



# Epidemiologisches Bulletin

2. September 2005 / Nr. 35

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Reiseassoziierte infektionsbedingte Erkrankungen im Jahr 2004

Infektionskrankheiten, die bei Reisen oder anderen Aufenthalten im Ausland – besonders auch in außereuropäischen Regionen – erworben wurden, sind nach wie vor ein wichtiger Teil der infektionsbedingten Morbidität. Als „reiseassoziiert“ werden dabei sowohl importierte Fälle von Krankheiten, die in Deutschland nicht autochthon vorkommen, bezeichnet als auch solche, die zwar auch in Deutschland auftreten können, aber meist im Ausland erworben werden. Zuletzt wurde im *Epidemiologischen Bulletin* zur Situation im Jahr 2003 berichtet (38/2004). Der vorliegende Bericht basiert auf den Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem RKI für das Jahr 2004 übermittelt wurden (Datenstand 01.03.2005). Diese wurden ergänzt um Angaben aus anderen Erfassungssystemen (SIMPID, TropNetEurop, Leishmaniose-Fallsammlung), insbesondere auch zu nichtmeldepflichtigen importierten Krankheiten. Zur Malaria werden ergänzend Daten aus den Vereinigten Staaten (für das Jahr 2003) einbezogen. Berichte zu einigen reiseassoziierten Krankheiten, wie **Brucellose** und **Trichinellose**, waren bereits im Situationsbericht 2004 „Meldepflichtige Zoonosen“ (*Epid. Bull.* 28/2005) enthalten.

### Malaria

Für das Berichtsjahr 2004 wurden mit 707 weniger Malaria-Fälle gemeldet als in den Vorjahren (2003: 820 Fälle; 2002: 859; 2001: 1.045; 2000: 836; 1999: 931; 1998: 1.008). Eine ähnlich geringe Fallzahl wie im Jahr 2004 wurde zuletzt 1993 mit 732 Fällen beobachtet. Ein eindeutiger Trend ist damit in den zurückliegenden Jahren nicht zu beobachten. Bezogen auf die Bevölkerungszahl errechnet sich für Deutschland im Jahr 2004 eine Inzidenz von 0,9 Fällen pro 100.000 Einwohner (s. Abb. 1). Die Anzahl der in den einzelnen Monaten diagnostizierten Malaria-Erkrankungen reichte von 45 Fällen im August bis zu 73 Fällen in den Monaten Januar und Juli.

**Erkrankungen nach Bundesländern:** Da für die Malaria nach § 7 Abs. 3 IfSG eine nichtnamentliche Meldung (ohne Angabe des genauen Wohnortes des Patienten) erfolgt, basiert die Zuordnung der Fälle zu Bundesländern auf Angaben der dreistelligen Postleitzahlen (PLZ) des Wohnortes des Patienten, des einsendenden Arztes oder ersatzweise des Labors. Damit kann nur eine annähernde Verteilung der Fälle nach Bundesländern bestimmt werden (siehe dazu auch *Epid. Bull.* 41/2001).

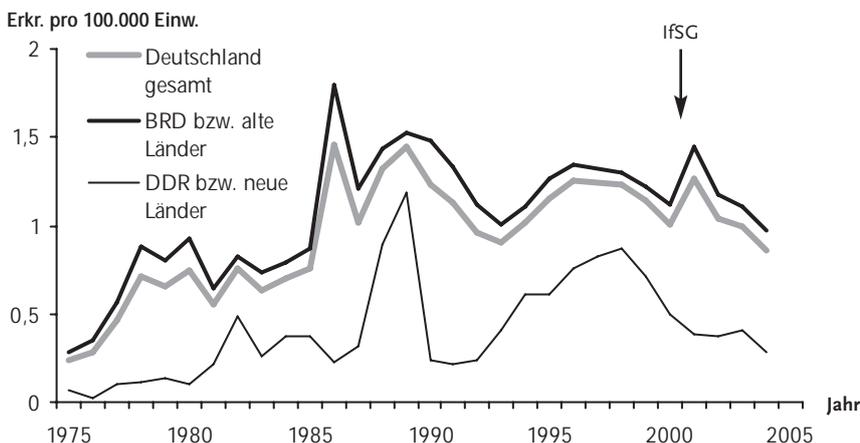


Abb. 1: Gemeldete Malariaerkrankungen in Deutschland nach Jahren, Deutschland 1975 bis 2004 (nach Daten des Statistischen Bundesamtes bis 2000; Zahlen des RKI ab 2001)

Diese Woche

35/2005

### Reiseassoziierte Infektionskrankheiten: Situationsbericht

Deutschland 2004

- ▶ Malaria mit Anmerkungen zur Situation in Europa und den USA
- ▶ Shigellose
- ▶ Typhus abdominalis
- ▶ Paratyphus
- ▶ Cholera
- ▶ Fleckfieber
- ▶ Läuserückfallfieber
- ▶ Lepra
- ▶ Dengue-Fieber
- ▶ Schistosomiasis
- ▶ Leishmaniose

### Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

KiGGS: Zur Teilnahme von  
Migrantenkindern

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Juni 2005 (Stand: 1. September 2005)

- ▶ **Meldepflichtige Infektionskrankheiten:** Aktuelle Statistik 32. Woche 2005 (Stand: 31. August 2005)



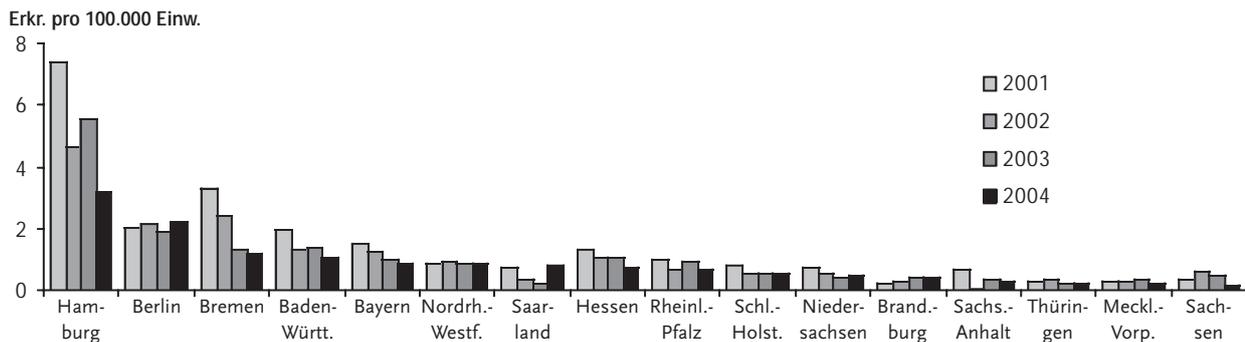


Abb. 2: Gemeldete Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2001 bis 2004 nach Bundesland

Die Häufigkeit der Malaria-Fälle, die für die verschiedenen Bundesländer ermittelt wurden, differierte – wie in allen Vorjahren – auch bei Bezug auf die Bevölkerungszahlen sehr stark (s. Abb. 2). Im Jahr 2004 wurde für Hamburg eine Inzidenz von 3,2 Fällen pro 100.000 Einwohner ermittelt, für Berlin von 2,2, hingegen wurde für andere Bundesländer wie Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen eine Inzidenz von nur 0,2 errechnet.

Ursachen für die Unterschiede zwischen den Bundesländern können sowohl im Reiseverhalten der deutschen Wohnbevölkerung als auch im unterschiedlichen Anteil von Bürgern aus Malaria-Endemiegebieten liegen. In allen Jahren liegen **Hamburg** und **Berlin** gemeinsam mit Bremen an der Spitze, wobei Hamburg stets eine höhere Inzidenz aufweist als Berlin. Die Frage, wodurch die höhere Erkrankungshäufigkeit in Hamburg im Vergleich zu Berlin bedingt sein könnte, wurde näher untersucht. Das Reiseverhalten in verschiedenen Regionen Deutschlands kann anhand der im RKI vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Deshalb liegen auch keine Erkenntnisse über eventuelle Unterschiede im Reiseverhalten von Berlinern und Hamburgern vor.

Um mögliche soziodemografische Unterschiede bei den Erkrankten in verschiedenen Regionen zu analysieren, wurden die Angaben zu Herkunfts- und Infektionsländern analysiert. Während Erkrankte deutscher Herkunft von 2001 bis 2004 in Deutschland insgesamt einen Anteil von 50% haben, liegt dieser Anteil z. B. in Hamburg nur bei 34%, d. h. in Hamburg erkrankten in diesem Zeitraum fast doppelt so viele Einwohner nichtdeutscher Herkunft ( $n=196$ ) wie Deutsche ( $n=100$ ). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass in Hamburg überproportional viele Bürger aus Ghana unter den Erkrankten zu finden sind. Während in Deutschland insgesamt 12% der an Malaria Erkrankten aus Ghana stammen, sind es in Hamburg 33% ( $n=100$ ). Bürger ausländischer Herkunft (z. B. aus Nigeria) sind unter den Erkrankten in ähnlichen Relationen vertreten wie in Deutschland insgesamt. In Berlin liegt sowohl der Anteil deutscher Patienten als auch der Patienten aus Ghana bzw. Nigeria auf gleichem Niveau wie in Deutschland insgesamt. Ähnlich sieht es bei den Infektionsländern aus. Aus Ghana wurden 45% der Malaria-Fälle in Hamburg importiert, aber nur 20% der Fälle in Berlin und 21% der Fälle in Deutschland insgesamt. Andere Infektionsländer sind in Hamburg ähnlich häufig vertreten wie in Deutschland insgesamt. Beispielsweise Nigeria wurde als Infektions-

land für Deutschland insgesamt (2001–2004) in 12% der Fälle angegeben, für Hamburg in 12%, für Berlin in 14%.

Die ermittelten Unterschiede der Malaria-Inzidenz in den Bundesländern stehen im Einklang mit den von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder ausgewiesenen Anteilen ausländischer Bürger an der Gesamtbevölkerung (Deutschland: 8,9%, Hamburg: 14,6%, Berlin: 13,2%, Thüringen und Sachsen-Anhalt: jeweils 2,0%), wobei keine detaillierten Daten zu einzelnen Herkunftsländern vorliegen.

Unterschiede zwischen den Jahren können Ausdruck sein für ein unterschiedliches Reiseaufkommen oder auch für ein unterschiedliches Infektionsrisiko in bestimmten bereiten Regionen. Auffällig ist, dass die ermittelten Inzidenzen in einzelnen Bundesländern von Jahr zu Jahr teilweise sehr unterschiedlich sind und keinem einheitlichen Trend folgen. Unterschiede der ermittelten Inzidenzen zwischen den Jahren sind z. B. in Hamburg besonders deutlich ausgeprägt, während die Werte für Berlin nur gering schwanken.

Als ein weiterer Einflussfaktor auf die Höhe der Inzidenz kommt auch die Zuordnung des Falles vorzugsweise nach PLZ des diagnostizierenden Labors (wegen fehlender PLZ des Patienten bzw. PLZ des Arztes auf dem Meldebogen) in Betracht. Dies kann dazu führen, dass in einem Bundesland mit dort ansässigen auf die Malaria-Diagnostik spezialisierten Institutionen mit großem Einzugsgebiet überproportional hohe Inzidenzen zustande kommen. Es zeigte sich, dass in den beiden Jahren (2001 und 2003), in denen für Hamburg Inzidenzen ermittelt wurden, die mit sehr großem Abstand die für Berlin ermittelten überstiegen, vergleichsweise viele Fälle durch die Labor-PLZ diesem Bundesland zugeordnet wurden. Im Jahr 2001 waren es 18,6% der Fälle (Deutschland gesamt 13,1%), 2003 waren es sogar 26,0% (Deutschland gesamt 11,6%), 2002 entsprechend 13,6% zu 12,0%. Im Jahr 2004 verbesserte sich die Situation deutlich: nur 3,6% der Hamburger Fälle wurden anhand der Labor-PLZ diesem Bundesland zugeordnet (Deutschland gesamt 7,9%).

Als Erklärung für die vorliegenden Unterschiede kommen sicherlich nicht zuletzt auch Unterschiede im Einhalten der Meldepflicht in Betracht, die bei entsprechend großen Einrichtungen mit großer Patientenzahl einen entscheidenden Einfluss auf die Inzidenz in einem Bundesland haben können. (Bremen, das in allen betrachteten Jahren stets nach Inzidenz mit an der Spitze lag, wurde aufgrund der geringen Fallzahlen – 2003 und 2004 nur 9 bzw. 8 Fälle – in diese Betrachtungen nicht mit einbezogen.)

**Infektionsgebiete:** Der größte Teil (87%) der Malaria-Erkrankungen wurde – wie schon in den Vorjahren – aus afrikanischen Ländern importiert (s. Tab. 1). Dabei lag Afrika in der Rangfolge weit vor Asien, Amerika und Australien/Ozeanien. Aus europäischen Ländern wurde kein Fall importiert. Besonders viele Erkrankungsfälle traten bei Reisen in westafrikanische Länder und nach Kenia auf (s. Tab. 2). Papua-Neuguinea und Indien waren mit 11 bzw. 8 Fällen die wichtigsten Infektionsländer außerhalb Afrikas. Einschränkung muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Infektionsland nur für 576 Fälle (81%) bekannt ist, so dass Angaben hierzu für immerhin 131 Fälle fehlen.

Kontinent	Anzahl d. Nennungen	Anteil in Prozent
Afrika	502	87
Asien	38	7
Amerika	25	4
Australien/Ozeanien	11	2
Europa	0	0
<b>Summe</b>	<b>576</b>	<b>100</b>

Tab. 1: Gemeldete Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2004 nach dem dem Infektionsgebiet zuzuordnenden Kontinenten (Angaben für 576 Fälle)

Infektionsland	Anzahl d. Nennungen	Anteil in Prozent
Ghana	119	21
Nigeria	77	13
Kamerun	50	9
Kenia	46	8
Uganda	21	4
Gambia	18	3
Togo	16	3
Sierra Leone	15	3
Benin	14	2
Elfenbeinküste	14	2
Westafrikanisches Land ohne nähere Bezeichnung	14	2
Andere	172	30
<b>Summe</b>	<b>576</b>	<b>100</b>

Tab. 2: Gemeldete Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2004 nach den 10 am häufigsten genannten Infektionsländern (Angaben für 576 Fälle)

**Alter und Geschlecht der Erkrankten:** Die Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 49 Jahren wiesen die höchste Inzidenz auf. Dabei war die Inzidenz bei den Männern in einigen Altersgruppen mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen. Lediglich in der Altersgruppe „25 bis 29 Jahre“ erreichte die Inzidenz der Frauen annähernd die der Männer.

Wie schon in den Vorjahren erkrankten insgesamt wiederum deutlich mehr männliche als weibliche Personen (1,2 Erkr./100.000 Einw. bzw. 0,5 Erkr./100.000 Einw.). Unter den Erkrankten, die ursprünglich aus Endemiegebieten stammen, sind Männer zu 78 % vertreten, Frauen zu 22 %. Bei den erkrankten Personen, die nicht aus einem Endemiegebiet kommen, sind 65 % männlichen und 35 % weiblichen Geschlechts.

Die Unterschiede zwischen der Inzidenz bei Männern und Frauen, die auch in den Vorjahren in ganz ähnlicher Weise ausgeprägt waren, sind vermutlich auf das unterschiedliche Reise- oder Präventionsverhalten zurückzuführen. Auch Geschlechtsunterschiede bei der aus Endemiegebieten stammenden Bevölkerung kommen als Erklärung in Betracht. Während Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 für häufigere Fernreisen der Männer sprechen (Altmann D, Breuer T, Rasch G, 1999), liegen Angaben über ein unterschiedliches Prophylaxeverhalten von Männern und Frauen nicht vor.

**Erregerspezies:** Unter den 666 Fällen mit Angaben zur Erregerspezies (entsprechend 94 % aller Fälle) wurde *Plasmodium falciparum* mit 77 % (n=515) am häufigsten diagnostiziert. Dies steht im Einklang damit, dass die meisten Erkrankungen in Afrika erworben wurden. An zweiter Stelle lag *P. vivax* mit 12 % (n=81), gefolgt von *P. ovale* (3%; n=20) und *P. malariae* (2%; n=12). Malaria tertiana (*P. vivax* oder *P. ovale*, ohne weitere Differenzierung des Erregers) machte 2 % (n=12) aus. Mischinfektionen hatten einen Anteil von 4 % (n=26). In 41 Fällen blieben die Erreger ohne Differenzierung (s. Abb. 3).

**Reisegründe:** Etwa die Hälfte der an Malaria Erkrankten waren Deutsche (49,7%). Im vorigen Jahr lag dieser Anteil in einem ähnlichen Bereich. 74 % der Deutschen erkrankten nach touristischen Reisen bzw. nach Besuchen von Freunden oder Verwandten, 14 % waren Geschäftsreisende. Weitere Reisegründe waren Ausbildung und Forschung, humanitäre Hilfe und Militäreinsatz. Bei den Bürgern ausländischer Herkunft lagen Reisen zu Verwandten und Bekannten an der Spitze der Nennungen.

**Praktizierte Chemoprophylaxe:** Der größte Teil der Erkrankten (73 %) hatte 2004 keinerlei Medikamente zur Prophylaxe verwendet. Diejenigen, die Prophylaxemedikamente eingenommen hatten, nahmen diese in vielen Fällen nicht den Empfehlungen entsprechend ein, lediglich 29 % von ihnen gaben an, dass sie die Medikamente regelmäßig eingenommen hätten. Es muss auch berücksichtigt werden, dass die angewendeten Medikamente teilweise nicht adäquat für die bereiste Region waren. In vielen Fällen wurden die verordneten Medikamente unregelmäßig oder für zu kurze Zeit angewendet. Somit kam es im Vergleich zu den Vorjahren zu keinen wesentlichen Veränderungen im Prophylaxe- bzw. Einnahmeverhalten der an Malaria Erkrankten.

**Sterbefälle:** Für das Jahr 2004 sind insgesamt 2 Sterbefälle gemeldet worden (2003: 5, 2002: 3 Sterbefälle). Betroffen waren eine Frau (38 Jahre alt) und ein Mann (60 Jahre alt), beide deutscher Herkunft. Beide Erkrankungen waren verursacht durch *P. falciparum* und waren während touristischer Aufenthalte in Kenia erworben worden. Beide hatten keine Chemoprophylaxe durchgeführt. Nach den Meldedaten und den im Surveillance-System SIMPID ermittelten Werten ergäbe sich eine Letalität, die unter einem Prozent läge. Allerdings ist gegenwärtig eine mögliche Untererfassung letaler Verläufe nicht auszuschließen (s. Kasten).

**Erfassung von Malaria im Sentinel-System SIMPID:** Neben der Erfassung auf der Basis der Meldepflicht nach IfSG werden Malaria-Erkrankungen seit dem Jahr 2001 in Deutschland auch durch das Surveillance-System SIMPID

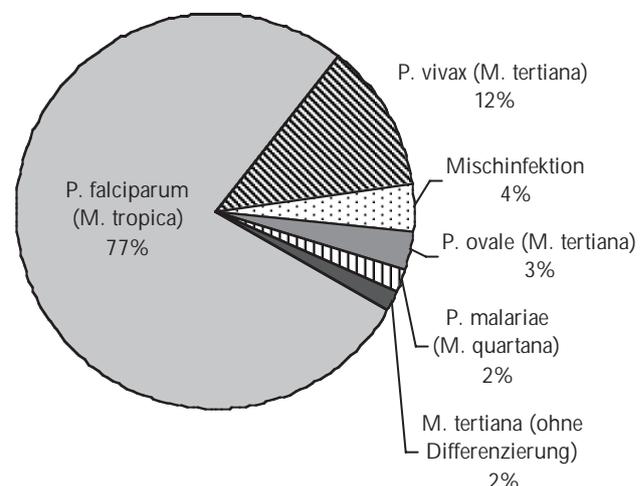


Abb. 3: Gemeldete Malaria-Erkrankungen in Deutschland 2004 nach Erregerspezies (Angaben liegen für 666 Fälle vor)

### Zu einigen Problemen bei der Erfassung der Malaria

Der Vergleich der IfSG-Melddaten mit den durch SIMPID erhobenen Ergebnissen zeigt, dass wiederum eine gute Übereinstimmung bezüglich wichtiger Variablen erreicht wurde. Dies betrifft z. B. Alter und Geschlecht, Erregerspezies oder die Infektionsgebiete. Mit 272 Fällen wurden durch SIMPID etwa 38 % der dem RKI gemeldeten Erkrankungen erfasst. Auch 2 Sterbefälle wurden 2004 in beiden Meldesystemen registriert.

Die **Unvollständigkeit der Angaben**, die im Rahmen der durch das IfSG vorgeschriebenen Meldepflicht übermittelt wurden, beeinträchtigte – wie schon in früheren Jahren – auch im Jahr 2004 die Qualität der verfügbaren Daten. Für insgesamt 534 Fälle (76 %) lagen die Meldebögen sowohl vom Labor als auch vom Arzt vor, für 166 Fälle (23 %) nur der Laborbogen, für 7 Fälle (1 %) nur der Arztbogen. Deshalb fehlten insbesondere auch Angaben zum Infektionsland oder zur Prophylaxe. Es ist dringend notwendig, möglichst vollständige Datensätze zu erhalten, um eine Analyse und Bewertung der Situation auf der Basis qualitativ guter Daten vornehmen zu können. Auch hinsichtlich einer schnelleren Übermittlung der Meldungen nach IfSG-Meldesystem gibt es nach wie vor Verbesserungsmöglichkeiten.

Aufgrund der Umstellung des Meldesystems zum 01.01.2001 ist der Vergleich mit den Meldezahlen bis zum Jahr 2000 problematisch. Mit dem In-Kraft-Treten des IfSG im Jahr 2001 wurde für die Malaria ein völlig anderer Meldeweg eingeführt. Dieser sieht die direkte Meldung durch das Labor bzw. den diagnostizierenden Arzt in anonymisierter Form an das RKI vor. Früher erfolgte die Meldung vom Arzt an das örtlich zuständige Gesundheitsamt, das die Meldung über die Landesbehörde an das RKI weitergab. Anhand eines Erhebungsbogens waren Angaben zum Einzelfall übermittelt worden. Deshalb sind die Melddaten vor und ab 2001 nur mit Einschränkungen vergleichbar.

**Zur Erfassung von Sterbefällen:** In früheren Jahren (vor 2000) wurden im Rahmen der Meldepflicht nach Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) jährlich um die 20 Sterbefälle bekannt. In den letzten Jahren wurden durch die BSeuchG- bzw. IfSG-Meldepflicht dagegen weniger Sterbefälle erfasst (2003: 5, 2002: 3, 2001: 8, 2000: 5 Sterbefälle). In der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, die auf der Auswertung der Totenscheine basiert, wurden jedoch teilweise deutlich mehr Sterbefälle ausgewiesen – 2003: 11, 2002: 7, 2001: 8, 2000: 8 Sterbefälle (Angaben für 2004 noch nicht verfügbar; erfahrungsgemäß ist die Validität dieser Daten teilweise eingeschränkt). Ein Problem stellt in diesem Zusammenhang dar, dass im IfSG keine Nachmeldungen vorgesehen sind und aufgrund der nichtnamentlichen Meldung auch nur schwer zu realisieren sind. Bei sofortiger Meldung, d. h. bei Einhaltung der im IfSG vorgeschriebenen Meldefristen kann es vorkommen, dass sich nachfolgend der Verlauf der Erkrankung verschlechtert und der Tod eintritt, nachdem die Meldung bereits erfolgt ist. Ein solcher Fall wäre nicht in den RKI-Meldungen registriert. Er würde jedoch in die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes eingehen.

**Wegen der großen Bedeutung der Sterbefälle für die Bewertung der Malaria-Situation in Deutschland wäre es von großem Vorteil, wenn bei bereits früher erfolgter Meldung einer später letal verlaufenden Malaria eine entsprechend ergänzende Mitteilung an das RKI übermittelt würde. Damit könnten diese Angaben, versehen mit der Labornummer, dem Monat und Jahr der Geburt, Geschlecht und Reiseland des Patienten im RKI dem Fall noch nachträglich zugeordnet werden.**

(Surveillance importierter Infektionen in Deutschland) erfasst. Es handelt sich dabei um ein Sentinel-Netzwerk, das Kliniken, Praxen und Institutionen im gesamten Bundesgebiet umfasst (57 Teilnehmer, Stand: Mai 2005). Für das Jahr 2004 liegen folgende Ergebnisse vor:

Insgesamt wurden in diesem Meldesystem 272 Malaria-Fälle erfasst (Stand: Mai 2005). Die häufigsten Infektionsländer liegen im tropischen Afrika, zu einem großen Teil in Westafrika. Männliche Personen stellten 68 %, weibliche 32 % der Fälle. Das Durchschnittsalter der Erkrankten lag bei 37 Jahren (2–76 Jahre). Malaria tropica hatte auch 2004

den höchsten Anteil: 211-mal (77,6 %) wurde als Erregerspezies *P. falciparum* und 46-mal (16,9 %) *P. vivax* bestimmt. Für die weiteren Fälle wurden *P. ovale* (2 Fälle; 0,7 %), *P. malariae* (3 Fälle, 1,1 %) bzw. Mischinfektionen (9 Fälle; 3,3 %) nachgewiesen. Bei 0,4 % (1 Fall) blieb die Spezies unbekannt. Zur Struktur der Erkrankten wurde ermittelt, dass der Anteil der Deutschen ca. 50 % aller Erkrankten betrug. Bei ihnen steht Tourismus mit 66 % an vorderster Stelle beim Reisezweck. Geschäftsreisende hatten einen Anteil von 10 %. Einwanderer und Flüchtlinge erkrankten überwiegend nach Besuchen von Freunden und Verwandten (83 %). Die Angaben zur Prophylaxe zeigten, dass 69 % der an Malaria Erkrankten keine Chemoprophylaxe durchgeführt hatten (71 % bei Malaria tropica).

Zur Klinik und zum Verlauf der Erkrankungen wurde ermittelt, dass in 93 % der Malaria-tropica-Fälle Fieber auftrat. Kopfschmerzen, muskuloskeletale Beschwerden und Müdigkeit folgten in der Rangfolge der Symptome. Zwei Malaria-Todesfälle wurden durch SIMPID erfasst, beide verursacht durch *P. falciparum*.

**Ansprechpartner** für SIMPID ist Herr PD Dr. med. Tomas Jelinek, Institut für Tropenmedizin Berlin.

### Zur Malaria in Europa – TropNetEurop

Im Rahmen des Netzwerkes *TropNetEurop* werden Daten zum Vorkommen von Malaria aus verschiedenen europäischen Ländern gesammelt und kurzfristig allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt.

Für das Jahr 2004 wurden im Rahmen von *TropNetEurop* von 48 beteiligten Einrichtungen (Stand: Mai 2005) insgesamt 1.017 Malaria-Fälle gemeldet (2003: 1.108, 2002: 1.010, 2001: 1.191, 2000: 1.243 Fälle). Malaria tropica hatte einen Anteil von 81 %. Der Anteil der Immigranten betrug 2004 annähernd 54 %, der Anteil ausländischer Besucher 7 %. Nach wie vor sind Besuche von Freunden und Verwandten in der Gruppe der Immigranten der häufigste Reisegrund (75 %). Bei den europäischen Patienten stehen Tourismus (57 %), Missionstätigkeit/Humanitäre Hilfe, Besuche von Freunden und Verwandten und Geschäftsreisen an vorderer Stelle.

**Ansprechpartner** für *TropNetEurop* ist Herr PD Dr. med. Tomas Jelinek, Institut für Tropenmedizin Berlin.

### Zur Malaria in den USA

Daten zur Malariasituation in den USA für das Jahr 2003 wurden im Juni dieses Jahres veröffentlicht (MMWR, 03. June 2005, Vol. 54, Nr. SS-2).

Insgesamt 1.278 Fälle wurden für 2003 gemeldet (2002: 1.337, 2001: 1.383, 2000: 1.402 Fälle). Der Anteil von *P. falciparum* betrug 53,3 %, der von *P. vivax* 22,9 % (*P. malariae*: 3,6 %, *P. ovale*: 2,6 %, Mischinfektionen: 0,9 %). In 16,6 % der Fälle blieb die Erregerspezies unbekannt (nicht übermittelt oder nicht bestimmt). Zehn Patienten erwarben ihre Infektion in den USA, einer davon vermutlich durch Transfusion, für einen Fall blieb die Ursache unbekannt. Acht Fälle durch lokale Transmission (alle *P. vivax*) wurden in Florida diagnostiziert. Durch PCR konnte nachgewiesen werden, dass es sich um den gleichen Erreger gehandelt hatte. Insgesamt 7 Malaria-Sterbefälle wurden in den USA 2002 gemeldet, 5 verursacht durch *P. falciparum* (für 2 Fälle keine Spezies-Differenzierung).

Der weitaus größte Teil der Fälle trat bei Zivilpersonen auf, 36 Fälle betrafen Militärpersonal. In ca. 70 % der Fälle waren US-Bürger betroffen, in 30 % Ausländer. Aus Afrika importierte Fälle hatten den größten Anteil (70 %, 840 Fälle). Aus Asien bzw. aus Ländern Amerikas wurden 15 % (177 Fälle) bzw. 12 % (147 Fälle) der Erkrankungen importiert.

Die Angaben zur Prophylaxe zeigten, dass 83 % der importierten Malaria-Fälle bei US-Bürgern auftraten, die entweder keine Chemoprophylaxe durchgeführt hatten bzw. Medikamente genommen hatten, die nicht für die bereiste Region empfohlen waren.

### Malaria in Deutschland – zusammenfassende Bewertung:

Malaria-Erkrankungen haben in Deutschland – als häufig importierte und oft auch schwer verlaufende Erkrankungsfälle – nach wie vor eine große Bedeutung. Grundsätzliche Veränderungen der Situation im Vergleich zu den Vorjahren sind im Jahr 2004 nicht zu verzeichnen. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Rückgang der Fallzahlen seit 2001 weiter fortsetzt. Jeder Einzelfall sollte Anlass sein, zu prüfen, welche Umstände bzw. Versäumnisse einer reiseassoziierten Malaria oder einem schweren klinischen Verlauf zu Grunde liegen. Eine weitere Verbesserung der Situation kann nur erreicht werden, wenn Reisende im Ergebnis einer qualifizierten reisemedizinischen Beratung eine adäquate Prophylaxe durchführen und im Falle von Erkrankungszeichen im Zusammenhang mit einem Auslandsaufenthalt unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Von konsultierten Ärzten wird erwartet, verdächtige Symptome richtig zu erkennen und zu bewerten und im Falle der Malaria durch eine schnelle Diagnose möglichst rasch das Einleiten einer spezifischen Therapie und einer geeigneten medizinischen Betreuung zu veranlassen.

### Shigellose (Bakterienruhr)

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 1.149 Erkrankungen an Shigellose gemäß Referenzdefinition übermittelt. Shigellosen haben im Vergleich zum Vorjahr um 45% zugenommen und erreichten damit nach einem Rückgang im Jahr 2003 (793 Erkrankungen) wieder das Niveau des Jahres 2002 (1.183 Erkrankungen). Der Anstieg übermittelter Erkrankungen geht sowohl auf die im Ausland als auch auf die in Deutschland erworbenen Shigellosen zurück. Wie schon in den beiden Vorjahren lässt die zeitliche Verteilung der Meldungen einen Häufigkeitsgipfel im Spätsommer/Herbst erkennen. Der Erkrankungsgipfel in der 49. Meldewoche geht auf einen Shigellose-Ausbruch bei 35 Teilnehmern einer Studienreise nach Ägypten zurück.

Die Shigellose-Inzidenz betrug in Deutschland 1,4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Die bundesweite Verteilung der Krankheitsfälle zeigte ein heterogenes Bild. Eine vergleichsweise hohe Inzidenz wurde in Berlin, Bremen, Sachsen, Hamburg und Thüringen registriert; ein durchschnittliches Inzidenzniveau wiesen Bayern, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hessen, Brandenburg und Sachsen-Anhalt auf. Eine verhältnismäßig niedrige Inzidenz wurde im Saarland, in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein beobachtet. Angaben zum Infektionsland wurden in 96% der Erkrankungen übermittelt. Der Anteil der in Deutschland erworbenen Shigellosen lag mit 30% leicht über dem Niveau des Vorjahres (27%; 2001: 29%, 2002: 36%).

Die am häufigsten genannten anderen Infektionsländer waren 2004 wie auch schon in den vergangenen Jahren **Ägypten** (25%), **Indien** (7%) und die **Türkei** (6%). Die 10 Länder, die am häufigsten als Infektionsland genannt wurden, sind in Tabelle 3 zusammengestellt.

Inwieweit es sich bei den in Deutschland erworbenen Shigellosen um autochthone Fälle oder um Sekundärinfektionen nach Kontakt mit im Ausland erkrankten Personen

handelte, kann auf der Basis der übermittelten Daten nicht immer bestimmt werden. Die Unterschiede in der zeitlichen und geographischen Verteilung zwischen den in Deutschland und den im Ausland erworbenen Shigellosen lassen jedoch vermuten, dass zumindest ein Teil der in Deutschland erworbenen Infektionen nicht in Bezug zu einer im Ausland erworbenen Shigellose steht. In Berlin zeigte sich im Frühsommer 2004 eine deutliche Zunahme der Shigellosen bei Männern, für die kein Auslandsaufenthalt bekannt war. Dies war auf eine Häufung von *Shigella-sonnei*-Infektionen bei homosexuellen Männern zwischen Juni und September 2004 zurückzuführen. Der Ausbruch umfasste etwa 50 Männer im Alter zwischen 20 und 59 Jahren (s. *Epid. Bull.* 8/2005). Ein ähnlicher Ausbruch hatte sich bereits im Herbst 2001 ereignet.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich im Berichtsjahr in allen Altersgruppen ein Anstieg der Erkrankungshäufigkeit. Die Altersverteilung der Shigellosen zeigte auch 2004 zwei Gipfel: Der erste betraf Kinder unter 10 Jahren, der zweite Gipfel lag bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 39 Jahren. Betrachtet man die Altersverteilung nach Infektionsland, so fällt auf, dass ein größerer Anteil (55%) der erkrankten Kinder (unter 10 Jahren) die Infektion in Deutschland erworben hat, während etwa drei Viertel der Shigellosen in der Altersgruppe der über 10-Jährigen aus dem Ausland importiert wurden.

Bei 1.064 (93%) der übermittelten Shigellosen fanden sich Eintragungen zur **Spezies**. In 72% der Fälle handelte es sich um Infektionen mit *S. sonnei*, am zweithäufigsten um Infektionen mit *S. flexneri* (20%); *S. boydii* (5%) und *S. dysenteriae* (2%) spielten – wie bereits in den Vorjahren – in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich zwischen importierten und im Inland erworbenen Shigellosen zeigte sich grundsätzlich dieselbe Rangfolge der Spezies. Dabei wurden jedoch nur 2 der 21 Infektionen mit *S. dysenteriae* in Deutschland erworben.

Im Jahr 2004 wurden 43 **Häufungen** übermittelt, die insgesamt 192 Erkrankungen umfassten. Im Vergleich zum Vorjahr ist sowohl die Anzahl der Häufungen (2003: 33) als auch die Anzahl der betroffenen Erkrankungen (2003: 121) gestiegen. Neben den oben erwähnten Ausbrüchen auf einer Studienreise nach Ägypten und bei homo-

Infektionsland	Anzahl d. Nennungen	Anteil in Prozent
Deutschland	338	30
Ägypten	284	25
Indien	82	7
Türkei	72	6
Dominikanische Republik	42	4
Tunesien	34	3
Mexiko	20	2
China	16	1
Marokko	15	1
Ghana	11	1
Andere	202	18
<b>Summe</b>	<b>1.116</b>	<b>100</b>

**Tab. 3:** Gemeldete Shigellose in Deutschland 2004 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 1.104 Erkrankungen)

sexuellen Männern in Berlin ereignete sich ein weiterer großer Ausbruch in einer Kindertagesstätte in Berlin mit 28 übermittelten Fällen.

Durch das Meldewesen werden nur Shigellosen erfasst, die in Deutschland diagnostiziert werden. Infektionen, die von Reisenden aus Deutschland im Ausland erworben werden und dort noch vor der Rückkehr erfolgreich behandelt wurden, werden zumeist nicht erfasst.

### Typhus abdominalis

Im Jahr 2004 wurden 82 Fälle entsprechend der Referenzdefinition übermittelt. Dies entspricht einer Zunahme von 24 % gegenüber 66 Erkrankungen 2003 und 39 % gegenüber 59 Erkrankungen 2002, liegt aber unterhalb der 89 für 2001 übermittelten Fälle. Die bundesweite Inzidenz lag 2004 bei 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Insgesamt sind die Erkrankungszahlen an Typhus in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland deutlich zurückgegangen (1951 betrug die Inzidenz noch 10,6 Fälle/100.000 Einw.). Die 2004 wöchentlich gemeldeten Erkrankungszahlen schwankten zwischen 0 und 7. Anders als in den Vorjahren, in denen keine Saisonalität erkennbar war, konnte 2004 ein deutlicher Anstieg der übermittelten Erkrankungen im III. Quartal verzeichnet werden (36 Fälle, davon 13 aus Indien importiert).

Im Gegensatz zu 2003, als Typhus-Erkrankungen nur in der Hälfte der Bundesländer registriert wurden, kam es 2004 in fast allen Bundesländern zur Übermittlung von Typhus-Fällen. Lediglich in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und im Saarland wurden keine Erkrankungen verzeichnet. Angaben zum Infektionsland lagen für 80 der 82 übermittelten Erkrankungen vor. Rund 86 % der Erkrankungen (n=69) wurden vermutlich importiert (s. Tab. 4).

Von den 11 Erkrankungen, bei denen Deutschland als Infektionsland genannt wurde, gehören 5 Fälle zu einem **Ausbruch in der Stadt Leipzig**. Obwohl die Fälle eindeutig epidemiologische Zusammenhänge aufwiesen, konnte die definitive Infektionsquelle trotz intensiver Untersuchungen nicht ermittelt werden. Die epidemiologische Untersuchung ergab allerdings, dass der Verzehr bestimmter Lebensmittel aus einer Imbiss-Einrichtung mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko assoziiert war (s. *Epid. Bull.* 32/2005). Ob es sich bei den übrigen 6 Erkrankungen um autochthone Erkrankungsfälle im engeren Sinne oder um sekundäre Infektionen in der Folge von nach Deutschland importierten

Erkrankungsfällen handelte, konnte anhand der übermittelten Daten nicht bestimmt werden.

Die an Typhus Erkrankten verteilten sich auf alle Altersgruppen. Erwachsene zwischen 20 und 39 Jahren (rd. 50 % der Erkrankungen) und Kinder zwischen 5 und 9 Jahren (8,5 % der Erkrankungen) machten den Großteil der Fälle aus. Insgesamt waren rund 50 % der Erkrankten (n=42) männlichen Geschlechts.

### Paratyphus

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 106 Erkrankungen übermittelt, die die Referenzdefinition erfüllen, verglichen mit 74 Erkrankungen im Vorjahr. Dies entspricht einer Zunahme von 43 %. Die Inzidenz von Paratyphus-Erkrankungen ist in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland insgesamt deutlich zurückgegangen: Wurden im Jahr 1951 noch 10,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner erfasst, so lag der Wert im Jahr 2004 bei etwas über 0,1 und damit nur leicht höher als in den drei Vorjahren. Die wöchentlich übermittelten Erkrankungszahlen schwanken zwischen 0 und 7 Fällen. Die meisten Erkrankungen wurden im Spätsommer (Juli bis September) gemeldet; 44 % entfielen auf diese drei Monate. Nicht in allen Bundesländern wurden Erkrankungen registriert. Am meisten betroffen waren Bayern, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, die zusammen 65 % aller Fälle übermittelten.

Bei 103 Erkrankungen (97 %) lagen **Angaben zum Infektionsland** vor. Mehr als die Hälfte dieser Erkrankungen (64 %) waren demnach importiert, davon 22 Fälle aus **Indien**, 17 Fälle aus der **Türkei**, je 4 aus Pakistan und Kambodscha, 3 aus Indonesien und je 1 bis 2 Fälle aus verschiedenen anderen Ländern in Asien, Nordafrika, Südamerika und Südosteuropa. In 37 Fällen wurde Deutschland als Infektionsland angegeben. Ob es sich hierbei um in Deutschland originäre Erkrankungsfälle oder um sekundäre Infektionen in Folge importierter Erkrankungsfälle handelt, geht bei den nicht zu dem weiter unten beschriebenen Ausbruch gehörigen Fällen aus den übermittelten Angaben nicht hervor.

Alle Altersgruppen waren vertreten, jedoch 2004 im Gegensatz zum Vorjahr neben Kindern und Jugendlichen auch wieder vermehrt junge Erwachsene. Jungen und Männer waren etwas häufiger betroffen als Mädchen und Frauen.

105 Fälle wurden labordiagnostisch bestätigt, bei 58 Fällen (55 %) handelte es sich um Infektionen mit *S. Paratyphi B*, gefolgt von *S. Paratyphi A* in 46 Fällen (44 %) und *S. Paratyphi C* in nur einem Fall. Auch in den Jahren 2001 und 2002 wurden Infektionen mit *S. Paratyphi B* am häufigsten übermittelt – 2003 dagegen war *S. Paratyphi A* der am häufigsten genannte Serovar. Bei drei der Erkrankungen durch *S. Paratyphi B* wurde vermerkt, dass es sich um den d-Tartrat-positiven enteritischen Pathovar von *S. Paratyphi B* handelt (früher *S. Java*). Bei 31 der 37 Fälle (84 %) mit Infektionsland Deutschland handelte es sich um Infektionen mit dem Serovar *S. Paratyphi B*. Auch bei den in der Türkei erworbenen Infektionen handelte es sich überwiegend (76 %) um *S. Paratyphi B*. Alle 20 Fälle aus Indien mit Angabe des Serovars waren Infektionen mit *S. Paratyphi A*.

Infektionsland	Anzahl d. Nennungen	Anteil Prozent
Indien	29	36
Deutschland	11	14
Pakistan	8	10
Bangladesch	4	5
Indonesien	4	5
Türkei	4	5
Angola	2	3
Nepal	2	3
Syrien	2	3
Andere	14	18
<b>Summe</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Tab. 4:** Gemeldeter Typhus abdominalis in Deutschland 2004 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern (Mehrfachnennungen möglich, Angaben für 80 Erkrankungen)

Im Jahr 2004 wurden 4 kleine **Häufungen** mit insgesamt 9 Erkrankungen beobachtet. Bei einer großen Häufung durch *S. Paratyphi B* Lysotyp Taunton B7 in Süddeutschland mit 10 Erkrankten und einem asymptomatisch infizierten Mädchen wurde festgestellt, dass alle Infizierten im selben Döner-Imbiss gegessen hatten. Die drei Betreiber des Standes wurden als asymptomatische Ausscheider von Paratyphus-Erregern erfasst, deren Serovar, Lysotyp und PFGE-Muster denen der Erkrankten entsprach.

### Cholera

Im Jahr 2004 wurden dem RKI 3 Erkrankungsfälle an Cholera bekannt. Ein 49-jähriger Mann aus Hamburg erkrankte nach einem Aufenthalt in Thailand. Als Erreger konnte *V. cholerae* O1, El Tor, Serotyp Inaba gesichert werden. Im Zusammenhang mit Indienreisen erkrankten ein 30-jähriger Mann aus Bayern (*V. cholerae* O1, El Tor, Serotyp Oga-wa) und eine 22-jährige Frau aus Thüringen (*V. cholerae* O1, El Tor, Serotyp Inaba).

Im Jahr 2003 war dem RKI eine Erkrankung an Cholera übermittelt worden. Im Jahr 2002 wurden in Deutschland kein Erkrankungsfall an Cholera und kein Nachweis von *V. cholerae* übermittelt. Im Jahr 2001 wurden dem RKI 2 Erkrankungsfälle an Cholera bekannt.

### Fleckfieber

Im Jahr 2004 wurden dem RKI weder Erkrankungen an Fleckfieber noch Nachweise von *Rickettsia prowazekii* oder anderen Rickettsia-Spezies übermittelt. Im Jahr 2003 war dem RKI aus Hessen eine serologisch diagnostizierte Erkrankung an Fleckfieber übermittelt worden. Betroffen war ein 22-jähriger Mann äthiopischer Abstammung, der nach Äthiopien gereist war. Er erkrankte mit Kopfschmerzen und Fieber, später kamen Herzbeschwerden im Sinne einer Myokarditis hinzu. Im Jahr 2002 wurden weder Erkrankungen an Fleckfieber noch Nachweise von Rickettsien bekannt. Im Jahr 2001 waren 2 Fleckfieber-Erkrankungen aus Hessen übermittelt worden.

Im Surveillance-System SIMPID gingen 2004 insgesamt 14 Fallmeldungen von Rickettsiosen ein: 8 Fälle von Zeckenbissfieber (Rickettsiose, durch Zecken übertragen, darunter 5 Fälle durch *Rickettsia conori*) und 5 Fälle von sonstigen Rickettsiosen, alle mit Infektionsland Südafrika.

### Läuserückfallfieber

Läuserückfallfieber, verursacht durch *Borrelia recurrentis*, übertragen durch Kleiderläuse des Menschen, tritt innerhalb begrenzter Herde vor allem in Afrika, Asien und Südamerika auf. Im Jahr 2003 war dem RKI keine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt worden. Im Jahr 2002 wurde eine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt. Davor wurde letztmalig im Jahr 1999 in Deutschland eine Erkrankung an Rückfallfieber bekannt.

Im Jahr 2004 wurde aus Bayern eine Erkrankung an Läuserückfallfieber übermittelt. Betroffen war ein 38-jähriger Mann, der sich 3 Monate in Äthiopien aufgehalten hatte und mit Fieberschüben, Muskel- und Kopfschmerzen erkrankte. Es erfolgte ein mikroskopischer Erregernachweis.

### Lepra

Im Jahr 2004 wurden dem RKI 2 Lepra-Erkrankungen übermittelt. Es handelte sich um eine 32-jährige Frau aus Baden-Württemberg, für die als Infektionsland die Philippinen angegeben wurden (lepromatöse Lepra, Borderline-Form) und um einen 42-jährigen Mann aus Schleswig-Holstein (Infektionsland Thailand, lepromatöse Lepra). In den Jahren davor wurden dem RKI 3 Lepra-Erkrankungen (2001), eine (2002) bzw. 4 Lepra-Erkrankungen (2003) übermittelt.

### Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber

Infektionen durch Ebola-Virus, Gelbfieber-Virus, Lassa-Virus und Marburg-Virus wurden im Jahr 2004 in Deutschland – wie auch schon in den Vorjahren 2001 bis 2003 – nicht übermittelt.

### Dengue-Fieber

Die 4 Typen des Dengue-Virus werden von Stechmücken in über 100 Ländern der Tropen und Subtropen übertragen. Die Infektion kann als eine akute fieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen und manchmal Hautausschlag in Erscheinung treten. Die schweren, zum Teil tödlichen Verlaufsformen mit diffusen Blutungen (hämorrhagisches Dengue-Fieber) und Kreislaufversagen (Dengue-Schocksyndrom) treten in der Regel nur bei erneuter Infektion und vor allem bei in Endemiegebieten lebenden Kindern auf. Inzidenz und Verbreitung von Dengue haben sich in den letzten 40 Jahren stark ausgeweitet. Nach WHO-Schätzungen erkranken jährlich weltweit rund 50 Millionen Menschen an Dengue-Fieber.

Seit 2001 waren Erkrankungen an Dengue-Fieber in der Kategorie „Andere Erreger hämorrhagischer Fieber“ meldepflichtig, seit Mitte des Jahres 2003 in einer eigenen Meldekategorie für Dengue-Fieber. Auch nichthämorrhagisch verlaufende Infektionen mit Dengue-Virus sind meldepflichtig.

Im Jahr 2004 wurden dem RKI gemäß IfSG 121 Fälle von Dengue-Fieber übermittelt, die klinisch-labor diagnostisch oder klinisch-epidemiologisch bestätigt waren. Bei einer geschätzten Zahl von 3 Millionen Reisenden in potenzielle Risikogebiete entspricht dies einer Inzidenz von 4 Fällen pro 100.000 Reisende, wobei von einer starken Untererfassung auszugehen ist. In Fortsetzung einer relativ hohen Zahl von importierten Dengue-Fällen in der zweiten Jahreshälfte 2003 wurden die meisten Infektionen 2004 im I. Quartal (31%) verzeichnet. 2004 wurde erstmalig seit Einführung des IfSG ein Fall mit hämorrhagischer Verlaufsform übermittelt: Der Patient war ein Staatsbürger Sri Lankas, der einen Wohnsitz in Deutschland unterhielt und nach einer Reise in sein Heimatland erkrankte.

Ein weiterer Fall von hämorrhagischem Dengue-Fieber, der Ende 2004 diagnostiziert wurde, geht wegen verspäteter Meldung erst in den Datenbestand von 2005 ein. Diese Patientin war zuvor als Touristin in Thailand gewesen. Wie schon in den Vorjahren, wurde auch 2004 kein Todesfall übermittelt.

Die Mehrzahl (86%) der Erkrankten war zwischen 20 und 59 Jahre alt. Fast 55% der Betroffenen zogen sich die Infektion in Süd- oder Südostasien zu (Vorjahr 72%), 17%

Infektionsland	Anzahl d. Nennungen	Anteil in Prozent
Thailand	21	17
Indien	12	10
Sri Lanka	11	9
Nicaragua	7	6
Philippinen	7	6
Seychellen	6	5
Venezuela	6	5
Indonesien	5	4
Mexiko	5	4
Brasilien	4	3
Sonstige Nennungen	38	31
<b>Gesamt</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

Tab. 5: Übermittelte Fälle von Dengue-Fieber in Deutschland 2004 nach den am häufigsten genannten Infektionsländern (Mehrfachnennungen möglich: 122 Nennungen bei 121 Erkrankungen)

allein in Thailand (Vorjahr: 29 %). Knapp 10 % der Fälle kamen aus Indien, was deutlich unterhalb des Niveaus von 2003 (17 %) liegt, aber noch über dem Anteil der 2001 und 2002 aus Indien importierten Fälle (Durchschnitt: 5 %). Im Vergleich zu den Vorjahren wurde ein größerer Anteil der Infektionen außerhalb Asiens erworben: 30 % der Erkrankten nannten mittel- und südamerikanische Länder als Infektionsgebiet (Vorjahr: 20 %), 14 % nannten afrikanische Staaten (Vorjahr: 2 %). Hier waren insbesondere die ostafrikanischen Staaten Seychellen, Tansania und Kenia auffällig (in der ersten Jahreshälfte), die im Vorjahr nicht als Infektionsländer in Erscheinung getreten waren.

Die im Jahr 2004 gemeldeten 121 Fälle von Dengue-Fieber entsprechen einer leichten Abnahme gegenüber dem Vorjahr (n=135 Fälle). Nach jeweils über 60 Fällen im II. und III. Quartal 2002 wurden seither nur 19 bis 42 Fälle pro Quartal gemeldet. Von einer Untererfassung der importierten Dengue-Fälle aufgrund nicht durchgeführter Diagnostik bzw. eingeschränkter Meldeaktivität ist auszugehen.

### Zu einigen nicht meldepflichtigen reiseassoziierten Infektionskrankheiten

Für bestimmte nicht meldepflichtige reisebedingte Infektionen wie Bilharziose und Leishmaniose liegen in Deutschland nur Angaben aus tropenmedizinischen Einrichtungen und Speziallaboratorien vor

### Schistosomiasis (Bilharziose)

Die Schistosomiasis (Bilharziose) ist eine Infektion, die durch verschiedene Spezies der zu den Trematoden (Saugwürmern) gehörenden Gattung *Schistosoma* verursacht wird. Sie wird durch Hautkontakt mit Süßwasser erworben, in dem bestimmte Schneckenarten als Zwischenwirte des Erregers leben. Die Erkrankung ist endemisch in über 70 überwiegend tropischen Ländern, wo etwa 200 Millionen Menschen infiziert sind und 120 Millionen unter Krankheitsbeschwerden leiden. Afrikanische Länder sind besonders stark betroffen, hier sterben etwa 200.000 Menschen jährlich an den Folgen chronischer Bilharziose.

Im Surveillance-System SIMPID wurden im Jahr 2004 insgesamt 45 Fälle von Schistosomiasis (verursacht durch verschiedene Erregerspezies) registriert (2003: 41; 2002: 24, im Jahr 2002 wurden auch in anderen europäischen Ländern weniger Erkrankungsfälle beobachtet). Bei 25 der in Deutschland diagnostizierten Erkrankungsfälle (56 %) handelte es sich um Ausländer aus Endemiegebieten (z. B. Immigranten, Asylbewerber), die übrigen waren Reisende aus Deutschland oder Auslandsdeutsche. Über 95 % der Infektionen wurden in Afrika erworben, insbesondere in Ghana (5 Fälle), sowie Äthiopien, Kenia, Tansania und Sierra Leone (je 3 Fälle). Aus Burkina Faso, Gabun, Sambia, Togo und Uganda wurden je 2 Fälle importiert.

Die Diagnose wurde etwa zur Hälfte durch den Nachweis spezifischer Antikörper bzw. durch den direkten Erregernachweis gesichert. Die Erkrankten gelangten z. T. erst nach längerer Zeit in spezialisierte medizinische Betreuung. Eine spezifische Therapie ist verfügbar. Der Anteil der stationär behandelten Patienten nahm in den letzten Jahren deutlich zu (2004: 37,5 %), die durchschnittliche Verweildauer betrug 5 Tage. Im Rahmen einer reisemedizinischen Beratung vor der Reise können Hinweise für eine wirksame Prophylaxe gegeben werden.

### Leishmaniose

Die Leishmaniose ist eine Protozoeninfektion, die durch Leishmanien (verschiedene Spezies) verursacht und durch Phlebotomen (Schmetterlingsmücken; engl.: *sandflies*) übertragen wird. Verschiedenen Nagetiere (u. a. Warmblüter) bilden das Erregerreservoir. Die Infektion ist insbesondere außerhalb Europas weit verbreitet, jedoch auch in Europa bestehen Infektionsgebiete im Süden (Mittelmeerraum, besonders Spanien und Italien), woraus sich wegen der hohen Zahl Reisender aus Deutschland ein nicht unerhebliches Infektionspotenzial ergibt. Die Leishmanien zeigen ein Spektrum der Symptomatik, das von Hautbefall (kutane L.) über Schleimhautbefall (mukotane L.) bis zu potenziell tödlich verlaufenden Organformen (viszerale L.) reicht. Weltweit treten schätzungsweise mindestens 1,5 bis 2 Millionen Infektionen pro Jahr auf.

Eine Dokumentation in Deutschland diagnostizierter Fälle von Leishmaniose am Institut für Tropenmedizin, Berlin (Ansprechpartnerin: Frau Prof. Dr. Gundel Harms-Zwingerberger; s. a. *Epid. Bull.* 33/2003) ergab für 2004 insgesamt 22 Fallmeldungen, (17 Fälle kutaner Leishmaniose, 3 Fälle mukokutaner Leishmaniose und 2 Fälle viszeraler Leishmaniose). Von den kutanen Leishmaniosen wurden 7 im europäischen Mittelmeerraum, 6 in Asien und 4 in Südamerika erworben. Beide viszerale Leishmaniosen wurden im europäischen Mittelmeerraum (Italien, Spanien) erworben.

Im Surveillance-System SIMPID wurden nach 14 Fällen im Jahr 2002 und 18 Fällen 2003 im Jahr 2004 16 Fälle erfasst. Dabei handelte es sich um einen Fall viszeraler, 12 Fälle kutaner und 2 Fälle mukokutaner Leishmaniose; bei einem Infizierten ist das Krankheitsbild unbekannt. Unter den kutanen Fällen wurden 3 in Syrien erworben, 4 im übrigen Mittelmeerraum, 2 in Südamerika, je einer in Afghanistan und Pakistan (1 Fall: Infektionsland unbekannt).

### Ausgewählte Literatur:

1. Altmann D, Breuer T, Rasch G: Impfstatus und Erkrankungen bei Fernreisenden. *Gesundheitswesen* 1999; 61 (Sonderheft 2): S106–S109
2. Arya SC, Agarwal N: Challenges to prevent dengue among German travellers to endemic areas. *Acta Trop* 2004; 91: 1–2
3. Frank C, Schöneberg I, Krause G, Claus H, Ammon A and Stark K: Increase in imported dengue, Germany, 2001–2002. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 903–906
4. Haas W, Krause G, Marcus U, Stark K, Ammon A and Burger R: „Emerging infectious diseases“. *Dengue-fever, West-Nile-fever, SARS, avian influenza, HIV*. *Internist* 2004; 45: 684–692
5. Marcus U, Zucs P, Bremer V, et al.: Shigellosis – a re-emerging sexually transmitted infection: outbreak in men having sex with men in Berlin. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 533–537
6. RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2004. Berlin 2005
7. Schöneberg I, Stark K, Altmann D, Krause G: Malaria in Deutschland 1993–2003. Daten des RKI zu betroffenen Personengruppen, Reiseländern und zur Behandlung. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 937–941
8. SIMPID: Schistosomiasis 2004 (Inst. f. Tropenmedizin Berlin, Juni 2005)
9. Teichmann D, Gobels K, Niedrig M, Grobusch MP: Dengue virus infection in travellers returning to Berlin, Germany: clinical, laboratory, and diagnostic aspects. *Acta Trop* 2004; 90: 87–95
10. Wagner D, de With K, Huzly D, et al.: Nosocomial acquisition of dengue. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1872–1873
11. Weitzel T, Mühlberger N, Jelinek T, et al.: Imported leishmaniasis in Germany 2001–2004: data of the SIMPID surveillance network. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2005; 24: 471–476
12. Wichmann O, Lauschke A, Frank C, et al.: Dengue antibody prevalence in German travelers. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 762–765

Bericht der Fachgebiete 32 und 35 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, maßgeblich erarbeitet von Dr. Irene Schöneberg und Dr. Christina Frank, mitgewirkt haben Prof. Dr. Klaus Stark (der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht: StarkK@rki.de) sowie Doris Altmann, Dr. Judith Koch und Dr. Marion Muehlen. Dank gilt allen Gesundheitsbehörden, Kliniken und Laboratorien, die durch Daten und Befunde zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben sowie den Teams der Surveillance-Netzwerke SIMPID und TropNetEurop und der Leishmaniose-Fallsammlung am Institut für Tropenmedizin Berlin.

## Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Zur Beteiligung von Migrantenkindern



Ist Migration assoziiert mit Krankheitsrisiken oder Gesundheitschancen? Bislang fehlen bundesweite Basisdaten, um diese Frage zuverlässig beantworten zu können. In einigen gesundheitsbezogenen Bereichen scheinen Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien mehr, in anderen weniger gefährdet als jene ohne Migrationshintergrund. Berichtet werden beispielsweise höhere Erkrankungsraten an Tuberkulose, eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht, eine geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, niedrigere Impfquoten sowie eine schlechtere Mundgesundheit und ein riskanteres Mundgesundheitsverhalten. Dagegen scheinen Migrantenkinder seltener unter Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen zu leiden. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey sollen zumindest einige der Wissenslücken zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund geschlossen werden.

Ohne eine ausreichende Beteiligung von Migrantenkindern wird eine migrantensensible Datenanalyse nicht möglich sein. Wie aber nationale und internationale Erfahrungen zeigen, bestehen für Migranten größere Barrieren, an Gesundheitsstudien teilzunehmen. Maßnahmen wie die Ziehung einer überproportionalen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (Oversampling), der Versand übersetzter Einladungsschreiben, eine migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit und der Einsatz übersetzter Fragebögen sollen in KiGGS die Teilnahmeschwelle überwinden helfen.

Nach zwei von drei Jahren der KiGGS-Erhebungslaufzeit beträgt der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in der ungewichteten Stichprobe 9,1%. Bislang sind damit ausländische Kinder und Jugendliche adäquat repräsentiert: Nach amtlich-statistischen Angaben hatten im Jahre 2003 8,8% der unter 18-Jährigen einen ausländischen Pass. Einen Migrationshintergrund weisen nicht nur Kinder und Jugendliche mit einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit, sondern auch Eingebürgerte sowie Spätaussiedler auf. Für die beiden letzteren Personengruppen werden keine amtlichen Statistiken fortgeschrieben, so dass hier entsprechende Vergleichszahlen fehlen. 14% der bisher in KiGGS untersuchten Kinder und Jugendlichen sind entweder selbst migriert oder gehören der zweiten Einwanderergeneration an, bei weiteren 7% ist zumindest ein Elternteil aus einem

anderen Land zugewandert. Aus über 100 verschiedenen Ländern kommen die Kinder und Jugendlichen, am häufigsten aus der Türkei, Polen, Russland und Kasachstan.

Insbesondere Schätzungen der Prävalenz für die Gesamtpopulation erfordern die Repräsentativität einer Stichprobe. Auch deshalb ist die Teilnahme aller Bevölkerungsgruppen von großer Bedeutung. Zur Bestimmung von Differenzen zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern und zur Berechnung möglicher Verzerrungen wird in KiGGS ein – ebenfalls in verschiedene Sprachen übersetzter – Kurz-Fragebogen eingesetzt, der soziodemographische und gesundheitsbezogene Basisinformationen auch von Nichtteilnehmern festhält.

Während der laufenden Datenerhebung wird die Repräsentativität zeitnah überprüft, um ggf. gezielt auf die Teilnahmebereitschaft bestimmter Personengruppen einwirken zu können. Nach zwei Untersuchungsjahren zeichnen sich in der Migrantenpopulation die folgenden Differenzen zwischen Teilnehmern (TN) und Nichtteilnehmern (NTN) ab: Der Anteil an Personen mit einer niedrigeren Schulbildung ist unter den Nichtteilnehmern höher als unter den Teilnehmern (NTN: 54,5% vs. TN: 41,9%). Ebenso der von Personen, die den Gesundheitszustand ihrer Kinder mit „sehr gut“ einschätzen (NTN: 45,5% vs. TN: 37,8%). Diese beiden Effekte sind auch für die deutsche Bevölkerung bekannt. Weiterhin differiert die Teilnahmebereitschaft je nach Staatsangehörigkeit: Leicht unterrepräsentiert sind Personen aus den ehemaligen Gastarbeiterländern wie Jugoslawien, Italien und der Türkei, überrepräsentiert sind Teilnehmer aus Russland, Polen und Afghanistan. Ansonsten lassen sich bislang keine Verzerrungen feststellen.

Wenngleich sich die Notwendigkeit von weiteren Bias-Analysen zeigt, kann zum augenblicklichen Zeitpunkt die positive Bilanz gezogen werden, dass es mit den besonderen Bemühungen gelingt, Migrantenkinder adäquat an KiGGS zu beteiligen.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts.

**Ansprechpartnerin** ist Liane Schenk, E-Mail: SchenkL@rki.de.

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diagnosemonat: Juni 2005 (Stand v. 1.9.2005)

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

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314; \* s. Kasten auf Seite 328)

Land	Syphilis		HIV-Infektionen *		Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.						
	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni	Juni	Jan.–Juni					
Baden-Württemberg	12	111	113	21	130	125	10	47	62	2	11	10	1	1	1
Bayern	33	165	237	33	167	148	11	66	58	1	10	10	0	0	0
Berlin	43	308	341	34	174	166	3	20	46	1	2	1	0	0	1
Brandenburg	3	24	33	2	17	17	0	6	4	0	1	2	0	0	0
Bremen	2	19	13	6	22	15	0	4	5	0	1	0	0	0	0
Hamburg	17	76	86	13	88	68	6	23	24	0	0	0	0	0	0
Hessen	29	152	181	16	94	71	4	17	16	0	3	1	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	4	19	19	4	12	13	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	20	85	101	16	52	42	1	9	25	1	2	6	0	1	1
Nordrhein-Westfalen	57	364	335	40	267	209	12	53	83	0	18	12	0	1	4
Rheinland-Pfalz	9	48	53	3	31	39	2	8	20	0	2	2	0	0	1
Saarland	1	13	12	1	10	6	1	3	1	0	1	0	0	0	1
Sachsen	16	93	77	14	43	18	0	8	2	1	3	0	0	0	1
Sachsen-Anhalt	4	28	24	5	13	14	0	1	7	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	11	39	27	7	28	13	0	7	2	0	0	1	0	0	0
Thüringen	3	16	9	1	16	5	0	2	4	0	0	0	0	1	1
<b>Deutschland</b>	<b>264</b>	<b>1.560</b>	<b>1.661</b>	<b>216</b>	<b>1.164</b>	<b>969</b>	<b>50</b>	<b>276</b>	<b>361</b>	<b>6</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>12</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 31.8.2005 (32. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	32.	1.-32.	1.-32.	32.	1.-32.	1.-32.	32.	1.-32.	1.-32.	32.	1.-32.	1.-32.	32.	1.-32.	1.-32.	
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	178	3.127	3.012	1	73	58	3	163	146	161	3.616	2.702	1	78	76	
Bayern	237	3.914	4.415	8	164	108	23	514	436	166	4.177	3.336	1	120	92	
Berlin	61	994	1.025	0	22	15	4	105	85	102	1.817	1.432	0	57	65	
Brandenburg	71	1.019	1.281	0	32	5	8	141	137	79	1.356	1.024	0	17	17	
Bremen	6	149	156	0	3	1	1	20	17	11	364	248	0	0	4	
Hamburg	26	472	566	1	17	17	0	21	17	54	1.170	978	3	22	23	
Hessen	88	1.764	1.928	1	12	6	2	85	52	79	2.134	1.758	1	49	29	
Mecklenburg-Vorpommern	26	632	795	0	10	5	4	179	153	69	1.109	1.023	0	2	9	
Niedersachsen	117	2.440	2.593	4	78	44	5	129	101	130	3.089	2.396	2	25	21	
Nordrhein-Westfalen	254	5.027	4.722	8	143	109	13	633	557	356	9.732	7.157	3	55	65	
Rheinland-Pfalz	79	1.876	1.961	3	43	52	6	174	127	66	1.783	1.454	2	42	20	
Saarland	8	365	419	0	8	3	0	22	11	27	608	483	0	1	4	
Sachsen	71	1.983	2.072	1	33	17	8	434	380	86	2.915	2.339	0	61	42	
Sachsen-Anhalt	57	1.160	1.432	1	20	8	11	375	312	62	1.076	898	0	23	13	
Schleswig-Holstein	54	809	851	1	30	21	1	76	77	45	1.403	1.112	1	14	3	
Thüringen	48	1.175	1.320	1	10	12	17	289	235	54	1.032	941	1	34	22	
<b>Deutschland</b>	<b>1.381</b>	<b>26.906</b>	<b>28.548</b>	<b>30</b>	<b>698</b>	<b>481</b>	<b>106</b>	<b>3.360</b>	<b>2.843</b>	<b>1.547</b>	<b>37.381</b>	<b>29.281</b>	<b>15</b>	<b>600</b>	<b>505</b>	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>					
	32.	1.-32.	1.-32.	32.	1.-32.	1.-32.	32.	1.-32.	1.-32.			
	2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	1	47	104	2	85	79	20	714	778			
Bayern	0	84	152	5	95	99	25	1.120	1.212			
Berlin	2	60	65	3	55	43	23	601	603			
Brandenburg	1	22	16	0	8	9	2	63	60			
Bremen	0	9	10	0	7	7	2	24	20			
Hamburg	2	19	13	0	11	17	0	34	47			
Hessen	3	64	48	0	57	69	6	297	352			
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	11	0	13	13	1	54	59			
Niedersachsen	0	61	53	1	67	81	2	449	507			
Nordrhein-Westfalen	1	146	301	3	160	211	29	869	1.088			
Rheinland-Pfalz	3	35	42	2	67	69	5	371	341			
Saarland	0	5	4	0	8	15	0	28	19			
Sachsen	0	18	20	0	19	25	3	184	188			
Sachsen-Anhalt	1	15	17	4	49	25	3	125	95			
Schleswig-Holstein	1	22	12	1	18	17	2	149	132			
Thüringen	0	13	14	0	17	19	3	109	85			
<b>Deutschland</b>	<b>15</b>	<b>625</b>	<b>882</b>	<b>21</b>	<b>736</b>	<b>798</b>	<b>126</b>	<b>5.191</b>	<b>5.586</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-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. 31.8.2005 (32. Woche 2005)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
9	200	217	1	3.570	1.511	10	2.692	2.307	6	365	397	1	54	25	Baden-Württemberg
7	334	330	8	3.472	1.533	20	5.474	3.664	6	523	428	1	26	19	Bayern
1	100	128	6	3.379	1.146	7	2.112	1.327	6	205	182	3	33	38	Berlin
4	142	133	9	3.730	1.597	6	3.377	2.030	0	46	42	1	26	4	Brandenburg
0	18	29	0	451	329	0	226	116	0	33	17	1	15	8	Bremen
7	73	74	4	1.094	489	0	913	608	1	73	67	0	4	5	Hamburg
1	148	185	5	2.253	672	9	1.860	1.516	1	140	138	0	13	11	Hessen
4	101	105	15	3.056	1.710	11	3.222	2.009	5	124	160	2	65	28	Mecklenburg-Vorpommern
13	327	381	17	4.674	2.179	15	3.026	2.146	4	151	137	6	55	31	Niedersachsen
19	535	647	5	8.469	2.712	28	6.570	4.025	12	492	447	26	131	78	Nordrhein-Westfalen
5	210	204	3	3.228	1.825	7	2.130	1.810	4	109	106	0	10	23	Rheinland-Pfalz
1	69	54	1	732	145	3	467	230	0	24	28	0	1	3	Saarland
6	423	401	22	6.692	4.602	19	8.150	4.564	2	250	187	4	96	23	Sachsen
11	204	223	9	2.059	930	4	4.309	2.648	1	105	84	2	32	8	Sachsen-Anhalt
2	124	122	2	1.134	543	5	900	583	3	39	30	1	6	1	Schleswig-Holstein
9	322	283	12	3.159	1.804	7	3.199	2.700	2	63	33	3	15	4	Thüringen
<b>99</b>	<b>3.330</b>	<b>3.516</b>	<b>119</b>	<b>51.152</b>	<b>23.727</b>	<b>151</b>	<b>48.627</b>	<b>32.283</b>	<b>53</b>	<b>2.742</b>	<b>2.483</b>	<b>51</b>	<b>582</b>	<b>309</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
0	41	43	1	18	13	12	461	486	Baden-Württemberg	
1	65	53	0	310	12	19	632	566	Bayern	
0	16	15	1	35	5	7	213	243	Berlin	
0	16	8	0	7	1	1	93	102	Brandenburg	
0	5	3	0	1	0	2	39	47	Bremen	
1	8	7	0	6	1	1	128	129	Hamburg	
1	26	27	0	255	12	3	366	350	Hessen	
0	9	14	0	1	0	0	77	77	Mecklenburg-Vorpommern	
0	48	31	1	32	6	8	307	277	Niedersachsen	
4	115	130	0	23	23	20	892	1.099	Nordrhein-Westfalen	
0	14	21	1	19	5	5	161	184	Rheinland-Pfalz	
0	7	5	0	0	1	1	54	58	Saarland	
0	19	18	0	12	1	3	118	146	Sachsen	
1	12	17	0	2	1	4	106	122	Sachsen-Anhalt	
0	12	9	0	6	4	2	78	108	Schleswig-Holstein	
0	23	19	0	1	1	2	87	84	Thüringen	
<b>8</b>	<b>436</b>	<b>420</b>	<b>4</b>	<b>728</b>	<b>86</b>	<b>90</b>	<b>3.812</b>	<b>4.078</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. 31.8.2005 (32. Woche 2005)

Krankheit	32. Woche 2005	1.–32. Woche 2005	1.–32. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	96	614	652
Brucellose	1	16	14	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	41	53	78
Dengue-Fieber	4	73	71	121
FSME	17	209	161	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	54	26	54
Hantavirus-Erkrankung	7	325	104	242
Influenza	0	12.648	3.381	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	45	39	68
Legionellose	11	268	256	475
Leptospirose	0	21	19	58
Listeriose	8	244	191	295
Ornithose	0	28	8	15
Paratyphus	0	28	58	106
Q-Fieber	1	99	89	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	1	1	0	3
Typhus abdominalis	1	46	44	82

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

**Hinweis zur „Aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“**

Die Angaben zu HIV-Infektionen in der aktuellen Monatstabelle (s. S. 323) beruhen auf Fallzahlen, die auf der Grundlage eines verbesserten Algorithmus zum Ausschluss von Mehrfachmeldungen berechnet wurden. Durch die erstmalige Anwendung dieses Algorithmus kommt es auch rückwirkend zu Änderungen der ausgewiesenen Fallzahlen, die für die einzelnen Monate zu Abnahmen oder Anstiegen führen können. Für das erste Halbjahr 2005 ist in der Summe ein Anstieg zu verzeichnen. Weitergehende Erläuterungen werden im HIV-Halbjahresbericht nachzulesen sein.

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](http://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