Juli 2005)

Hantavirus-Erkrankungen:

Zum vermehrten Auftreten in Deutschland

Zu den aktuellen Polio-Ausbrüchen im Jemen und in Indonesien

Im **Jemen** wurden nach Angaben der WHO insgesamt 300 Fälle von Polio (Stand: 04.07.2005) registriert, die in 17 von 22 Gouvernaten des Landes auftraten. Der aktuelle Ausbruch von Polio war am 22. April offiziell bekannt geworden. Der erste Erkrankungsfall war im Gouvernat Hudaidah an der Küste des Roten Meeres verzeichnet worden. Als Beginn der importierten Erkrankung wurde der 25. Februar angegeben. Aus Hudaidah wurden auch die meisten der weiteren Poliofälle (75 %) gemeldet.

Bei dem Erreger handelt es sich um ein Poliowildvirus vom Typ 1. Die Ergebnisse der Sequenzierung ergaben weiterhin, dass das Virus genetische Verwandtschaft mit den im Sudan zirkulierenden Viren aufweist, die ursprünglich aus dem Norden Nigerias stammten.

Bereits vor Bekanntwerden des aktuellen Ausbruchs war ein Nationaler Impftag (NID) gegen Polio Mitte des Monats April als Reaktion auf die Gefahr des Imports von Erkrankungen durchgeführt worden. Als Reaktion auf den aktuellen Ausbruch wurde zudem die Surveillance der AFP (*acute flaccid paralysis*) verstärkt. Auch eine Impfkampagne, bei der alle Kinder unter fünf Jahren während einer Von-Haus-zu-Haus-Begehung mit einem monovalenten oralen Impfstoff (mOPV) geimpft werden sollten, wurde Ende Mai/Anfang Juni durchgeführt. Ein weiterer NID gegen Polio ist für den 11. Juli anberaumt.

Im Jemen war seit 1996 kein Fall einer Polio registriert worden. Nach Angaben der WHO hat dort ein vergleichsweise niedriger Durchimpfungsgrad von geschätzten 70 % die Ausbreitung der Polio begünstigt. Die Tatsache, dass 75 % aller Erkrankungsfälle aus einem Gouvernat stammen, ist nach Auffassung der WHO auf den präventiven Nationalen Impftag im Monat April zurückzuführen, der vermutlich eine weitere Ausbreitung verhindert hat.

In **Indonesien** traten nach 10-jähriger Poliofreiheit wieder Poliofälle auf. Insgesamt wurden bisher 100 Erkrankungen (Stand: 05.07.05) verzeichnet. Deren Auftreten war zunächst auf die Provinzen West-Java und Banten beschränkt, im Verlauf des Juni wurde jedoch auch über je eine Erkrankung in

der Provinz Zentral-Java und einer Provinz auf der Insel Sumatra berichtet. Der Index-Fall für den Ausbruch in Indonesien war ein 18 Monate altes Mädchen, das am 13. März erkrankt war. Das für die betroffene WHO-Region zuständige Referenzlabor klassifizierte das Virus als Poliowildvirus vom Typ 1. Genetische Analysen des Virus ergaben eine Verwandtschaft zu den derzeit in Westafrika und im Sudan sowie den im Jemen zirkulierenden Viren.

Als Reaktion auf den Ausbruch war bereits Ende Mai eine s.g. *mop-up*-Impfkampagne mit dem Ziel gestartet worden, etwa 6,4 Millionen Kinder unter fünf Jahren in der Provinz West-Java sowie zwei Nachbarprovinzen zu impfen. Diese wurde Ende Juni wiederholt. Zudem wurde nach Bekanntwerden des Erkrankungsfalls in Zentral-Java dort eine weitere Impfkampagne durchgeführt. Zusätzliche groß angelegte Impfkampagnen sind für August dieses Jahres geplant.

Nach Angaben der WHO wurde in Indonesien durch das Abhalten regelmäßiger Nationaler Impftage ein Durchimpfungsgrad gegen Polio von über 90 % erzielt. Es wird jedoch angenommen, dass dieser in lokal oder regional begrenzten Gebieten auch deutlich niedriger sein könnte. Die AFP-Surveillance vor Ort entspricht gemäß der Einschätzung eines internationalen Expertenteams im Jahr 2003 den geforderten Standards zur Entdeckung zirkulierender Poliowildviren.

Eine Ende Juni aus **Angola** gemeldete Polioerkrankung eines 17 Monate alten Mädchens steht nicht in Verbindung mit dem Ausbruch im Norden Nigerias. Laboruntersuchungen lokalisieren die Herkunft des Poliowildvirus vom Typ 1 in Indien. Virologische und epidemiologische Untersuchungen legen zudem einen zeitlich erst kurz zurückliegenden Import des Virus nahe. Allerdings war die Reiseanamnese sowohl für das Kind als auch dessen Familie negativ. Der beschriebene Fall ist der erste Poliofall in Angola seit dem Jahr 2001. Der Durchimpfungsgrad bei Kindern in Angola wird auf durchschnittlich 45 % geschätzt.

Quelle: www.who.int

Die TOKEN-Studie: Untersuchung zu Todesfällen bei Kindern im 2. bis 24. Lebensmonat

Die sog. TOKEN-Studie ist eine vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführte Studie über Todesfälle bei Kindern im 2. bis 24. Lebensmonat. Diese Untersuchung soll dazu beitragen, bisher unbekannte Risikofaktoren für einen Tod im frühen Kindesalter zu erkennen – z. B. bestimmte Lebensumstände, problematische Schwangerschafts- und Geburtsverläufe, Erkrankungen, medizinische bzw. medikamentöse Behandlungen einschließlich Impfungen. Die Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und zwei pharmazeutischen Firmen finanziell gefördert. Ihre Entwicklung und Durchführung wird von einem hierzu berufenen international und interdisziplinär besetzten wissenschaftlichen Beirat begleitet.

Im Rahmen der prospektiven, auf 3 Jahre angelegten Studie sollen alle Gesundheitsämter gebeten werden, Todesfälle im genannten Altersbereich aus den amtlichen Todesbescheinigungen zu identifizieren und dem RKI mitzuteilen. Für die Aussagekraft der Studienergebnisse ist es von zentraler Bedeutung, dass alle Todesfälle bei Kindern im 2. bis 24. Lebensmonat in die geplante epidemiologische Untersuchung eingeschlossen werden.

Nach Information der Sorgeberechtigten und mit deren Einverständnis werden ihnen und den behandelnden Ärzten Fragebögen zur medizinischen Vorgeschichte des verstorbenen Kindes zugeschickt. Dies geschieht durch die Projektpartner an der Universitäts-Kinderklinik Magdeburg, die auch eine Unterstützung und Beratung der Eltern

anbieten. Für Todesfälle, bei denen eine Obduktion staatsanwaltschaftlich angeordnet wurde, wird in den beteiligten rechtsmedizinischen Instituten das Einverständnis der Sorgeberechtigten erbeten, auch diese Untersuchungsergebnisse im Rahmen der Studie wissenschaftlich auswerten zu dürfen.

Alle erhobenen Angaben werden streng vertraulich nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der jeweiligen Landesgesetzgebungen (z. B. der Datenschutz- und Bestattungsgesetze der Länder) behandelt. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt nach Entfernen aller Namen und Anschriften, so dass aus den Ergebnissen

keinerlei Rückschlüsse auf Einzelpersonen mehr möglich sind. Für die Studie liegen positive Voten der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover, des Bundesbeauftragten und der Landesbeauftragten für den Datenschutz vor; eventuelle Empfehlungen dieser Einrichtungen wurden umgesetzt. Die zuständigen Ministerien und obersten Behörden der Länder wurden um ihre Unterstützung gebeten.

In Abstimmung mit den Landesbehörden erhalten die Gesundheitsämter vom RKI schriftlich detaillierte Informationen zur Durchführung der Studie. Die Untersuchung wird im zweiten Halbjahr 2005 beginnen.

Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Zu Übergewicht und Adipositas von Kindern und Jugendlichen



Das Thema der „dicken“ Kinder ist derzeit in den Medien sehr populär, allerdings sind die Aussagen zu Ursachen, möglichen Interventionen und Präventionsstrategien sehr unterschiedlich. Die Angaben zur Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas sind weit gestreut und reichen von 15 bis 50 % für Übergewicht und von 3 bis 7 % für Adipositas. Dies lässt Skeptiker an der Existenz des Problems überhaupt zweifeln. Dazu gibt es allerdings keinen Grund: **Die Datenlage ist** derzeit **ausreichend** um zu wissen, dass sich in den letzten 10 bis 20 Jahren der Anteil übergewichtiger und auch adipöser Kinder erhöht hat.

Die Datenlage ist bislang **nicht ausreichend**, um die ungünstige Entwicklung genau zu quantifizieren, für die verschiedenen Altersgruppen und auch regional zu differenzieren, und um festzustellen, unter welchen, gesundheitlichen und sozialen Rahmenbedingungen diese ungünstige Entwicklung besonders rasant vonstatten geht.

Zur Definition von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Ein einfach zu handhabender, wenn auch nicht allen Anforderungen genügender Parameter zur Bestimmung von Adipositas und Übergewicht ist der Body Mass Index (BMI).

Body Mass Index (BMI):

$$\frac{\text{Körpergewicht in Kilogramm (kg)}}{\text{Körpergröße in Metern zum Quadrat (m}^2\text{)}}$$

Grenzwerte im Erwachsenenalter:

Übergewicht = BMI > 25 kg/m², Adipositas = BMI > 30 kg/m²

Anders als bei Erwachsenen können wegen der alters-, entwicklungs- und geschlechtsabhängigen Veränderungen der Körpermasse im Verlauf der Entwicklung von Kindern bei diesen keine fixen Grenzwerte festgelegt werden. Es wird vielmehr auf der Grundlage bestimmter Referenzdaten Übergewicht als BMI-Wert oberhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile und Adipositas bei einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile definiert (s. a. unter www.leitlinien.de). Hierbei handelt es sich im Prinzip um rein statistisch ermittelte Festlegungen, die den Ist-Zustand in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt beschreiben und damit auch jeweils von der zugrunde liegenden Referenzpopulation abhängen. Daher gibt es

unterschiedliche Referenzsysteme, die national und international zur Bestimmung von Adipositas und Übergewicht Verwendung finden können und die zu partiell unterschiedlichen Ergebnissen führen können, was die Schätzung der Auftretenshäufigkeit betrifft.

Da es in Deutschland bislang keine repräsentative Erhebung des BMI über alle Altersgruppen von 0 bis 18 Jahren zu einem einheitlichen Zeitpunkt gibt, war die Festlegung eines deutschen Referenzsystems nur als Kompromiss möglich: Aus den verschiedenen Erhebungen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten für unterschiedliche Altersgruppen und auch mit unterschiedlichen Methoden erhoben wurden, wurde im Jahr 2001 eine Art „Daten-Patchwork“ zusammengestellt, um daraus Referenzkurven für Übergewicht und Adipositas in Deutschland zu bestimmen.¹ Dieses Referenzsystem wird zur deutschlandweiten Nutzung von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfohlen.

Zur aktuellen Datenlage

Bei der Einschätzung der Lage geht es nicht so sehr darum, sich auf einen bestimmten Prozentsatz von übergewichtigen Kindern festzulegen, sondern darum festzustellen, ob es einen zeitlichen Trend gibt zu immer mehr Kindern, die in ihrer Altersgruppe eine bestimmte BMI-Grenze überschreiten, und um regionale Unterschiede. Die wohl wichtigste Informationsquelle hierzu sind die Schuleingangsuntersuchungen, die zwar in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Inhalte haben können, bei denen aber immer Größe und Gewicht der 5- bis 6-Jährigen gemessen werden. Anhand des daraus ermittelten BMI kann für die Altersgruppe der 5- bis 6-Jährigen die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas festgestellt werden. In Tabelle 1, die durch Herrn Kuhn vom LGA München zusammengetragen und freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde, sind regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern ablesbar.

Aufbauend auf den Daten der Schuleingangsuntersuchungen sind zudem Aussagen zu zeitlichen Entwicklungen möglich. So ist sowohl bei den Brandenburger als auch bei den bayerischen Einschülern und ebenso in Niedersachsen dokumentiert, dass der Prozentsatz derjenigen,

	Schul-/ Untersuchungsjahr	Übergewichtige (einschl. adipöser) Kinder in %			Adipöse Kinder in %		
		insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Baden-Württemberg		Daten liegen derzeit nur altersdifferenziert vor					
Bayern	2003/2004	9,3	9,3	9,2	3,9	4,1	3,7
Berlin	2001	11,7			5		
Brandenburg	2003/2004	11,5	11,2	11,8	5,1	5,1	5,0
Bremen							
Hamburg							
Hessen	2003/2004	11,3	11,5	11,0	4,8	4,8	4,6
Mecklenburg-Vorpommern	2003/2004	13,3	14,7	11,8	6,9	8,3	5,3
Niedersachsen	2003		10,4	11,5		4,6	5,1
Nordrhein-Westfalen	2003/2004	11,0	11,0	10,9	4,7	4,4	4,9
Rheinland-Pfalz							
Saarland							
Sachsen							
Sachsen-Anhalt							
Schleswig-Holstein	2003/2004	10,3	9,9	10,7	4,4	4,5	4,2
Thüringen							
Datenzusammenstellung: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2005 Quellen: Niedersachsen: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.): Übergewicht bei Schulanfängern. Hannover 2004 Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2003 - 2. Berlin 2003, S. 83 Übrige: Abfrage durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit u. Lebensmittelsicherheit bei den zuständigen Länderstellen, April 2004							

Tab. 1: Übergewicht und Adipositas bei Einschülern (Referenzsystem Kromeyer-Hauschild et al.)¹

deren BMI oberhalb der 90. bzw. 97. Perzentile eines der möglichen Referenzsysteme liegt, zunimmt. Dieser zeitliche Trend zeigt sich dort, wo Schulabgangsuntersuchungen durchgeführt werden (wie etwa in Brandenburg), auch für die 16-Jährigen. Was die übrigen Altersgruppen betrifft, so gibt es lediglich punktuelle Informationen, die aber die Zeichnung eines alle Altersgruppen umfassenden Bildes nicht zulassen.

Zu erwartende Informationen aus dem Kinder- und Jugendsurvey des RKI

Mit der Studienpopulation des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS) wird erstmalig eine für alle Altersgruppen und ganz Deutschland repräsentative Referenzdatenmenge zu Größe, Gewicht und damit auch für den BMI zur Verfügung stehen. Damit ist die Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas alters- und geschlechtsabhängig in der Bundesrepublik insgesamt abschätzbar. Zudem wird zwar nicht nach Bundesländern, aber doch nach Ost- und Westdeutschland, nach Stadt und Land, nach großen und kleinen Gemeinden und nach Migrationshintergrund differenziert werden können. Gleichzeitig wären die KiGGS-Daten der ideale Datensatz, um neue deutsche Referenzkurven für Übergewicht und Adipositas zu gewinnen. Diese wären dann international vergleichbar sowohl in der Erhebungs- als auch in der Auswertungsmethodik (Glättungsverfahren der Kurven nach internationalen Standards).

Ein Problem dabei ist, dass sich mit Anstieg der BMI-Werte in der Population auch die Perzentile ändern, so dass Prävalenzdaten zu Übergewicht und Adipositas deutlich niedriger ausfallen, wenn BMI-Referenzwerte aus jüngerer Zeit herangezogen werden. Der Wechsel zu einem neuen Referenzsystem in Deutschland hätte den Effekt einer „Währungsreform“: Retrospektiv müsste umgerechnet werden, für die Zukunft wäre ein einheitliches Koordinatensystem vorhanden. Gemeinsam mit der AGA wird sich

dieses Problem sicher lösen lassen. Die Schuleingangsuntersuchungen in ganz Deutschland könnten sich so künftig mit den durch sie ermittelten BMI-Werten an der aktuellen bundesdeutschen Referenzpopulation messen.

Auch wenn der Survey keine Adipositas-Studie ist, wird mit seiner Hilfe zum Thema Adipositas und Übergewicht im Kindesalter sehr viel Zusätzliches und Neues zu erfahren sein. Man wird feststellen können, in welchem Alter der ungesunde Trend zur Übergewichtigkeit einsetzt, welche ungünstigen und welche „Schutzfaktoren“ für die Entwicklung von Übergewicht existieren. Die Kinder werden beim Survey sowohl in ihrem sozialen Umfeld, in ihrer Einbettung in Familie und Freundeskreis erfasst als auch in ihrer körperlichen Aktivität, ihrer psychischen Belastbarkeit, ihrem Ernährungsverhalten, ihren Freizeitaktivitäten und ihrem Gesundheitszustand insgesamt. So werden zwar keine kausalen Zusammenhänge zur Entwicklung von Übergewicht und Adipositas entdeckt, aber zumindest Hypothesen dazu entwickelt werden können. Risikogruppen können identifiziert, die gesundheitlichen und psychischen Auswirkungen von Übergewicht beschrieben sowie die Entwicklung von Präventions- und Interventionsstrategien unterstützt werden.

So sich die Vision von der wiederholten Untersuchung und Befragung der KiGGS-Kinder in die Realität umsetzen ließe, könnten tatsächlich in der Beobachtung des zeitlichen Verlaufes Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge identifiziert werden und die Wirkung von Prävention und Intervention evaluiert werden. Dann würde auch die wohl allen am Herzen liegende Frage: „Welche dicken Kinder werden tatsächlich auch dicke Erwachsene?“ beantwortbar sein.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. **Anfragen zu KiGGS:** KiGGS@rki.de.

1. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, et al.: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001; 149: 807–818

Malariaphylaxe: Empfehlungen der DTG zur in neuer Fassung erschienen

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 707 nach Deutschland importierte Malariaerkrankungen auf dem Meldeweg erfasst, darunter auch 2 Todesfälle. Mit einer adäquaten Prophylaxe hätte mit hoher Sicherheit ein Großteil dieser nicht selten lebensbedrohenden Erkrankungen verhindert werden können. Bedeutsam für die Prävention sind in diesem Zusammenhang reisemedizinische Beratungen auf der Basis von Vorgaben, die zeitnah an sich verändernde Infektionsrisiken und Neuerungen in der Prophylaxe angepasst werden. Bei der Beratung muss auch berücksichtigt werden, dass das Risiko, eine Malaria zu erwerben, von vielen Faktoren abhängt. Dabei spielen neben der Art der Erreger (verschiedene Plasmodienarten) und der Häufigkeit des Vorkommens der infizierten Vektoren (Anophelesmücken) neben anderem auch die lokale Resistenzlage der Plasmodien, der individuelle Reisestil und die Aufenthaltsdauer im Endemiegebiet eine Rolle.

Die **Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (DTG)** hat als Basis für Beratungen „**Empfehlungen zur Malariavorbeugung**“ verfasst, die in einer aktuellen Fassung (Stand Mai 2005) sowohl im Internet als PDF-Dokument (siehe unter www.dtg.org) als auch als Printversion zur Verfügung stehen. Im Vergleich zu der vorherigen Fassung aus dem Jahr 2004 findet sich als besondere Neuerung

eine Änderung der Empfehlung für den Indischen Subkontinent; dort wird aktuell anstelle der bisherigen medikamentösen Regelprophylaxe eine Notfalltherapie empfohlen. Einzelheiten hierzu sowie zu weiteren Länderempfehlungen sind den Informationen (Broschüre, PDF-Dokument) der DTG zu entnehmen. Generell ist zu bemerken, dass sich die DTG-Empfehlungen als Standard-Empfehlungen an einem „Durchschnittsreisenden“ orientieren. In der reisemedizinischen Beratung muss aber immer eine individuelle Risikoabwägung getroffen werden, die unter Umständen zu einer abweichenden Empfehlung führen kann.

Die „Empfehlungen zur Malariavorbeugung“ können zusammen mit Empfehlungen zu Reiseimpfungen unter Einsendung eines ausreichend frankierten (1,44 Euro) und adressierten Briefumschlags der Größe A5 unter folgender Adresse bestellt werden:

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) e.V.
 Info-Service
 Postfach 40 04 66
 80704 München

Hinweise auf Veranstaltungen

German BioSafety 2005 – Forum für Detektion, Persönliche Schutzausrüstung und Dekontamination

Termin: 13.–15. September 2005; **Veranstaltungsort:** Stuttgart

Träger/Partner: Arbeitskreis Bevölkerungsschutz „Interdisziplinäres Expertennetzwerk Biologische Gefahrenlagen“, Berlin; Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn; Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V., München; Robert Koch-Institut, Berlin; Ständige Arbeitsgemeinschaft der Kompetenz- und Behandlungszentren, Leipzig; Wehrwissenschaftliches Institut für Schutztechnologien, Munster

Themen: Schutzausrüstung, Dekontamination, Labornachweis bioterroristisch relevanter Agenzien, Management biologischer Gefahren u. a.

Veranstalter/Leitung: Andreas Schlicht, ProjektTeam Stuttgart; Schützenbühlstr. 43, 70435 Stuttgart; Tel.: 0711. 8879 6980; Fax: 0711. 8879 6981; E-Mail: Andreas.Schlicht@projektteam-stuttgart.de; Website: www.german-biosafety.de

in Zusammenarbeit mit:

Arbeitskreis Bevölkerungsschutz
 „Interdisziplinäres Expertennetzwerk Biologische Gefahrenlagen“;
 Robert Koch-Institut, Seestr. 10;
 13353 Berlin, Tel.: 01888. 754–3721; Fax: 01888. 754–3705;
 E-Mail: Sassej@rki.de; Website: www.bevoelkerungsschutz.de

9. Intensivkurs für kosten- und umweltbewusstes Hygienemanagement im Krankenhaus

Termin: 22. und 23. September 2005

Veranstaltungsort: Würzburg, Maritim Kongresszentrum

Veranstalter: BZH GmbH, Beratungszentrum für Hygiene, Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. med. F. Daschner, Stühlingerstr. 21, 79106 Freiburg

Kongressorganisation: Susanne Heyermeyer, Tel: 07 61 . 202 678–0; Fax: 07 61 . 202 678–28;

E-Mail: sheyermeyer@bzh-freiburg.de; Website: www.bzh-freiburg.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diagnosemonat: **April 2005** (Stand v. 1.7.2005)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gem. § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	Apr.	Jan.–Apr.	Apr.	Jan.–Apr.	Apr.	Jan.–Apr.	Apr.	Jan.–Apr.	Apr.	Jan.–Apr.					
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004					
Baden-Württemberg	19	81	72	10	55	95	8	28	42	0	7	6	0	0	0
Bayern	34	109	154	25	85	115	9	47	32	0	6	9	0	0	0
Berlin	54	211	240	26	104	114	7	17	33	1	1	1	0	0	1
Brandenburg	3	18	21	5	9	11	1	4	3	0	1	1	0	0	0
Bremen	3	15	9	3	13	7	0	3	2	0	1	0	0	0	0
Hamburg	13	49	59	16	65	54	4	15	17	0	0	0	0	0	0
Hessen	33	104	108	7	24	51	3	9	8	1	1	1	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	12	14	1	4	6	1	2	2	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	9	45	70	6	27	33	1	6	15	0	1	3	1	1	0
Nordrhein-Westfalen	62	240	234	41	134	156	4	33	56	4	15	9	0	1	2
Rheinland-Pfalz	5	34	31	2	19	25	0	6	14	0	1	1	0	0	1
Saarland	1	9	4	1	5	4	0	2	0	1	1	0	0	0	1
Sachsen	11	67	54	6	20	9	1	8	2	0	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	10	18	19	1	6	12	1	1	6	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	2	24	21	5	14	8	1	6	1	0	0	1	0	0	0
Thüringen	2	9	2	4	7	4	1	2	3	0	0	0	0	1	0
Deutschland	262	1.045	1.112	159	591	704	42	189	236	7	36	33	1	4	5

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 6.7.2005 (24. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	24.	1.-24.	1.-24.	24.	1.-24.	1.-24.	24.	1.-24.	1.-24.	24.	1.-24.	1.-24.	24.	1.-24.	1.-24.	
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	131	1.684	1.507	2	43	45	7	99	103	152	2.195	1.645	3	49	59	
Bayern	156	2.086	2.110	3	111	79	20	324	289	185	2.520	1.858	1	88	63	
Berlin	63	601	596	1	20	14	1	84	60	83	1.135	850	2	46	34	
Brandenburg	33	616	803	2	22	3	2	94	85	58	780	549	2	15	11	
Bremen	7	100	93	1	2	0	1	13	10	13	248	171	0	0	3	
Hamburg	26	284	354	0	7	12	0	11	13	40	780	628	2	15	13	
Hessen	63	1.103	971	0	4	5	6	58	39	104	1.322	1.133	1	37	17	
Mecklenburg-Vorpommern	21	429	523	0	5	5	6	129	113	51	654	575	0	1	7	
Niedersachsen	82	1.565	1.610	7	53	31	4	84	62	137	1.952	1.487	1	16	14	
Nordrhein-Westfalen	163	3.111	2.974	4	87	79	15	471	392	385	6.246	4.350	0	39	52	
Rheinland-Pfalz	66	1.108	1.017	0	25	32	10	119	70	55	1.082	890	2	20	12	
Saarland	4	215	214	1	5	2	0	15	9	11	334	276	0	1	1	
Sachsen	56	1.174	1.251	1	25	11	13	309	267	114	1.705	1.390	3	49	16	
Sachsen-Anhalt	28	734	894	1	14	2	10	270	232	50	648	544	1	12	10	
Schleswig-Holstein	41	487	514	0	23	13	2	56	49	49	877	658	0	11	2	
Thüringen	35	766	825	1	6	7	17	204	173	41	651	601	1	20	10	
Deutschland	975	16.063	16.256	24	452	340	114	2.340	1.966	1.528	23.129	17.605	19	419	324	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	24.	1.-24.	1.-24.	24.	1.-24.	1.-24.	24.	1.-24.	1.-24.			
	2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	3	38	78	4	63	56	23	539	566			
Bayern	0	65	132	1	66	72	24	824	887			
Berlin	1	47	45	1	38	40	13	445	458			
Brandenburg	0	14	11	0	1	7	2	45	43			
Bremen	0	9	9	0	5	6	1	15	14			
Hamburg	0	15	12	0	8	16	2	28	32			
Hessen	3	51	34	2	44	45	8	216	261			
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	7	1	11	11	0	35	44			
Niedersachsen	0	45	36	0	47	63	25	365	392			
Nordrhein-Westfalen	4	122	248	7	122	169	32	672	775			
Rheinland-Pfalz	1	27	33	0	44	45	17	278	233			
Saarland	0	3	3	0	6	11	1	21	14			
Sachsen	0	14	17	0	12	19	5	124	133			
Sachsen-Anhalt	0	10	12	0	29	18	1	105	74			
Schleswig-Holstein	0	20	6	1	11	16	5	107	94			
Thüringen	0	8	12	0	14	16	2	81	62			
Deutschland	12	493	695	17	521	610	161	3.900	4.082			

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. 6.7.2005 (24. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			Land
24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
5	139	146	40	3.440	1.333	53	2.461	2.127	11	271	255	2	27	14	Baden-Württemberg
17	240	212	39	3.217	1.415	147	5.019	3.417	18	410	291	1	12	12	Bayern
5	73	87	35	3.242	1.011	9	2.053	1.281	7	166	142	0	18	23	Berlin
7	111	86	43	3.564	1.324	33	3.297	1.900	0	41	31	1	18	1	Brandenburg
0	14	19	63	445	311	4	219	106	1	30	14	0	9	6	Bremen
2	48	50	4	912	483	8	889	591	5	64	50	0	2	5	Hamburg
7	110	123	5	2.064	580	14	1.762	1.347	6	103	100	1	7	7	Hessen
8	78	72	29	2.905	1.362	50	3.049	1.882	4	103	101	0	48	20	Mecklenburg-Vorpommern
11	227	280	33	4.481	1.836	49	2.826	2.043	2	125	107	3	29	23	Niedersachsen
19	372	456	58	8.221	2.312	81	6.171	3.757	13	386	314	7	56	53	Nordrhein-Westfalen
3	151	143	58	2.910	1.677	46	1.984	1.649	5	78	78	0	6	16	Rheinland-Pfalz
0	48	42	3	658	94	6	437	205	0	15	20	0	1	2	Saarland
8	293	294	62	6.056	3.822	70	7.483	4.239	4	201	130	3	70	11	Sachsen
6	152	152	26	1.834	776	15	4.232	2.570	5	90	61	1	20	4	Sachsen-Anhalt
2	87	86	24	1.047	454	14	858	553	0	31	23	0	3	1	Schleswig-Holstein
15	218	197	64	2.925	1.412	76	3.002	2.611	0	52	21	0	8	2	Thüringen
115	2.361	2.445	586	47.921	20.202	675	45.742	30.278	81	2.166	1.738	19	334	200	Deutschland

Weitere Krankheiten									
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose			Land
24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	24.	1.–24.	1.–24.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	
0	36	32	0	14	10	12	319	370	Baden-Württemberg
0	57	44	10	194	9	15	453	400	Bayern
1	15	14	1	26	3	7	154	183	Berlin
1	12	6	0	7	1	5	76	79	Brandenburg
0	3	2	0	1	0	0	29	41	Bremen
0	7	3	0	5	1	8	95	103	Hamburg
1	21	26	1	254	10	14	270	255	Hessen
0	8	13	0	1	0	0	62	65	Mecklenburg-Vorpommern
1	44	24	3	28	6	12	235	206	Niedersachsen
3	97	98	0	18	18	20	682	782	Nordrhein-Westfalen
0	13	15	0	17	4	1	126	138	Rheinland-Pfalz
0	6	4	0	0	0	5	40	45	Saarland
0	18	15	1	9	0	1	94	104	Sachsen
1	10	14	0	1	0	6	85	90	Sachsen-Anhalt
1	9	8	1	4	4	0	57	85	Schleswig-Holstein
0	23	15	1	1	1	2	69	64	Thüringen
9	379	333	18	580	67	108	2.846	3.010	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. 6.7.2005 (24. Woche 2005)

Krankheit	24. Woche 2005	1.–24. Woche 2005	1.–24. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	4	84	602	652
Brucellose	1	11	9	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	27	37	80
Dengue-Fieber	2	47	61	121
FSME	8	43	31	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	35	18	54
Hantavirus-Erkrankung	20	196	52	242
Influenza	0	12.642	3.370	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	32	33	68
Legionellose	7	180	165	475
Leptospirose	0	16	14	58
Listeriose	3	164	131	295
Ornithose	5	24	5	15
Paratyphus	1	22	35	106
Q-Fieber	3	31	84	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	41	30	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung

Botulismus: Bayern, 36 Jahre, männlich
(Wundbotulismus; 23. Meldewoche; 3. Botulismus-Fall 2005)

Zu Ausbrüchen von besonderer Bedeutung**Zum vermehrten Auftreten von Hantavirus-Erkrankungen**

In Deutschland ist weiterhin eine relativ starke Hantavirus-Aktivität zu beobachten. Bis zum Ende der 26. Meldewoche des Jahres 2005 sind 238 Hantavirus-Fälle an das RKI übermittelt worden (Stand 05.07.2005). Bei 82% (194/238) der übermittelten Erkrankungen konnte eine Infektion mit dem Serotyp Puumala nachgewiesen werden. Besonders betroffen sind die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Bayern und Hessen.

Im Vergleichszeitraum des Berichtsjahres 2004 wurden lediglich 64 Fälle übermittelt. Auch an Deutschland angrenzende Länder (z. B. Frankreich, Belgien) berichten über eine Zunahme der Hantavirus-Erkrankungen im Jahr 2005.

Als ein möglicher Grund für die beobachtete Häufung der Hantavirus-Fälle wird eine Zunahme der für die Übertragung verantwortlichen Nagetierpopulation, der Rötelmaus, angenommen. Um konkrete Risikofaktoren für Hantavirus-Erkrankungen in Deutschland aufzudecken, führt das RKI in Zusammenarbeit mit den Landesstellen und den Gesundheitsämtern eine bundesweite Fall-Kontrollstudie durch.

Ansprechpartnerinnen für Rückfragen zur Studie sind Frau Dr. J. Koch (KochJ@rki.de) und Frau Dr. M. Abu Sin (AbuSinM@rki.de).

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.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
Fax.: 01888.754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

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-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

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