



Epidemiologisches Bulletin

3. Februar 2006 / Nr. 5

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Tod eines 12-jährigen Kindes an einer Salmonellose

Am 07.12.2005 wurde dem Gesundheitsamt in Karlsruhe der kulturelle Nachweis von *Salmonella (S.) Enteritidis* aus einer post mortem untersuchten Stuhlprobe mitgeteilt. Bei der Stuhlprobe handelte es sich um die eines 12-jährigen Jungen, dessen tragischer Erkrankungsfall mit einem kurzen, fulminanten Verlauf und tödlichem Ausgang im Folgenden dargestellt wird.

In der Nacht vom 1. zum 2. Dezember erkrankte ein 12-jähriger Junge akut mit Durchfall und Erbrechen ohne Fieber, nachdem er am Nachmittag zuvor bei einer befreundeten Familie Plätzchen gebacken und vom Teig gekostet hatte. Auch die Mutter des Kindes erkrankte am 02.12.05 mit den gleichen, aber leichteren Symptomen; sie hatte ebenfalls rohen Teig probiert. Im Verlauf des 02.12. veränderten sich die Beschwerden des Kindes nicht wesentlich. Am Abend desselben Tages wurde der Hausarzt telefonisch kontaktiert, der die bis dahin getroffenen symptomatischen Maßnahmen (Flüssigkeitszufuhr, Schonkost) bestätigte. In der Nacht zum 03.12. erbrach das Kind gegen Morgen (ca. 5.30 Uhr) erneut im Bett. Zu diesem Zeitpunkt fiel den Eltern auch eine veränderte Atmung des Jungen auf. Der herbeigerufene Hausarzt alarmierte auf Grund des bedrohlichen Zustands den Notarzt. Wegen eines eingetretenen Herz-Kreislauf-Stillstandes wurde sofort mit der Reanimation begonnen. Der Transport in die örtliche Kinderklinik erfolgte unter Reanimationsmaßnahmen, dort konnte jedoch nur noch der Tod festgestellt werden. Nach Angaben der Eltern war das Kind bisher gesund gewesen, wesentliche Vorerkrankungen bestanden nicht. In der Klinik wurden post mortem Liquor, Blutkulturen, Urin und Stuhl untersucht. Dabei wurden in der Stuhl- und Urinprobe kulturell *S. Enteritidis* nachgewiesen.

Anlässlich einer vom Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Heidelberg durchgeführten Sektion fanden sich keine Hinweise auf eine relevante Vorerkrankung, keine Aspirationszeichen und zunächst auch kein Anhalt für das Vorliegen einer Sepsis. Jedoch erbrachten zwei dort angelegte Blutkulturen, eine davon aus dem Herzblut, ebenfalls den Nachweis von *S. Enteritidis*. Somit kann davon ausgegangen werden, dass das Kind an einer fulminanten Salmonellensepsis verstorben ist.

Fazit aus Sicht des beteiligten Gesundheitsamtes: Nicht nur bei Kleinkindern, alten Menschen oder Immungeschwächten besteht das – wenn auch geringe – Risiko einer schwer verlaufenden Salmonelleninfektion mit tödlichem Ausgang. Die in der Bevölkerung weit verbreitete Vorliebe des Probierens von rohem Teig sollte den Mitarbeitern des ÖGD verdeutlichen, wie wichtig Beratung und Aufklärung auch hinsichtlich alltäglicher, unspektakulärer Verhaltensweisen sein kann.

Dank für diesem Beitrag aus dem Gesundheitsamt Karlsruhe gilt Frau Dr. Ch. Göbel (E-Mail: gesundheitsamt@landratsamt-karlsruhe.de).

Kommentar: Salmonelleninfektionen sind eine der häufigsten Infektionskrankheiten in Deutschland (2004 z. B. 56.947 auf dem Meldeweg an das RKI übermittelte Fälle). Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) sieht die Meldung über den Labornachweis gemäß §7 IfSG bzw. den Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung gemäß §6 Abs. 1 Nr. 2 bei Personen, die im Lebensmittelbereich tätig sind, vor. Unter den bakteriellen Gastroenteritiden sind Salmonellen in

Diese Woche

5/2006

Salmonellose:

Zu einer Erkrankung mit tödlichem Ausgang

Publikationshinweis:

Zur Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“

Subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) nach Maserninfektion:

Hinweis zum Vorkommen

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

Survey KiGGS zu Essstörungen im Jugendalter

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen November 2005 (Stand: 1. Februar 2006)
- ▶ Aktuelle Statistik 2. Woche 2006 (Stand: 1. Februar 2006)

Masern:

Häufung im Landkreis Esslingen

Dengue-Fieber:

Ausbruch in Rio de Janeiro

Chikungunya-Virus-Infektionen:

Ausbruch auf Réunion



Deutschland der bisher häufigste gemeldete Erregernachweis. Infektionen werden fast ausschließlich durch kontaminierte Lebensmittel oder bei deren Zubereitung erworben. Das klinische Erscheinungsbild reicht von asymptomatischen Infektionen über leichte bis hin zu schweren Erkrankungen. In der Mehrzahl der Fälle manifestieren sie sich in Form von akuten, selbstlimitierenden Gastroenteritiden, die mit oder ohne Fieber auftreten können. Komplikationen sind eher selten und umfassen ein weites Spektrum extraintestinaler Symptome: reaktive und septische Arthritis, Sepsis, Aneurysma, Perikarditis, Osteomyelitis, Meningitis u. v. a. Diese seltenen Komplikationen treten in der Regel bei Neugeborenen, älteren und immungeschwächten Menschen bzw. Personen mit Vorerkrankungen auf. In den vergangenen Jahren wurden über das Statistische Bundesamt bzw. die Meldungen nach IfSG zwischen 50 und 80 Todesfälle pro Jahr durch Salmonellosen bekannt. Diese betrafen zumeist ältere, immunsupprimierte Menschen, in Ausnahmefällen aber auch Säuglinge und Kleinkinder. Der hier beschriebene Tod eines anamnestisch gesunden 12-jährigen Jungen, bei dem auch die Obduktion keinen Hinweis auf Vorerkrankungen erbrachte, verdeutlicht jedoch die Tatsache,

dass schwere Komplikationen und tödliche Verläufe als seltene Einzelfälle auch bei gesunden Personen möglich sind. Zur Vermeidung von Salmonelleninfektionen, die – wie auch hier beschrieben – oftmals in Privathaushalten auftreten, ist die Einhaltung strikter Hygienemaßnahmen beim Umgang mit Nahrung und bei der Nahrungszubereitung im häuslichen Bereich unerlässlich (s. Kasten). Hier können die Gesundheitsämter durch verstärkte Aufklärung dazu beitragen, dass Infektionen vermieden werden.

Weitere Informationen zu Salmonellosen finden sich auf den Internetseiten des RKI unter www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Salmonellosen.

Zu wichtigen Hygienemaßnahmen beim Konsum und bei der Zubereitung von Nahrungsmitteln

- ▶ Keine rohen Eier bzw. keine rohen Fleischprodukte konsumieren.
- ▶ Obst und Gemüse vor dem Konsum gründlich waschen.
- ▶ Vor dem Essen, vor der Essenzubereitung, vor jedem neuen Arbeitsgang bei der Essenzubereitung und danach gründlich die Hände mit Seife unter fließendem Wasser waschen.
- ▶ Nach jedem Toilettenbesuch gründlich die Hände mit Seife unter fließendem Wasser waschen.
- ▶ Fleisch und rohes Gemüse immer auf getrennten Arbeitsflächen zubereiten und sich zwischendurch die Hände waschen.
- ▶ Salat und Gemüse im Kühlschrank getrennt von Wurst und Käse aufbewahren.
- ▶ Händewaschen nach Tierkontakt (oder Kontakt mit Tierkot).

Hinweis zur Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“

Die Herausgabe von Informationen zu Infektionskrankheiten in Form von Merkblättern und Ratgebern, die sich an Ärzte und die Fachöffentlichkeit wenden, hat im Robert Koch-Institut eine lange Tradition. Anfang des Jahres 1999 wurde die Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten“ etabliert, die das Konzept der schon länger bestehenden „Merkblätter für Ärzte“ aufgriff und insbesondere im Punkt Maßnahmenorientierung erweiterte. Im Jahr 2002 wurden die zunächst parallel existierenden Reihen zu einer neuen Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“ zusammengeführt und seitdem die Mehrzahl der bestehenden Merkblätter und Ratgeber in diese Reihe überführt.

Die Herausgabe der Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“ erfolgt auf der Grundlage des § 4 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Die Ratgeber werden durch ein jeweils spezifisch zusammengesetztes Expertenteam des RKI in Abstimmung mit den einschlägigen Nationalen Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien und weiteren externen Experten erarbeitet. Sofern erforderlich, wird auch auf die Expertise anderer Bundesinstitute, z. B. des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), zurückgegriffen. Die Erstpublikation erfolgt in gedruckter Form im *Epidemiologischen Bulletin*. Auch im Internet steht die jeweils aktuelle Version z. B. unter www.rki.de > Infektionsschutz > Ratgeber zur Verfügung. Eine Aktualisierung erfolgt nach den Erfordernissen, aktualisierte Fassungen ersetzen die älteren. Die verfügbaren RKI-Ratgeber finden sich auch unter der jeweiligen Krankheit der Rubrik Infektionskrank-

heiten A–Z, wo auch weitere Informationsangebote des RKI zu einzelnen Infektionskrankheiten zusammengefasst sind.

Die Informationen werden laufend ergänzt und aktualisiert. Es wird um Verständnis gebeten, dass trotz großer Bemühungen um periodische Aktualisierung im Einzelfall der neueste Stand bezüglich Adressen oder Rechtsvorschriften einmal nicht erreicht sein kann, daher sollte immer das Datum der Herausgabe/letzten Aktualisierung beachtet werden.

Folgende Ratgeber wurden 2004/05 und im Januar 2006 in den angegebenen Ausgaben des *Epidemiologischen Bulletins* **erstveröffentlicht**: **Brucellose** (*Epid. Bull.* 4/05), **Echinokokkose** (45/05), **Hepatitis C** (17/04), **HIV/AIDS** (4/06), **Kryptosporidiose** (34/04), **Erkrankungen durch Respiratory Syncytial Viren**, RSV (3/04).

Insgesamt 17 der bereits veröffentlichten „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Ratgeber für Ärzte“ wurden im gleichen Zeitraum z. T. **umfassend aktualisiert oder ergänzt**. Im Januar 2006 waren dies: **Legionellose** – umfassende Aktualisierung; **Masern** – Aktualisierung in Bezug auf Epidemiologie und Präventionsmaßnahmen; **Malaria** – Aktualisierung bezüglich Häufigkeit importierter Fälle in Deutschland und Therapie.

Hinweise zur Reihe bitten wir an das RKI, Abt. für Infektionsepidemiologie (Tel.: 01888.754-3312, Fax: 01888.754-3533), Ansprechpartnerin Frau Dr. G. Laude, oder an die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* zu richten.

Hinweis zum Vorkommen der SSPE

Die **subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE)** ist eine sehr seltene Spätkomplikation der Masern. Sie kann nach durchschnittlich 6–8 Jahren auftreten und beginnt zunächst mit psychischen und intellektuellen Veränderungen. Im weiteren Verlauf entwickeln sich zunehmende neurologische Störungen und Ausfälle bis hin zum Verlust zerebraler Funktionen. Die Erkrankung führt stets zum Tod. Die SSPE ist in Deutschland nicht meldepflichtig. Bisher wurde hier die Häufigkeit der SSPE auf etwa 1–5 Fälle pro eine Million Erkrankungen an Masern geschätzt, aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Daten, insbesondere aus Großbritannien¹ und den USA², wird jetzt aber davon ausgegangen, dass die SSPE mit einer **Häufigkeit von bis zu 7–11 Fällen pro 100.000 Erkrankungen an Masern** auftreten

kann. Diese Zahl deckt sich auch mit den Beobachtungen der klinisch tätigen Ärzte in Deutschland sowie der Ärzte im Institut für Virologie und Immunbiologie der Universität Würzburg, wo in der Vergangenheit zwischen 5 und 10 Fälle pro Jahr diagnostiziert wurden.³

Weitere Informationen zum Thema Masern finden sich im soeben im Internet aktualisierten RKI-Ratgeber Masern auf den Seiten des RKI unter www.rki.de > Infektionsschutz > Ratgeber > Masern sowie www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Masern.

Ansprechpartnerin am RKI ist Frau Dr. A. Siedler (E-Mail: SiedlerA@rki.de).

1. Bellini WJ, Rota JS, Lowe LE et al.: Subacute Sclerosing Panencephalitis: More Cases of This Fatal Disease Are Prevented by Measles Immunization than Was Previously Recognized. *J Infect Dis* 2005; 192: 1686–1693
2. „Pinkbook“ der CDC: www.cdc.gov/nip/publications/pink/meas.pdf
3. <http://www.gesundes-kind.de/gsk/archivtopaktuell/show.asp?nr=831>

Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Essstörungen im Jugendalter



Essstörungen haben in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen. Es wird vermutet, dass die strenge Schlankeitsnorm, die seit Mitte der 60er Jahre in Deutschland etabliert ist, auch das Essverhalten von Kindern nach dem Grundschulalter im Sinne einer kalorienrestriktiven Ernährung beeinflusst und somit zu Essstörungen beitragen kann. Aus dem Referat zur Eröffnungsveranstaltung des Weltgesundheitstages 2001, der unter dem Motto „Psychische Gesundheit erhalten und wiederherstellen“ stand, war zu entnehmen, dass 8% aller Jungen und Mädchen zwischen 6 und 17 Jahren untergewichtig und 11% übergewichtig sind. 9% der Jungen bzw. 7% der Mädchen weisen eine Adipositas auf. Unter den 11- bis 15-Jährigen haben 11% der Jungen und 17% der Mädchen bereits Diäterfahrungen. Viele Jugendliche, Mädchen häufiger als Jungen, haben ein negatives Körperesbstbild. 63% der 13- bis 14-Jährigen würden gern besser aussehen und 56% wären gern dünner.

Die unzureichende Datenlage zur Prävalenz von Essstörungen gab Anlass, das Thema im Rahmen von KiGGS zu bearbeiten. Dabei wird berücksichtigt, dass die Essstörungen selbst nur bedingt valide erfasst werden können. Es werden Befragungsinstrumente eingesetzt, die darauf abzielen, Informationen über Essverhalten, Körperesbstbild und Elterneinschätzung über die Figur des Kindes zu erhalten. Fragen zum Essverhalten wurden daher in die Selbstausfüllfragebögen der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen integriert. Sowohl die Eltern als auch die Kinder werden zusätzlich aufgefordert, subjektiv eine Figureinschätzung vorzunehmen. Die Auswahl der Instrumente erfolgte unter Berücksichtigung der Methodentestung in der Pilotstudie. In der schriftlichen Befragung der Kinder und Jugendlichen (Fragebogen 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre) wurde der aus Großbritannien stammende SCOFF* *Questionnaire* eingebracht, der speziell zur Identifizierung von Essstörungen entwickelt wurde. Er besteht aus fünf Fragen, die die fünf Kernsymptome der Anorexia (AN) und der Bulimia nervosa (BN) charakterisieren. Daraus ergeben sich u. a. folgende Fragestellungen:

- ▶ Wie hoch ist die Prävalenz auffälligen Essverhaltens (Definition nach SCOFF) in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen?
- ▶ Wie ist die Gewichtsverteilung nach BMI in der Gruppe der Jugendlichen mit auffälligem Essverhalten, bezogen auf Alter, Geschlecht, Sozialstatus?
- ▶ Welche Zusammenhänge bestehen zwischen auffälligem Essverhalten und psychischen Symptomen und/oder Schmerzen?

- ▶ Wie hoch ist die Diskrepanz zwischen subjektivem Körperbild und BMI?
- ▶ Kommen gewichtsreduzierende Maßnahmen zur Anwendung und wenn ja, welche?
- ▶ Inwieweit ist es möglich, die Validität der Aussage „mögliche Essstörung“ nach der Definition SCOFF zu erhöhen, indem weitere Parameter z. B. aus dem Ernährungsfragebogen, der Befragung zur psychischen Gesundheit, dem Freizeitverhalten und von Körper- und Labormessdaten berücksichtigt werden?

Darüber hinaus wird die Selbstbeurteilung der Figur als Indikator für das Körperesbstbild und die Körperzufriedenheit mit fünf Items abgefragt. Diese Methode wurde wegen der hohen Korrelation der Körperesbstbeurteilung mit dem Körpergewicht (BMI), der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten ausgewählt. Auch die Eltern werden aufgefordert, anhand der fünf auch in der Selbstbefragung der Kinder und Jugendlichen eingesetzten Kriterien die Figur ihres Kindes einzuschätzen. Zur Validierung der Ergebnisse des SCOFF *Questionnaire* werden weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen aus der Befragung und den körperlichen Untersuchungen herangezogen. Neben den Körpermesswerten (BMI) sind das die Angaben von körperlichen Symptomen und Schmerzen und die für Essstörungen relevanten Aussagen in der Befragung zur psychischen Gesundheit (*Strengths and Difficulties Questionnaire* zur Erfassung psychischer Störungen, SDQ).

Essstörungen sind schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen und stellen in ihrer Häufigkeit eine ernstzunehmende Gesundheitsgefährdung im Jugendalter dar. Die bislang unzureichende Datenlage kann mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys aufgefüllt werden und wird uns in die Lage versetzen, Prävalenzen in Bezug auf Essstörungen besser abzuschätzen. Nicht zuletzt wird das Wissen um die Häufigkeit dieser Erkrankungen Anstoß geben, über den Bedarf an Früherkennung, Prävention und Intervention nachzudenken.

* SCOFF: *Sick Control One Fat Food* (Die einzelnen Begriffe sind jeweils aus einer der fünf Screeningfragen entnommen.)

Mitteilung aus der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Ansprechpartner** zu KiGGS: KiGGS@rki.de.

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

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

Diagnosemonat: **November 2005** (Stand v. 1.2.2006)

Land	Syphilis		HIV-Infektionen		Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.						
	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.	Nov.	Jan.–Nov.					
Baden-Württemberg	38	218	243	19	240	233	7	82	115	0	22	25	0	1	1
Bayern	34	317	413	32	317	277	5	111	103	4	19	18	0	0	0
Berlin	44	502	616	31	335	305	3	34	73	0	3	1	0	2	1
Brandenburg	10	56	53	2	29	28	0	12	9	0	3	2	0	0	1
Bremen	1	34	27	2	32	30	0	13	8	0	1	3	0	0	0
Hamburg	13	147	179	17	181	137	7	65	51	0	0	0	0	1	0
Hessen	42	297	323	17	176	146	6	57	43	0	4	2	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	5	37	39	4	25	20	0	4	3	0	0	0	0	1	0
Niedersachsen	17	186	166	6	97	79	6	29	37	0	4	9	0	1	2
Nordrhein-Westfalen	71	707	640	43	466	412	12	103	149	3	29	26	0	4	5
Rheinland-Pfalz	8	96	121	7	61	78	1	16	26	0	6	4	0	1	1
Saarland	1	28	28	3	22	14	0	5	9	0	1	1	1	1	1
Sachsen	16	177	136	2	62	41	1	15	8	1	4	3	0	0	1
Sachsen-Anhalt	3	48	51	0	30	21	0	4	7	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	7	65	51	4	48	31	3	17	14	0	2	1	0	0	0
Thüringen	1	28	27	2	22	11	0	2	6	0	0	0	3	4	1
Deutschland	311	2.943	3.113	191	2.143	1.863	51	569	661	8	98	96	4	17	15

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 1.2.2006 (2. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005
Baden-Württemberg	69	112	102	0	2	2	5	8	6	99	158	188	2	2	6
Bayern	68	127	122	0	0	4	14	20	23	112	183	155	2	3	3
Berlin	24	47	38	0	0	0	1	1	3	38	58	108	0	1	15
Brandenburg	30	58	28	2	2	1	9	11	7	34	50	64	0	0	0
Bremen	8	8	1	0	0	0	1	1	0	9	10	16	0	0	0
Hamburg	8	15	28	0	0	0	0	2	2	40	63	94	1	2	0
Hessen	39	82	72	0	0	0	2	2	2	73	109	91	2	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	23	45	23	0	0	0	4	10	9	28	49	48	0	0	0
Niedersachsen	66	107	97	0	0	2	3	5	3	89	135	176	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	121	237	269	4	6	5	16	33	46	335	549	581	1	3	2
Rheinland-Pfalz	39	76	66	3	4	1	9	9	10	66	109	105	0	0	1
Saarland	9	17	14	0	0	2	0	0	1	33	60	28	1	1	0
Sachsen	25	51	74	1	1	2	11	18	16	55	93	198	0	1	3
Sachsen-Anhalt	25	60	69	1	1	2	5	10	19	32	40	75	0	0	1
Schleswig-Holstein	17	20	27	1	1	1	0	0	3	52	81	71	0	0	1
Thüringen	30	54	92	0	0	0	2	7	20	36	54	77	0	2	4
Deutschland	601	1.116	1.122	12	17	22	82	137	170	1.131	1.801	2.075	9	17	37

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
	2006		2005	2006		2005	2006		2005
Baden-Württemberg	2	2	4	0	1	5	15	22	35
Bayern	4	5	4	0	3	8	18	34	58
Berlin	0	2	8	1	2	1	15	24	32
Brandenburg	1	1	0	1	1	0	2	4	3
Bremen	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Hamburg	1	1	1	0	3	0	0	0	1
Hessen	0	5	8	3	3	1	6	15	19
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	0	0	0	1	1	5	1
Niedersachsen	2	3	2	2	5	1	10	25	22
Nordrhein-Westfalen	2	2	19	8	12	9	20	39	44
Rheinland-Pfalz	3	8	2	0	1	6	10	15	24
Saarland	2	2	0	0	0	0	1	1	1
Sachsen	0	0	3	0	3	0	3	12	7
Sachsen-Anhalt	0	0	0	1	1	3	3	6	2
Schleswig-Holstein	0	1	6	0	0	0	2	8	12
Thüringen	0	1	0	0	1	3	5	9	7
Deutschland	17	36	58	17	37	39	112	220	269

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. 1.2.2006 (2. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
2	4	13	182	224	831	55	91	66	9	18	22	1	2	3	Baden-Württemberg
6	10	16	223	287	287	86	157	102	11	16	19	0	0	0	Bayern
3	4	5	142	203	546	77	110	113	3	5	8	1	2	0	Berlin
5	7	3	75	136	688	98	138	112	1	1	2	1	1	1	Brandenburg
1	1	3	5	14	76	4	6	3	0	0	0	0	1	0	Bremen
1	1	4	4	9	122	13	26	40	2	4	4	0	0	0	Hamburg
2	8	5	69	84	523	61	93	96	1	4	9	0	0	0	Hessen
3	5	6	109	197	568	26	46	102	2	5	8	1	3	11	Mecklenburg-Vorpommern
9	11	13	37	126	1.048	160	234	99	2	3	3	1	2	1	Niedersachsen
19	26	28	88	309	1.877	180	315	315	14	26	39	3	4	3	Nordrhein-Westfalen
7	11	18	35	91	407	41	79	61	3	7	11	0	0	0	Rheinland-Pfalz
2	4	1	4	5	213	13	17	17	0	0	1	0	0	0	Saarland
6	11	27	154	300	1.091	47	100	340	3	5	20	1	4	1	Sachsen
8	11	16	122	200	373	40	59	173	3	3	7	0	1	0	Sachsen-Anhalt
3	3	3	15	20	158	12	23	19	2	5	2	0	0	0	Schleswig-Holstein
10	17	28	93	137	617	115	171	64	3	4	3	1	1	0	Thüringen
87	134	189	1.357	2.342	9.425	1.028	1.665	1.722	59	106	158	10	21	20	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
0	2	1	3	3	0	11	18	28	Baden-Württemberg	
4	7	5	0	0	0	10	17	28	Bayern	
1	4	3	0	0	0	7	12	8	Berlin	
0	0	1	1	1	0	2	2	4	Brandenburg	
0	0	1	0	0	0	2	4	1	Bremen	
0	0	0	0	2	1	4	7	3	Hamburg	
0	0	2	0	0	37	5	12	26	Hessen	
0	1	1	0	0	0	3	5	10	Mecklenburg-Vorpommern	
2	3	2	1	1	0	6	11	23	Niedersachsen	
8	12	9	0	1	0	23	31	52	Nordrhein-Westfalen	
0	0	1	0	0	0	1	2	9	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	3	3	3	Saarland	
0	0	0	0	0	2	1	2	13	Sachsen	
0	0	2	1	1	0	3	4	10	Sachsen-Anhalt	
0	1	1	0	0	0	4	9	5	Schleswig-Holstein	
0	1	2	0	0	0	3	3	6	Thüringen	
15	31	31	6	9	40	88	142	229	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. 1.2.2006 (2. Woche 2006)

Krankheit	2. Woche 2006	1.–2. Woche 2006	1.–2. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	15	18	12	138
Brucellose	1	3	0	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	2	4	75
Dengue-Fieber	5	7	2	143
FSME	0	0	0	427
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	1	4	78
Hantavirus-Erkrankung	0	2	15	443
Influenza	13	16	70	12.729
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	3	4	67
Legionellose	9	14	21	544
Leptospirose	0	0	0	58
Listeriose	10	18	17	490
Ornithose	0	0	0	32
Paratyphus	0	0	1	56
Q-Fieber	0	0	2	411
Trichinellose	0	0	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	0	1	1	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Masernhäufung im Landkreis Esslingen

Seit Anfang Januar 2006 sind im Landkreis Esslingen (Baden-Württemberg) 12 Masernerkrankungen bei Kindern gemeldet worden. Die Erkrankten sind zwischen 1 und 16 Jahre alt, keines der Kinder war gegen Masern geimpft. Drei Kinder mussten mit einer masernassoziierten Pneumonie stationär behandelt werden.

Das Gesundheitsamt Esslingen hat bereits in Pressemitteilungen und Rundschreiben an die Ärzteschaft auf die Masernhäufung und die Notwendigkeit der Schließung von Impflücken aufmerksam gemacht.

Eine detailliertere Beschreibung des Ausbruchs folgt in einer der nächsten Ausgaben des *Epidemiologischen Bulletins*.

Ausbrüche von durch Mücken übertragenen Erkrankungen in Fernreisezielen

► Dengue-Epidemie in Rio de Janeiro

Seit Dezember 2005 leiden Teile von Rio de Janeiro unter einem größeren Ausbruch von Dengue-Fieber. Anfang des Jahres 2002, als die Stadt ebenfalls eine Dengue-Epidemie im Frühjahr (Karneval) erlebte, stieg die Zahl der aus Brasilien importierten Dengue-Infektionen in Deutschland deutlich an. Bei der Meldung und Übermittlung entsprechender Fälle in diesem Jahr bittet das RKI, neben der Angabe des Infektionslandes im Freitext ggf. auch auf einen Aufenthalt in Rio de Janeiro hinzuweisen.

► Chikungunya-Virus-Ausbruch auf Réunion

Schon seit dem Frühjahr letzten Jahres breiten sich Infektionen mit dem Chikungunya-Virus auf der zu Frankreich gehörigen Insel Réunion aus. Vor allem der Süden der Insel ist betroffen. In den letzten Wochen hat sich die Ausbreitungsdynamik mit dem Beginn der Regenzeit stark beschleunigt. Die Infektion ruft ein Dengue-ähnliches Fieber hervor, wobei schwere Verläufe (Meningoenzephalitis, Hämorrhagien) jedoch sehr selten sind. Sollten Fälle von Chikungunya-Infektion unter Reiserückkehrern gemeldet werden, bittet das RKI gemäß Falldefinition um die Meldung und Übermittlung auch nichthämorrhagischer Fälle in der Kategorie „Andere Erreger hämorrhagischer Fieber“.

Reisende nach Brasilien oder auf die Inseln des südlichen Indischen Ozeans sollten an die Wichtigkeit eines konsequenten Mückenschutzes (Gebrauch von Mosquito-Netzen, Repellentien) erinnert werden.

Quellen: ProMED, Eurosurveillance Weekly

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 A14273