



# Epidemiologisches Bulletin

20. Januar 2006 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut: **Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut zur Pertussis-Schutzimpfung Stand: Januar 2006**

Die STIKO hat in ihrer 53. Sitzung auf Grund der aktuellen epidemiologischen Situation bei Pertussis in Deutschland und im Zusammenhang mit dem Wegfall des monovalenten Impfstoffes die folgende Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Pertussis vorgenommen. Diese wird als Ausnahme vom üblichen jährlichen Veröffentlichungsturnus der Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI – im Juli des jeweiligen Jahres – auf Grund der epidemiologischen Situation vorab veröffentlicht.

Die STIKO empfiehlt, die Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie (Td) im Alter von 5 bis 6 Jahren durch eine Auffrischimpfung gegen **Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (TdaP)** zu ersetzen. Der Zeitpunkt für die **TdaP-IPV-Auffrischung** mit 9 bis 17 Jahren soll erhalten bleiben.

Bei der Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Indikationen und Impfabstände der anderen im Impfstoff enthaltenen Antigene zu berücksichtigen. Eine Impfung sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der zuletzt verabreichten Dosis (TD, Td) erfolgen, um das vermehrte Auftreten unerwünschter Lokalreaktionen zu minimieren.

Im Zusammenhang mit erkannten **Pertussis-Häufungen** kann auch bei vollständig geimpften Kindern und Jugendlichen mit engem Kontakt zu Erkrankten in Haushalt oder Gemeinschaftseinrichtungen eine Impfung erwogen werden, wenn die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt.

Speziell vor Geburt eines Kindes bzw. für **Frauen mit Kinderwunsch** sollte überprüft werden, ob ein adäquater Immunschutz (Impfung oder mikrobiologisch bestätigte Erkrankung innerhalb der vergangenen 10 Jahre) gegen Pertussis für enge Haushaltskontaktpersonen und Betreuer des Neugeborenen (s. Tab. 2 der STIKO-Empfehlungen, *Epid. Bull.* 30/2005) besteht. Dieser sollte ggf. mit einem **Kombinationsimpfstoff (TdaP)** unter Berücksichtigung der Indikation der anderen im Impfstoff enthaltenen Antigene aktualisiert werden.

### **Begründung für die STIKO-Empfehlung einer Pertussis-Auffrischimpfung im Vorschulalter**

Seit den 1980er Jahren wird in einigen Ländern mit hohem Durchimpfungsgrad eine Zunahme der Pertussis-Inzidenz beobachtet. Auch wenn die Entwicklungen sich je nach Impfprogrammen und deren Umsetzung sowie den vorhandenen Surveillance-Systemen unterscheiden, steigt die Inzidenz vor allem bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen generell an.<sup>1-3</sup> Als Konsequenz wird auch in Kanada<sup>4</sup> und den USA<sup>5</sup>, in denen bereits seit Jahrzehnten im Vorschulalter eine Auffrischimpfung durchgeführt wird, eine weitere Auffrischimpfung im Jugendalter empfohlen.

Aktuelle Aussagen zur Pertussis-Inzidenz in Deutschland können fast ausschließlich zur Situation in den neuen Bundesländern (NBL) getroffen werden,

Diese Woche

3/2006

**Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI zur Pertussis-Schutzimpfung**  
Stand: Januar 2006

#### **Salmonellose:**

Ausbruch durch Salmonella Enteritidis im Zusammenhang mit dem Verzehr von Backwaren

#### **Zum Publikationsorgan Eurosurveillance**

#### **Infektionsschutzgesetz:**

Zu neuen Abfragemöglichkeiten bei SurvStat@RKI

#### **Veranstaltungshinweise:**

- ▶ Symposium „Das Krankenhaus der Zukunft – Hygienische Anforderungen“ in Essen
- ▶ Intensivkurs Krankenhaushygiene in Berlin

#### **Meldepflichtige**

#### **Infektionskrankheiten:**

Aktuelle Statistik  
52. Woche 2005  
(Stand: 18. Januar 2006)

#### **ARE/Influenza:**

Zur aktuellen Situation

#### **Aviäre Influenza:**

Update



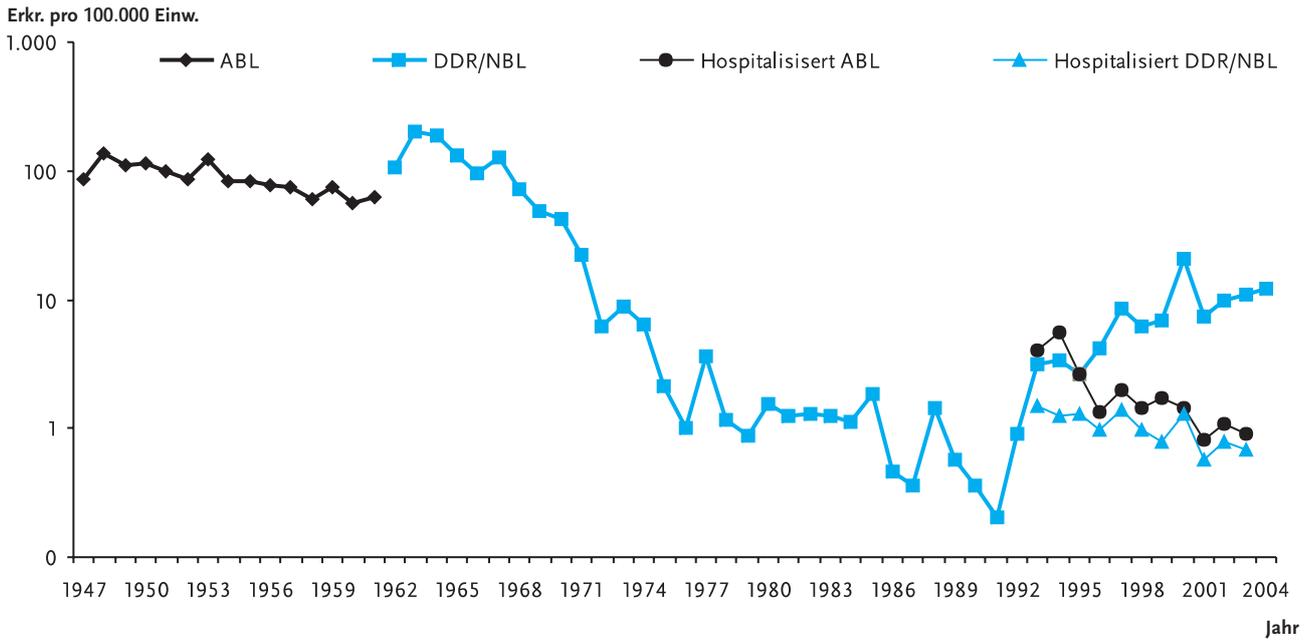


Abb. 1: Inzidenz der Pertussis-Erkrankungen (1947–2004) und Pertussis-Hospitalisierungen (1993–2003) in Deutschland

da eine Meldepflicht in den alten Bundesländern (ABL) nicht besteht. Während im Jahr 1990 die Durchimpfung in den NBL bei Einschülern noch bei über 90 % lag, sank diese bis Mitte der 1990er Jahre auf ca. 75 % ab. Dieser Abfall ging in den NBL mit einem Inzidenzanstieg an Pertussis einher (s. Abb. 1). Obwohl seit 1995 wieder ein Anstieg des Durchimpfungsgrades zu verzeichnen ist (ab dem Jahr 2000 liegen diese in den NBL wieder über 90 %, s. Abb. 2), kam es im Jahr 2000 zu einem steilen Anstieg der Pertussis-Inzidenz auf 20,4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (s. Abb. 1). Die STIKO empfahl im Jahr 2000 deshalb eine Auffrischimpfung gegen Pertussis für Kinder und Jugendliche (9 bis 17 Jahre).

Seit dem Jahr 2002 wird in den NBL erneut ein Anstieg der Erkrankungen beobachtet, der besonders die Altersgruppe der 5- bis unter 15-Jährigen betrifft. Von dieser Zunahme ist nur das Bundesland Sachsen ausgenommen, in dem sogar sinkende Erkrankungszahlen beobachtet werden. Während in den anderen neuen Bundesländern im

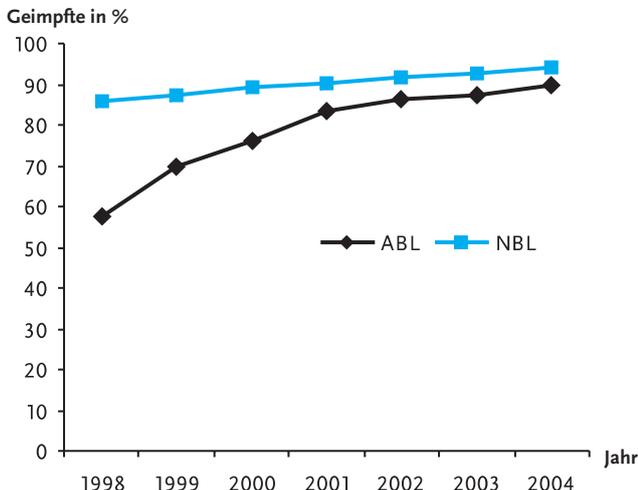


Abb. 2: Pertussis-Durchimpfungsgrad bei Schulanfängern mit vorgelegtem Impfausweis in den neuen und alten Bundesländern, Deutschland, 1997–2004

Jahr 2004 ca. ein Drittel aller Erkrankungen als Häufung ( $\geq 2$  Erkrankungen mit epidemiologischem Zusammenhang) auftrat, traf das in Sachsen nur für 4 % der Erkrankungen zu. Häufungen traten insbesondere in Familien (Infektionsquelle waren überwiegend Schulkinder) und Schulen auf.<sup>6</sup> Ein hoher Anteil der erkrankten Kinder im Alter von unter 15 Jahren weist einen vollständigen Impfschutz ( $\geq 4$  Impfungen) auf: Dies betraf in den Jahren 2004 und 2005 in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen 49 % aller erkrankten Kinder in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen, in Sachsen jedoch nur 22 %. Ein hoher Anteil von Erkrankungen bei Geimpften ist bei einer steigenden Durchimpfung zwar zu erwarten, dann jedoch bei insgesamt abnehmender Inzidenz. Die günstigere epidemiologische Situation in Sachsen lässt sich möglicherweise durch eine hier seit 1998 empfohlene Auffrischimpfung im Vorschulalter erklären, die zum Zeitpunkt der 2. Klasse zu ca. 65 % umgesetzt wird.

Während sich die hohen Erkrankungszahlen an Pertussis im Jahr 2000 überwiegend auf einen ungenügenden Durchimpfungsgrad zurückführen ließen, sind die aktuell ansteigenden Inzidenzen bei geimpften Kindern nach dem 6. Lebensjahr bei einem hohen Durchimpfungsgrad möglicherweise ein Hinweis auf einen abnehmenden Immunschutz (*waning immunity*). Der im zeitlichen Abstand zur Impfung abnehmende Immunschutz ist auch Gegenstand internationaler Diskussionen.<sup>7,8</sup> Diese Beobachtung wird durch Schätzungen der Impfeffektivität in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern unterstützt, die ein Abnehmen der Impfeffektivität von über 90 % bei Säuglingen (mit mindestens 3 Impfdosen) auf ca. 64 % bei 9- bis 11-jährigen Kindern (mit mindestens 4 Impfdosen)<sup>9</sup> zeigen.

Die epidemiologische Situation in den ABL hat sich aufgrund der unterschiedlichen Empfehlungen anders entwickelt als in den NBL. Da die Pertussis-Impfung hier zwischen 1974 und 1991 nur für Risikokinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr empfohlen war, kam es zu einem

Anstieg der Pertussis-Inzidenz von schätzungsweise bis zu 180 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner jährlich. Der Durchimpfungsgrad stieg auch nach der Wiedereinführung der allgemeinen Impfpflicht im Jahr 1991 bis zur Einführung der azellulären Pertussis-Impfstoffe im Jahr 1995 nur langsam an. Danach wurde zwar ein kontinuierlich ansteigender Durchimpfungsgrad beobachtet, jedoch zeigen die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der letzten Jahre in den ABL einen immer noch etwas geringeren Durchimpfungsgrad gegen Pertussis als in den NBL (s. Abb. 2). Auch die Krankenhausdiagnosestatistik verzeichnet in den ABL im Vergleich zu den NBL eine noch etwas höhere Hospitalisierungsinzidenz für Pertussis (s. Abb. 1). Dies lässt vermuten, dass die Pertussis-Morbidität in den ABL mindestens so hoch, wenn nicht sogar höher liegt als in den NBL, wobei wichtige regionale und altersspezifische Unterschiede ohne eine bundesweite Pertussis-Überwachung nicht erfasst werden können.

1. Edwards KM: Pertussis epidemiology and transmission. *Advanced Studies in Medicine* 2005; 5(1), 5 (5A): 440–443
2. Tan T, Trindade E, Skowronski D: Epidemiology of pertussis. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24 (5 Suppl): S10–S18
3. Celentano LP, Massari M, Paramatti D, Salmaso S, Tozzi AE: Resurgence of Pertussis in Europe. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24: 761–765
4. Tan T, Halperin S, Cherry JD et al.: Pertussis immunization in the global pertussis initiative North American region: recommended strategies and implementation considerations. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24 (5 Suppl): S83–S86
5. Advisory Committee on Immunization Practices. Advisory Committee on Immunization Practices Vaccines for Children Program. Vaccines to prevent diphtheria, tetanus and pertussis. Resolution No. 6/05-1, 1. 2005
6. Robert Koch-Institut: Zum Auftreten von Pertussis in den neuen Bundesländern: Zunahme der Erkrankungshäufigkeit und Änderung der Morbiditätsstruktur. *Epid Bull* 2005; 23: 195–199
7. Wendelboe AM, Van RA, Salmaso S, Englund JA: Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24 (5 Suppl): S58–S61
8. WHO: Pertussis vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record* 2005; 4: 31–34
9. Hellenbrand W, Hülße C, Littmann M et al.: Die Epidemiologie der Pertussis in Deutschland: Ist eine Pertussis-Auffrischimpfung bereits im Vorschulalter notwendig? *Kinderärztliche Praxis* 2005; 76: 363–369

## Ausbruch von Erkrankungen durch *Salmonella* Enteritidis nach dem Verzehr von Backwaren

Am 19. April 2005 wurde das Gesundheitsamt des Rhein-Pfalz-Kreises von einem niedergelassenen Arzt telefonisch über ein aktuell erhöhtes Auftreten von akuten fieberigen Magen-Darm-Erkrankungen informiert. Nach Ergebnissen seiner Patientenbefragungen war die Erkrankungshäufung von einer Gemeindeveranstaltung (Altennachmittag) am 17. April in einer Turnhalle ausgegangen. Alle Patienten hätten unabhängig voneinander angegeben, u. a. Obst- und Käsekuchen einer bestimmten Bäckerei/Konditorei X gegessen zu haben.

Nach diesen Informationen nahm das Gesundheitsamt noch am gleichen Tag Ermittlungen auf, in deren Rahmen sich die Angaben des Arztes bestätigten. Nahezu zeitgleich wurden von den durch das Gesundheitsamt verständigten Mitarbeitern der Lebensmittelüberwachung des Rhein-Pfalz-Kreises u. a. Proben von Obst- und Käsekuchen der Bäckerei/Konditorei X zur mikrobiologischen Untersuchung in das Landesuntersuchungsamt nach Landau gebracht. In den untersuchten Lebensmittelproben konnten Salmonellen in großer Anzahl festgestellt werden. Diese wurden später als *S. Enteritidis* differenziert. Nach telefonischer Mitteilung der positiven Salmonellenbefunde durch das Landesuntersuchungsamt in Landau an das Gesundheitsamt am 22. April wurden der Bäckerei/Konditorei X mit sofortiger Wirkung die Produktion und der Verkauf von Feinbackwaren mit nicht durchgebackener Füllung untersagt. Alle im Betrieb noch vorhandenen Torten und Schnitten mit nicht durchgebackener Füllung wurden von Mitarbeitern der Lebensmittelüberwachung vernichtet. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass der gesamte Konditoreibetrieb mit einem Flächendesinfektionsmittel desinfiziert werden musste.

### Ergebnisse der Ermittlungen

**Erkrankungsbeginn und Anzahl der Erkrankten:** Im Rahmen der Ermittlungen ergab sich, dass die ersten im Zu-

sammenhang mit dieser Häufung stehenden Fälle schon am 13. April erkrankten, als letzter Erkrankungstag wurde der 24. April ermittelt. Ein Großteil der Erkrankten hatte an dem o. g. Altennachmittag teilgenommen, bei dem Helfer, Gäste und Mitglieder des Kirchenchores erkrankten. Weitere Patienten waren Lehrer einer Mannheimer Schule, die am 14. April mit 20 Personen im Rahmen einer Feier auch Kuchen der Bäckerei/Konditorei X verzehrt hatten. Zusätzlich infizierten sich Gäste verschiedener Kommunionen im Rhein-Pfalz-Kreis nach dem Verzehr von Kuchen der Bäckerei/Konditorei X. Nach einer Familienfeier erkrankten Gäste, die Schokoladenkuchen der Bäckerei/Konditorei X gegessen hatten. In der von der Lebensmittelüberwachungsbehörde veranlassten Untersuchung von Proben dieses Schokoladenkuchens konnte *Salmonella* (*S.*) *Enteritidis* nachgewiesen werden. Eine weitere Meldung über einen Salmonellennachweis bei einem Kunden der Bäckerei X wurde telefonisch vom Gesundheitsamt des Main-Kinzig-Kreises in Hanau weitergeleitet, zudem wurden Salmonellennachweise von zwei erkrankten Personen aus dem Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes Neustadt weitergemeldet. Insgesamt wurden aus dem Einzugsbereich des Gesundheitsamtes Rhein-Pfalz-Kreis 120 Personen gemeldet, bei denen entweder eine Salmonellose mit Nachweis von *S. Enteritidis* im Stuhl vorlag (78 Personen) und die Kuchen der Bäckerei/Konditorei X verzehrt hatten oder bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang mit der Häufung bestand (42 Personen). Es wird zudem davon ausgegangen, dass inkl. der in benachbarten Gesundheitsämtern gemeldeten Personen mindestens 150 Personen durch den Verzehr von Kuchen der Bäckerei/Konditorei X erkrankt sind.

**Untersuchungen in der Bäckerei/Konditorei X:** Bei 8 von 20 Mitarbeitern der Bäckerei/Konditorei X wurde im Stuhl *S. Enteritidis* nachgewiesen. Darunter waren 4 Mitarbeiter, die über typische Symptome einer Salmonelleninfektion

### Zu Lysoformen von *Salmonella* (S.) Enteritidis in Deutschland

In Deutschland dominiert bei *Salmonella*-Ausbrüchen seit Jahren der Serovar S. Enteritidis. Die Lysoform dieses Serovars mit 2 Lysoformsystemen (Ward/Lalko und Laszlo) erlaubt bei Ausbruchsuntersuchungen epidemiologisch eine erste Differenzierung. Der Lysoform 4/6 dominiert in Deutschland und ist bei vielen Rohei-assoziierten Ausbrüchen als Infektionsursache ermittelt worden. Die epidemiologische Analyse der S.-Enteritidis-Lysoformen vom Menschen (insgesamt wurden im Jahr 2005 über 1.200 Stämme untersucht) in Deutschland zeigten den – bei 11 Erkrankten im beschriebenen Ausbruch nachgewiesenen – Lysoform 6/6 nur an fünfter Stelle. Von den insgesamt im Jahr 2005 nachgewiesenen 40 Lysoformen war der Lysoform 4/6 wie in den Vorjahren epidemiologisch dominierend. Auch bei diesem häufigen Lysoform kann man bei Ausbruchsstämmen durch Anwendung der Ribotypisierung die Klone verschiedener Ausbrüche epidemiologisch feiner unterscheiden. Gegenwärtig können 17 verschiedene Ribotypen dieses Lysoforms unterschieden werden.

Die Lysoformen 21/1, 8/7 und 1/1 nahmen im vergangenen Jahr die Plätze 2–4 ein. Eine Zuordnung der 49 am NRZ untersuchten S.-Enteritidis-Ausbrüche nach Bundesland und Lysoform findet sich in Tabelle 1.

Das NRZ für *Salmonellen* und andere Enteritiserreger am RKI in Wernigerode führt Feintypisierungen zum Zweck der epidemiologischen Aufklärung von Ausbrüchen kostenfrei durch.

**Ansprechpartner:** Dr. W. Rabsch, RKI, Burgstr. 37, 38855 Wernigerode (E-Mail: RabschW@rki.de).

im Zeitraum vom 16. bis 19. April berichteten; sie alle waren jedoch weiterhin zur Arbeit gegangen. Für die 8 erwähnten Mitarbeiter wurde sofort ein Tätigkeitsverbot für die Dauer der Ausscheidung von *Salmonellen* verhängt. Erst nach einer 3-mal negativen Stuhlkontrolle durften sie ihre Arbeit wieder aufnehmen, was vom Gesundheitsamt überwacht wurde. Seit dem 16. Mai konnten alle Mitarbeiter wieder im Betrieb arbeiten.

Vor dem Hintergrund, dass keiner der in der Bäckerei/Konditorei X Beschäftigten jemals belehrt worden war und auch keine Zeugnisse nach § 18 Bundesseuchengesetz

Bundesland	Ausbrüche	Anzahl	Lysoform
Baden-Württemberg	6	4 x	4/6
		1 x	14b/n.c.
		1 x	8/7
Bayern	5	5 x	4/6
Brandenburg	1	1 x	4/6
Mecklenburg-Vorpommern	1	1 x	21/1
Niedersachsen	5	5 x	4/6
		3 x	4/6
		2 x	1/1
Nordrhein-Westfalen	7	3 x	4/6
		2 x	1/1
		1 x	25/17
Rheinland-Pfalz	2	2 x	6/6
		4 x	4/6
		3 x	21/1
Sachsen	10	3 x	8/7
		2 x	21/1
		2 x	4/6
Sachsen-Anhalt	4	1 x	8/7
		1 x	4/6
		1 x	6a/3a
Thüringen	5	2 x	21/1
		1 x	1/1
		1 x	4/6
		1 x	8/7

Tab. 1: Ausbrüche durch S. Enteritidis nach Bundesland und Lysoform, Deutschland 2005 (n=49)

vorlagen, führte das Gesundheitsamt am 25. April für den Betriebsinhaber und seine Mitarbeiter eine Erstbelehrung gemäß § 43 IfSG durch. Darüber hinaus wurden im Rahmen einer Kurzschulung Grundlagen zur Lebensmittelhygiene vermittelt.

**Zu Laboruntersuchungen:** Das Nationale Referenzzentrum für *Salmonellen* und andere Enteritiserreger am RKI in Wernigerode hat zur Sicherung des epidemiologischen Zusammenhangs Isolate aus 3 verschiedenen Kuchen der Bäckerei/Konditorei X (Sachertorte, Kirsch-Obst-Kuchen und Frankfurter Kranz) und Stuhlproben von 13 Personen (Mitarbeiter und Kunden der Bäckerei/Konditorei X) mittels Lysoformisierung feintypisiert. Während die *Salmonellen* im Kuchen und Stuhlproben von 11 Personen vom gleichen Lysoform (LT 6/6) waren, konnten interessanterweise im Stuhl zweier Mitarbeiter jeweils unterschiedliche *Salmonella*-Stämme (LT 4/6 u. LT 21/1) isoliert werden. Diese sind somit nicht Teil des Ausbruchs.

### Schlussfolgerungen

Bei Lebensmittel-assoziierten Ausbrüchen bakterieller Gastroenteritiden gelingt oftmals der Nachweis des Erregers im als Ursache verdächtigten Lebensmittel nicht, auch wenn die Ergebnisse der Ermittlungen des Gesundheitsamtes einen Zusammenhang nahe legen. Im vorliegenden Fall wurde die schnelle Aufklärung und die Einleitung gezielter Maßnahmen bei dem mit 120 Betroffenen großen Ausbruch durch die rasche Mitteilung eines niedergelassenen Arztes und das unverzügliche und einvernehmliche Handeln zweier Behörden möglich. Auf der Basis der Laborergebnisse und der gezielten Ermittlungen konnte festgestellt werden, dass die Betroffenen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch den Genuss von Kuchen der Bäckerei/Konditorei X an *Salmonellen* erkrankt waren. Da in diesem Betrieb in großem Umfang mit Schaleneiern (und ohne entsprechende Kühlung) gearbeitet wurde und diese auch für die Zubereitung nicht erhitzter Cremes verwendet wurden, werden *Salmonellen*-kontaminierte Eier als wahrscheinlichstes Vehikel angesehen. Die Tatsache, dass auch die Kuchenproben, aus denen *Salmonellen* nachgewiesen wurden, nicht erhitzte Cremes enthielten und die mit 11 Tagen relativ kurze Dauer des Ausbruchs sowie der Zeitpunkt der Beschwerden der symptomatischen Mitarbeiter sprechen eher gegen Mitarbeiter als primäre Infektionsquelle.

Die vorliegende Untersuchung, bei der in der Feintypisierung die genetische Identität von Erregern im Lebensmittel und bei Erkrankten nachgewiesen wurde, zeigt erneut den Wert der Feintypisierung zur besseren Erkennung von möglichen epidemiologischen Zusammenhängen gerade bei häufig vorkommenden Erregern wie S. Enteritidis und S. Typhimurium.

Dank für die Mitteilung zu diesem Ausbruch gilt Herrn Dr. S. Kevekordes, Gesundheitsamt Rhein-Pfalz-Kreis (E-Mail: s.kevekordes@kv-rpk.de). Dank gilt auch den an der Ausbruchsuntersuchung beteiligten Mitarbeitern des Gesundheitsamtes und den Mitarbeitern der Lebensmittelüberwachung des Rhein-Pfalz-Kreises.

## Hinweis zum Publikationsorgan *Eurosurveillance*

Das englischsprachige Publikationsorgan *Eurosurveillance* ist Teil des „Europäischen Netzwerks für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Infektionskrankheiten“. Hier werden u. a. Originalartikel mit den Schwerpunkten Surveillance und Ausbrüche, Berichte zu relevanten Public-Health-Themen und Euroroundups sowie zeitnahe kurze, verlässliche Berichte zu wichtigen Ereignissen in Bezug auf Infektionskrankheiten, Übersichten zu Guidelines und Strategien und Mitteilungen über bedeutende Ausbrüche veröffentlicht. Die Publikation erscheint in vier Formaten, die kostenfrei bezogen werden können:

- ▶ als elektronische Version, die per E-Mail verschickt wird:
  - wöchentlich in Form von *Eurosurveillance weekly release*,
  - monatlich in Form von *Eurosurveillance monthly release*
  - bei Bedarf in Form von *Eurosurveillance E-alert*
- ▶ als Druckversion, die per Post verschickt wird
  - vierteljährlich in Form von *Eurosurveillance Quarterly print compilation of electronic releases*.

Die Artikel in *Eurosurveillance monthly release* sind *peer-reviewed* und in Medline/Index-medicus gelistet. *Eurosurveillance Quarterly print compilation* enthält die Beiträge der monatlichen Publikationen aus den jeweils vergangenen

drei Monaten und ausgewählte Beiträge der wöchentlichen Publikationen aus diesem Zeitraum. Alle Formate können im Internet auf der Homepage von *Eurosurveillance* unter [www.eurosurveillance.org](http://www.eurosurveillance.org) eingesehen werden. Dort sind im Archiv die Veröffentlichungen seit der Gründung von *Eurosurveillance* im Jahr 1995 frei verfügbar.

Bisher wurden in Deutschland die wöchentlichen und monatlichen elektronischen Versionen über einen Verteiler versandt, der am RKI gepflegt wurde. Aus verwaltungstechnischen Gründen erfolgt seit Beginn des Jahres 2006 die elektronische Verschickung von *Eurosurveillance* über einen Verteiler, der direkt vom *Eurosurveillance*-Team verwaltet wird. Interessenten für den Bezug von *Eurosurveillance* können sich unter dem nachfolgenden Link in diesen Verteiler eintragen: [www.eurosurveillance.org/subscribe/subscribe-02.asp?langue=02](http://www.eurosurveillance.org/subscribe/subscribe-02.asp?langue=02). Sie benötigen dafür nur wenige Minuten und erhalten künftig den Hinweis auf die aktuellen Publikationen von *Eurosurveillance* wöchentlich als *Eurosurveillance weekly release* und monatlich als *Eurosurveillance monthly release* per E-Mail.

**Ansprechpartnerin** am Robert Koch-Institut ist Frau Dr. Ines Steffens (SteffensI@RKI.de).

### Zu neuen Abfragemöglichkeiten bei *SurvStat@RKI*

Das RKI unterhält eine Datenbank aller nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) seit 2001 übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten (60). Kumulative Statistiken zu diesen Daten werden wöchentlich im *Epidemiologischen Bulletin* sowie jährlich im *Epidemiologischen Bulletin* und im *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* des RKI veröffentlicht. Seit Ende des Jahres 2003 besteht zudem die Möglichkeit, eigenständig statistische Abfragen zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten auf dem aktuellen Datenbestand des RKI über die Internetseiten des RKI unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > **Infektionsschutz**, wo sich die hierfür entwickelte Anwendung **SurvStat@RKI** findet, vorzunehmen. Der Datenbestand ist immer mit der aktuellen Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* synchron.

**Neu** ist seit kurzem die mögliche **Darstellung nach Großstädten mit über 100.000 Einwohnern und nach „Rest-Regierungsbezirken“** der Daten zu den gemäß § 7.3 IfSG nichtnamentlich direkt an das RKI zu meldenden Infektionskrankheiten.

Für **HIV-Infektionen** wurde zudem die Möglichkeit der **Abfragen nach Infektionsrisiko** eingerichtet, für Syphilis wird diese Option in Kürze ebenfalls zur Verfügung stehen.

**Ansprechpartner** ist Herr Dr. Herrmann Claus (E-Mail: ClausH@rki.de).

### Veranstaltungshinweise

#### Symposium: Das Krankenhaus der Zukunft – Hygienische Anforderungen –

**Termin:** 15. Februar 2006

**Veranstaltungsort:** Essen, Audimax des Universitätsklinikums Essen

**Veranstalter:** Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Essen

**Themen:** Zukünftige Anforderungen aus Sicht der Krankenhaushygienekommission des RKI; Infektiologie im Krankenhaus der Zukunft; transparentes Krankenhaus als Herausforderung – Ansatzpunkte in der Hygiene; Auswirkungen einer pragmatischen Krankenhaushygiene auf die Bauplanung am Beispiel OP u. a.

**Teilnehmerkreis:** Das Symposium richtet sich an alle im Krankenhaus Verantwortlichen: Neben ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Entscheidungsträgern sind dies die für Hygiene, Haustechnik und Medizinprodukte Zuständigen; ferner an Planer, Kostenträger und zuständige Behörden.

**Hinweise:** Die Teilnahme ist kostenfrei. Bei der Ärztekammer Nordrhein sind 7 Fortbildungspunkte beantragt. Anmeldung bis 7.2.2006 erbeten.

**Auskunft/Anmeldung:** Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen  
Tel.: 02 01 . 723-38 22, Fax: 02 01 . 723-56 64  
E-Mail: [krankenhaushygiene@medizin.uni-essen.de](mailto:krankenhaushygiene@medizin.uni-essen.de)  
Internet: [www.uni-essen.de/krankenhaushygiene](http://www.uni-essen.de/krankenhaushygiene)

#### Intensivkurs Krankenhaushygiene (mit praktischen Übungen)

**Termin:** 21.–25. Februar 2006

**Veranstaltungsort:** Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, Hörsaal und Seminarraum E24

**Veranstalter:** NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen

**Themen:** Surveillance-Methoden für nosokomiale Infektionen, Diagnostik, Analyse von Surveillance-Daten und ihre Umsetzung, Methoden der Ausbruchuntersuchung, Beurteilung von Studien über neue Präventionsmaßnahmen, wesentliche Leitlinien zur Infektionsprävention, Umsetzung von Empfehlungen bei multiresistenten u. a. besonders infektionsrelevanten Erregern, Methodik und Umfang krankenhaushygienischer Untersuchungen u. a.

**Teilnehmerkreis:** Für Ärztinnen und Ärzte zur Fortbildung zur Hygienebeauftragten Ärztin/zum Hygienebeauftragten Arzt nach RKI-Richtlinie; für Fachärztinnen und Fachärzte zur Weiterbildung (Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie, Hygiene und Umweltmedizin)

**Hinweis:** Die Teilnahmegebühr beträgt 600 Euro.

**Anmeldung und Anfragen:** Ursula Gebhardt, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Heubnerweg 6, 14059 Berlin  
Tel.: 030 . 450 570 022, Fax: 030 . 450 570 904  
E-Mail: [ursula.gebhardt@charite.de](mailto:ursula.gebhardt@charite.de); Internet: [www.nrz-hygiene.de](http://www.nrz-hygiene.de)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 18.1.2006 (52. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	49	6.274	6.613	3	118	101	1	282	275	43	5.812	5.083	2	134	151	
Bayern	48	8.348	8.518	4	261	202	11	1.060	850	74	6.902	6.242	2	221	216	
Berlin	10	1.876	2.039	0	32	24	1	194	153	13	3.048	2.726	0	131	129	
Brandenburg	11	1.981	2.472	1	53	28	4	260	236	9	2.357	2.137	0	28	30	
Bremen	4	275	312	0	7	4	0	41	32	0	533	452	0	3	19	
Hamburg	4	847	1.202	0	32	29	1	24	31	13	1.956	1.837	0	47	45	
Hessen	19	3.301	3.755	0	23	17	2	142	112	35	3.433	3.206	1	92	71	
Mecklenburg-Vorpommern	8	1.080	1.470	0	16	12	1	303	344	15	2.074	2.072	0	15	10	
Niedersachsen	41	4.540	4.964	1	123	84	2	221	205	28	5.036	4.556	0	40	55	
Nordrhein-Westfalen	81	9.714	9.358	2	251	200	16	1.105	1.032	142	15.619	13.312	1	95	135	
Rheinland-Pfalz	26	3.470	4.048	1	76	91	2	278	264	16	3.002	2.684	0	75	58	
Saarland	1	693	747	0	10	4	1	46	22	11	1.009	884	0	7	8	
Sachsen	21	3.819	4.310	0	53	38	2	749	774	29	5.190	4.525	0	120	115	
Sachsen-Anhalt	21	2.170	2.558	0	34	21	7	596	580	11	1.862	1.793	0	40	26	
Schleswig-Holstein	12	1.349	1.743	0	53	38	1	109	133	23	2.233	2.059	0	27	13	
Thüringen	20	2.242	2.479	0	21	24	5	451	507	12	1.757	1.753	0	89	57	
<b>Deutschland</b>	<b>376</b>	<b>51.979</b>	<b>56.588</b>	<b>12</b>	<b>1.163</b>	<b>917</b>	<b>57</b>	<b>5.861</b>	<b>5.550</b>	<b>474</b>	<b>61.823</b>	<b>55.321</b>	<b>6</b>	<b>1.164</b>	<b>1.138</b>	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B +			Hepatitis C +					
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.			
	2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	0	107	214	2	123	118	17	1.126	1.212			
Bayern	1	187	278	2	155	161	16	1.785	1.931			
Berlin	1	96	136	0	80	71	11	992	972			
Brandenburg	0	28	38	1	16	18	1	100	105			
Bremen	0	15	27	0	9	15	0	33	34			
Hamburg	0	39	47	2	30	22	0	50	76			
Hessen	3	114	174	0	89	105	4	473	558			
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	23	1	20	21	0	89	98			
Niedersachsen	1	127	147	0	115	132	7	684	779			
Nordrhein-Westfalen	5	293	555	4	281	307	25	1.318	1.721			
Rheinland-Pfalz	2	75	103	0	105	121	2	551	564			
Saarland	0	8	10	0	19	24	0	61	29			
Sachsen	0	27	46	1	43	40	1	290	292			
Sachsen-Anhalt	0	25	51	1	69	44	4	223	184			
Schleswig-Holstein	1	39	38	0	25	32	3	245	249			
Thüringen	1	21	29	0	35	27	2	184	151			
<b>Deutschland</b>	<b>15</b>	<b>1.211</b>	<b>1.916</b>	<b>14</b>	<b>1.214</b>	<b>1.258</b>	<b>93</b>	<b>8.204</b>	<b>8.955</b>			

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

Stand v. 18.1.2006 (52. Woche 2005)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
3	336	375	120	4.949	3.671	50	3.107	2.653	6	655	695	0	136	95	Baden-Württemberg
6	564	574	68	4.752	3.265	59	6.133	4.087	11	851	781	0	70	52	Bayern
3	184	221	57	4.172	2.894	44	2.460	1.493	3	325	345	0	63	62	Berlin
1	213	235	14	4.189	3.793	33	3.693	2.396	0	74	90	0	51	21	Brandenburg
0	31	55	58	567	737	1	238	143	0	45	29	0	29	18	Bremen
2	132	134	3	1.576	1.421	8	1.037	667	0	126	120	0	13	15	Hamburg
2	268	314	21	2.636	1.568	21	2.071	1.731	1	230	232	0	55	30	Hessen
3	164	195	32	3.481	4.094	9	3.404	2.578	1	193	267	0	133	80	Mecklenburg-Vorpommern
6	552	655	17	5.217	5.951	50	3.518	2.458	0	232	240	0	144	101	Niedersachsen
10	912	1.101	118	9.475	7.268	103	7.650	4.785	8	865	880	1	263	238	Nordrhein-Westfalen
2	350	381	38	3.466	3.806	26	2.367	1.985	2	181	197	0	34	61	Rheinland-Pfalz
0	115	99	2	813	625	0	501	295	0	32	43	0	3	4	Saarland
6	660	688	70	8.070	11.305	18	8.811	5.571	1	355	373	1	204	98	Sachsen
6	371	397	105	3.245	3.065	10	4.456	3.014	1	151	152	1	58	32	Sachsen-Anhalt
2	207	222	2	1.327	1.324	5	991	657	0	64	55	0	12	10	Schleswig-Holstein
2	541	478	26	4.254	6.801	30	3.564	2.877	3	88	76	0	32	16	Thüringen
54	5.600	6.124	751	62.189	61.588	467	54.001	37.390	37	4.467	4.575	3	1.300	933	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
2	53	64	0	22	15	4	706	778	Baden-Württemberg	
2	88	81	1	324	15	21	973	929	Bayern	
0	31	18	0	39	11	2	332	377	Berlin	
0	23	13	1	8	2	1	135	146	Brandenburg	
0	7	4	0	1	0	1	63	68	Bremen	
0	14	10	0	10	2	4	185	201	Hamburg	
0	33	38	0	260	18	9	585	556	Hessen	
2	15	21	0	1	1	0	118	122	Mecklenburg-Vorpommern	
3	70	48	0	35	10	14	455	451	Niedersachsen	
5	170	164	0	34	28	13	1.466	1.707	Nordrhein-Westfalen	
0	20	26	0	20	5	1	284	287	Rheinland-Pfalz	
0	10	6	0	0	1	1	83	113	Saarland	
0	30	26	0	16	2	1	198	254	Sachsen	
0	17	28	0	3	2	0	168	196	Sachsen-Anhalt	
1	15	15	0	6	5	1	118	163	Schleswig-Holstein	
2	31	26	0	1	1	2	136	135	Thüringen	
17	627	588	2	780	118	75	6.005	6.483	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. 18.1.2006 (52. Woche 2005)

Krankheit	52. Woche 2005	1.–52. Woche 2005	1.–52. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	5	138	651	652
Brucellose	1	30	31	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	76	77	78
Dengue-Fieber	2	141	118	121
FSME	1	426	273	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	77	54	54
Hantavirus-Erkrankung	2	441	240	242
Influenza	1	12.729	3.461	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	67	66	68
Legionellose	5	537	473	475
Leptospirose	0	57	56	58
Listeriose	4	489	292	296
Ornithose	0	33	15	15
Paratyphus	0	56	106	106
Q-Fieber	1	411	117	117
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	0	15	3	3
Typhus abdominalis	2	80	82	82

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

### Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

#### Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza

Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist in **Deutschland** in der 2. KW weiterhin auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Der Praxisindex als Indikator für die Morbidität der ARE hat sich bundesweit wieder normalisiert, nur in den AGI-Regionen Brandenburg/Berlin und Sachsen hat er die Grenze der Hintergrundaktivität noch geringfügig überschritten bzw. erreicht.

Im NRZ wurde weiterhin lediglich in der 47. KW 2005 ein Influenza-A-Virus mittels PCR nachgewiesen. Auf dem Meldeweg wurden in der 2. KW bisher 9 Influenzananzeige übermittelt.

Aus **Europa** wird über eine niedrige Influenza-Aktivität berichtet. Lediglich in den **Niederlanden** wird eine geringgradig erhöhte Aktivität verzeichnet.

#### Zur Situation bei der aviären Influenza (H5N1)

In der **Türkei** wurden aktuell in 12 der 81 Provinzen des Landes Ausbrüche von H5N1 bei Geflügel bestätigt. In weiteren 19 Provinzen werden Ausbrüche noch untersucht. Mit Stand vom **18. Januar** wurden 21 Erkrankungen labordiagnostisch bestätigt, darunter 4 Tote. Insgesamt 19 der 21 Betroffenen waren Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 4 und 18 Jahren. Bei allen bisher bestätigten Erkrankungsfällen bestand anamnestisch ein direkter Kontakt zu erkranktem Geflügel.

Für Türkei-Reisende ist das Risiko einer Erkrankung unverändert äußerst gering, solange Kontakt zu erkranktem oder totem Geflügel sowie zu Wildvögeln vermieden wird. Bei der Rückkehr ist das Verbot der Einfuhr von Geflügel, Geflügelteilen, Geflügelprodukten, Federn oder Tropfen zu beachten.

**Weltweit** beträgt die kumulative Anzahl der seit dem Jahr 2003 labordiagnostisch bestätigten Erkrankungen beim Menschen mit **Stand vom 14.01.2006** insgesamt 148, darunter 79 Tote (in diesen Zahlen der WHO sind allerdings für die Türkei nur 4 Erkrankungsfälle, darunter 2 Tote, aufgeführt).

**Quellen:** Influenza-Wochenbericht für die 2. Woche 2006 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem DGK und dem NRZ für Influenza am RKI; www.who.int.

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

MB Medienhaus Berlin GmbH

### 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