



Epidemiologisches Bulletin

14. Februar 2011 / Nr. 6

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Tuberkulose-Infektionen im Landkreis Emsland

Zwei besondere Fallberichte

Ausgangslage

Im Oktober 2009 meldeten sich die Eltern eines stationär aufgenommenen Patienten telefonisch beim Gesundheitsamt im Landkreis Emsland. Der 20-jährige Sohn wurde auf Grund einer offenen Lungentuberkulose behandelt; die Eltern wünschten eine Untersuchung der Familie durch das Gesundheitsamt aus Angst vor einer Ansteckung. Die Tuberkulose war dem Gesundheitsamt bis dahin nicht gemeldet worden.

Die Recherche im Krankenhaus, die Befragung der Eltern und des Betroffenen sowie die zwei Tage später eingehende Labormeldung ergaben folgendes: Der Patient, Auszubildender einer großen Lebensmittelkette, wurde seit Frühjahr 2009 mehrfach wegen bronchialer Infekte antibiotisch behandelt. Es lagen keine bekannten Risikofaktoren für eine Tuberkulose vor. Wegen anhaltenden Hustens, Nachtschweiß und Gewichtsverlust drängten die Eltern im Oktober auf eine nochmalige ärztliche Untersuchung, obwohl der Erkrankte selbst kein ausgeprägtes Krankheitsgefühl hatte. In der dann erstmalig durchgeführten Röntgen-Thoraxaufnahme zeigte sich bereits ein ausgedehnter beidseits kavernöser pulmonaler Befund, der zur Krankenhauseinweisung führte. In der Bronchiallavage wurden reichlich mikroskopisch säurefeste Stäbchen nachgewiesen, die PCR sowie später auch der kulturelle Befund ergaben *Mycobacterium (M.) tuberculosis*. Es wurden keine Resistenzen gegen Antituberkulotika nachgewiesen. Der Patient wurde im Krankenhaus von Beginn an strikt isoliert und 4-fach antituberkulotisch therapiert. Er konnte nach 5-wöchiger Behandlung aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

Im Rahmen der Umgebungsuntersuchung wurden durch das zuständige Gesundheitsamt insgesamt 23 enge Kontaktpersonen ermittelt (6 Personen aus der Familie, 10 Personen aus dem Arbeitsbereich und 7 Personen aus dem engen Freundeskreis). Bei 21 Personen wurde sowohl der Tuberkulin-Hauttest (THT) als auch ein IGRA (Interferon- γ -Release Assay), in diesem Fall der QuantiFeron Gold-in-Tube[®] (QFT), eingesetzt. Zunächst waren nur die Personen, die im THT ein positives Ergebnis hatten, mit einem IGRA getestet worden. Wegen der später festgestellten hohen Infektionsrate wurde nachfolgend auch bei den primär im THT negativ getesteten Personen ein IGRA durchgeführt. Personen, die im IGRA positiv waren, wurden geröntgt. Zwei Personen (beide über 60 Jahre alt) wurden zunächst nur geröntgt, später wurde aufgrund der hohen Ansteckungsrate ebenfalls der QFT durchgeführt.

Ergebnisse der Umgebungsuntersuchung

Im THT hatten 19 der 21 untersuchten engen Kontaktpersonen ein positives (> 5 mm Indurationsdurchmesser) und 2 Personen ein negatives Ergebnis. Der positive THT konnte bei 15 Personen (78,9 %) durch den QFT bestätigt werden (4,61 bis >10 IE/ml). Keine der Personen, die im THT negativ waren, hatte ein positives Ergebnis im IGRA. Alle Röntgenaufnahmen waren bzgl. eines Tuber-

Diese Woche

6/2011

Tuberkulose

- ▶ Zwei Erkrankungsfälle im Landkreis Emsland
- ▶ Kommentar des RKI

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

KiGGS als Komponente des Gesundheitsmonitorings

Aus dem Robert Koch-Institut

Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
3. Woche 2011
(Datenstand: 9. Februar 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 5. Woche 2011

Anlage

Leserumfrage zum
Epidemiologischen Bulletin



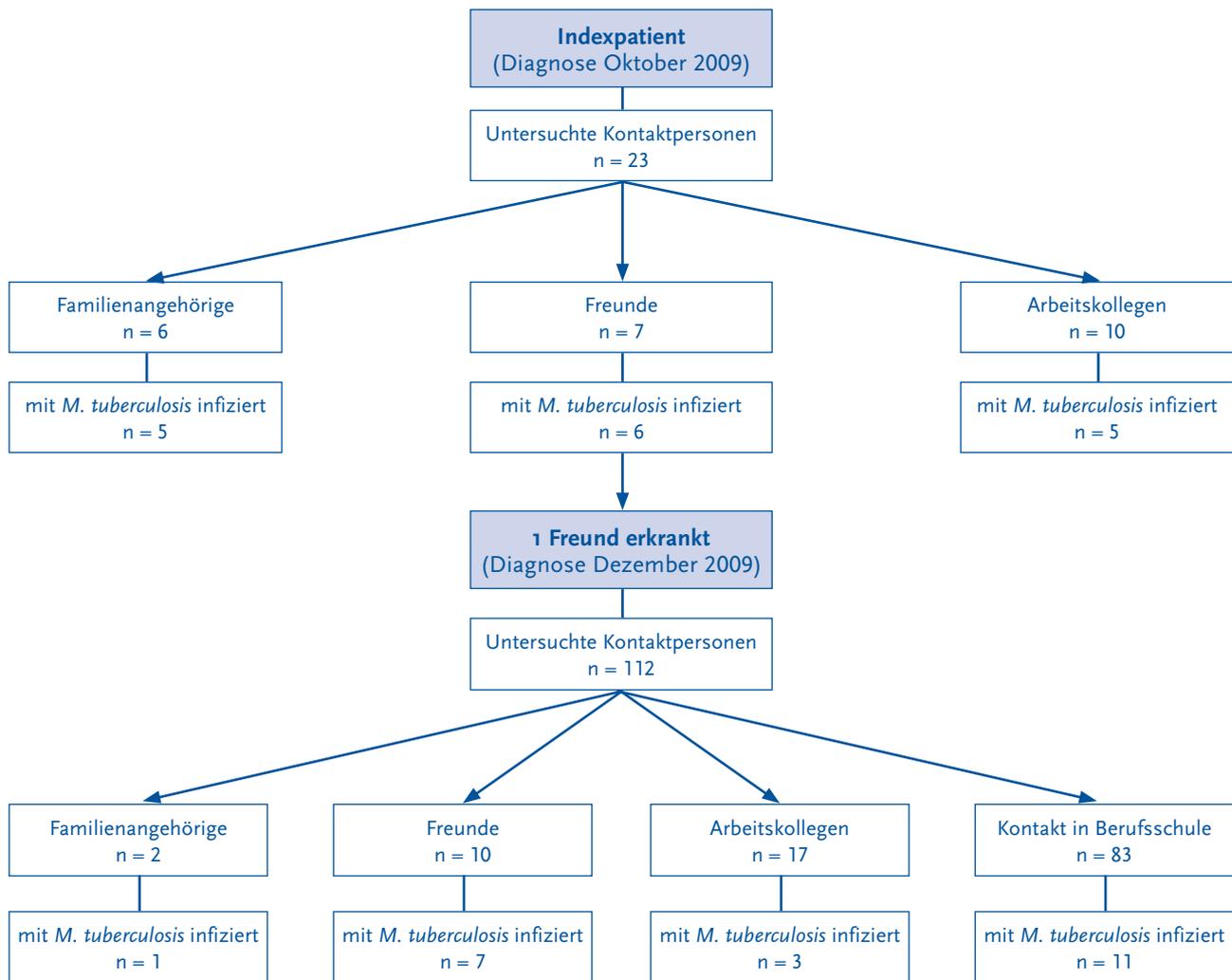


Abb. 1: Durch Umgebungsuntersuchungen ermittelte Infizierte bzw. Erkrankte im Verlauf einer Tuberkulosehäufung, Landkreis Emsland 2009

kuloseverdachts unauffällig. Bei einem der beiden anfänglich nur geröntgten Patienten zeigte der IGRA ebenfalls ein positives Ergebnis.

Basierend auf den Ergebnissen des IGRA (23 untersuchte enge Kontaktpersonen) haben sich vermutlich 16 (69,6%) der untersuchten Kontaktpersonen bei dem Erkrankten angesteckt. Die höchsten Infektionsraten waren unter den Familienangehörigen (5 Personen, 83%) und im Freundeskreis zu finden (6 Personen, 86%), aber auch am Arbeitsplatz infizierten sich 5 Personen (50%) (s. Abb. 1). Das Durchschnittsalter aller untersuchten Personen lag bei 31,5 Jahren, im Freundeskreis bei 20 Jahren. Die Ansteckungsquelle für den Indexpatienten konnte nicht eruiert werden.

Zweiter Erkrankungsfall

Am 23.12.2009, also knapp 2 Monate später, meldete das Krankenhaus einen weiteren Fall einer offenen Lungentuberkulose (kultureller Befund: *M. tuberculosis*, mikroskopisches Ergebnis: säurefeste Stäbe 4+). Es handelte sich um einen 19-jährigen Freund des oben beschriebenen Indexfalls.

Bei dem Erkrankten wurde in der Umgebungsuntersuchung im Oktober 2009 mittels QFT bereits eine tuberkulöse Infektion nachgewiesen (Interferon- γ -Wert: 3,6 IE/ml). Das Röntgenbild war zu diesem Zeitpunkt unauffällig. Die-

ses Ergebnis konnte vom Lungenfacharzt auch retrospektiv noch einmal bestätigt werden. Der Lungenfacharzt hatte keine Empfehlung zur Chemoprävention ausgesprochen, sondern zu Röntgenkontrollen über 2 Jahre geraten.

Anamnestisch berichtete der jetzt Erkrankte, bereits seit mindestens 3 Monaten Symptome wie Husten und Gewichtsverlust zu haben, die jedoch bei der Befragung durch das Gesundheitsamt im Oktober vorerst verneint worden waren. Der gemeinsame Freundeskreis mit dem Indexfall (insgesamt 7 Personen) hatte sich im letzten Sommer und Herbst abends fast täglich in einer Wohnung getroffen.

Der jetzt Erkrankte wurde ebenso wie der Indexfall isoliert, therapiert und nach 5 Wochen aus dem Krankenhaus entlassen. Die *M.-tuberculosis*-Kulturisolat der beiden Erkrankten wurden zwecks Typisierung an das Nationale Referenzzentrum für Mykobakterien in Borstel geschickt. Es wurde dort mittels DNA-Fingerprinting eine 100%ige Übereinstimmung gefunden, womit die Übertragung zwischen diesen beiden Personen bewiesen werden konnte.

Ausgehend von der jetzt erkrankten Person wurde eine weitere Umgebungsuntersuchung durch das zuständige Gesundheitsamt durchgeführt. Aufgrund der hohen Infektionsraten in der vorangegangenen Umgebungsuntersu-

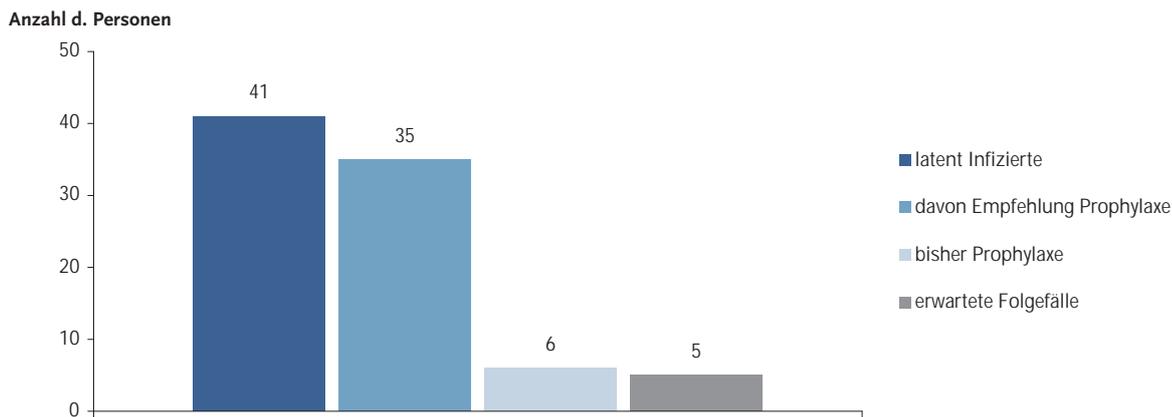


Abb. 2: Latent mit *M. tuberculosis* infizierte Personen, Landkreis Emsland 2009

chung wurden jetzt auch die gelegentlichen Kontakte in geschlossenen Räumen beider (!) Erkrankungsfälle berücksichtigt. Dieses betraf zwei Berufsschulklassen (der zweite Erkrankte hatte zwischenzeitlich die Schule gewechselt) und die Teilnehmer einer Maßnahme in einem berufstechnischen Zentrum. Somit wurden insgesamt 112 Kontaktpersonen ermittelt, von denen 2 aus der Familie, 10 aus dem Freundeskreis, 17 aus dem Arbeitsbereich und 83 aus den jeweiligen Berufsschulen stammten. Auch bei diesen Kontaktpersonen wurden sowohl der THT als auch der QFT durchgeführt.

Ergebnisse der zweiten Umgebungsuntersuchung

Im THT hatten 39 der 112 Kontaktpersonen (34,8 %) ein positives Ergebnis (> 5 mm Indurationsdurchmesser) und 73 Personen ein negatives Ergebnis im THT (65,2 %). Ein positiver THT konnte bei insgesamt 22 Personen (56 %) durch den QFT bestätigt werden. Alle Personen, die sowohl mit dem THT als auch durch QFT getestet wurden und im THT negativ waren, waren auch im QFT negativ. Die durchgeführten Röntgenaufnahmen der Personen, die im QFT positiv waren, ergaben keinen auffälligen Befund.

In dieser zweiten Umgebungsuntersuchung haben sich, basierend auf den Ergebnissen des QFT, wahrscheinlich 11 (37,9 %) der untersuchten engen Kontaktpersonen (Familie, Freunde, Arbeitsplatz, n=29) bei dem Erkrankten angesteckt. Die höchsten Infektionsraten waren im Freundeskreis zu finden (7 Personen, 70,0 %), am Arbeitsplatz infizierten sich 3 Personen (17,6 %) und in der Familie eine von zwei Personen.

Unter den gelegentlichen Kontakten in den Berufsschulen wurde bei 11 Personen (13,2 %) ein positives Ergebnis im QFT nachgewiesen.

Gesamtergebnis der Umgebungsuntersuchungen

Unter den engen Kontaktpersonen (Familie, Freunde und Arbeitskollegen) wurden im ersten Erkrankungsfall 16 Personen (69,6 %) und im zweiten Fall 11 Personen (37,9 %) ermittelt, die im IGRA ein positives Ergebnis aufwiesen und bei denen daher von einer Infektion mit *M. tuberculosis* ausgegangen werden muss. In beiden Umgebungsuntersuchungen zusammen – unter Einbeziehung der gelegent-

lichen Kontakte in geschlossenen Räumen und unter Ausschluss von Personen, die an beiden Umgebungsuntersuchungen teilnahmen – hatten von 135 untersuchten Kontaktpersonen 38 Personen (28 %) ein positives Ergebnis im QFT.

Werden zusätzlich weitere 18 Personen (Verwandte, flüchtige Kontakte etc.) berücksichtigt, die sich teilweise später für eine Untersuchung gemeldet hatten und unter denen nochmals 3 Personen (16,7 %) als latent infiziert diagnostiziert wurden, ergibt sich für das gesamte Infektionsgeschehen folgende Gesamtzahl: Von 153 untersuchten Personen, die als Kontakte (eng oder gelegentlich) zu zwei an Tuberkulose Erkrankten ermittelt wurden, konnten unter Verwendung des IGRA 41 (26 %) als latent infiziert ermittelt werden.

Weiteres Vorgehen

Positiv getestete Personen wurden an ihre jeweiligen Hausärzte bzw. Lungenfachärzte überwiesen. Vom zuständigen Gesundheitsamt wurde den Betroffenen in einem Anschreiben neben der Befundübermittlung in 35 Fällen (86 % der Infizierten) eine Chemoprävention mit Isoniazid (INH) empfohlen (gemäß den Empfehlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, DZK)¹. Tatsächlich aber erhielten nur 6 Personen eine medikamentöse INH-Prävention (s. Abb. 2).

Neuere Untersuchungen^{2,3} zeigen, dass ca. 15 %–17 % der im IGRA positiven gezielt untersuchten Kontaktpersonen innerhalb der nächsten 2 Jahre an einer klinisch manifesten Tuberkulose erkranken werden, wenn sie keine Chemoprävention erhalten. Wird diese Zahl zugrunde gelegt, würden sich bei dem vorliegenden Geschehen 5 erwartete Folgefälle für die nächsten 2 Jahre ergeben (s. Abb. 2).

Da insgesamt 24 Haus- bzw. Fachärzte hinsichtlich der empfohlenen Verordnung einer Chemoprävention eingebunden waren und diese sich sehr uneinheitlich dazu verhielten, wurde eine Informationsveranstaltung für die niedergelassenen Ärzte durch das zuständige Gesundheitsamt durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die DZK-Empfehlungen im niedergelassenen Bereich weitestgehend unbekannt sind.

Drei Monate nach der Veranstaltung erhielten von den anfangs noch 38 infizierten Kontaktpersonen die bereits erwähnten 6 Personen weiterhin INH, 2 Personen lehnten die Prävention ab, 3 Personen hatten Kontraindikationen, bei 27 Personen unterblieb weiterhin die Empfehlung durch den betreuenden Arzt.

Schlussfolgerung

Ausgehend von den Erfahrungen mit diesen beiden überdurchschnittlich ansteckungsfähigen Erkrankungsfällen hält es das zuständige Gesundheitsamt für notwendig, die Zusammenarbeit und die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten, insbesondere den Allgemeinmedizinerinnen, und den betroffenen Personen, die durch die Umgebungsuntersuchung ermittelt werden, zu verbessern. Bei Feststellung einer tuberkulösen Infektion in der Umgebung eines Indexpatienten wird neben den bisherigen reinen Befundübermittlungen an Arzt und Kontaktperson auch ein direkter (telefonischer) Kontakt hergestellt. Behandelnde Ärzte infizierter Personen erhalten nunmehr ergänzend schriftliche Informationen zu den aktuellen DZK-Empfehlungen und den diagnostischen Möglichkeiten sowie Überwachungsempfehlungen sowohl bei Zustimmung als auch bei Verzicht auf Durchführung einer Chemoprävention.

Personen, die ein positives Ergebnis im IGRA aufweisen sowie radiologisch unauffällig sind, gelten als latent infiziert, ihnen wird ein persönliches ärztliches Beratungsgespräch im Gesundheitsamt angeboten. Weiterhin wurde ein neues Merkblatt zu Erkennung, Diagnostik, Umgang und Prävention der Tuberkulose erarbeitet, welches allen Betroffenen ausgehändigt wird.

Nachtrag: Am 5.10.2010 ging die Meldung eines niedergelassenen Lungenfacharztes ein, dass nun auch die 23-jährige Schwester des ersten Indexpatienten an Tuberkulose erkrankt ist und seit diesem Tag antituberkulotisch behandelt wird. (Radiologisch eindeutige Kavernenbildung, Sputum mikroskopisch negativ, Kulturergebnis steht noch aus). Die Patientin, die durch die Umgebungsuntersuchung bereits als latent infiziert bekannt war, hatte die Anfang des Jahres angeratene Chemoprävention wegen einer ihrerseits bestehenden Befürchtung einer Interaktion mit regelmäßig eingenommenen Medikamenten abgelehnt.

Literatur

1. Diel R, Forßbohm M, Loytved G, Haas W, Hauer B, Maffei D, Magdorf K, Nienhaus A, Rieder HL, Schaberg T, Zellweger J-P, Loddenkemper R: Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose. *Pneumologie* 2007; 61: 440–455
2. Diel R, Loddenkemper R, Meywald-Walter K, Niemann S, Nienhaus A: Predictive value of a whole-blood IFN-gamma assay for the development of active TB disease after recent infection with *Mycobacterium tuberculosis*. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 177: 1164–1170
3. Haldar, Thuraisingham et al.: Contact Screening with single-Step Tigua Testing and Risk of active TB Infection: The Leicester Cohort Analysis, *BTS* 2009

Für diesen Beitrag danken wir Mechthild Schöpker, Gesundheitsamt des Landkreises Emsland, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: mechthild.schaepker@emsland.de), sowie Dr. Doris Wagner und Dr. Martina Scharlach vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA).

Kommentar des Robert Koch-Instituts

Das Gesundheitsamt kann nur dann seinen Aufgaben im Sinne einer Unterbrechung der Infektionskette nachkommen, wenn die Tuberkulose gemäß Infektionsschutzgesetz auch gemeldet wird (im ersten Fall erfuhr das Gesundheitsamt erst über die Angehörigen von der Erkrankung). Die geschilderten Fallberichte verdeutlichen aber darüber hinaus weitere Aspekte, die für eine effektive Tuberkulosekontrolle wichtig sind:

- ▶ Die Tuberkulosefallzahlen sind in Deutschland seit vielen Jahren rückläufig und die Erkrankung betrifft vorwiegend Menschen, bei denen Umstände vorliegen, die eine Tuberkulose begünstigen (z. B. Herkunft aus einem Hochprävalenzland, Immunschwäche). Dennoch muss diese Krankheit nach wie vor differenzialdiagnostisch bei allen Personen mit entsprechender Symptomatik – wie hier rezidivierende therapieresistente bronchopulmonale Infekte mit Husten, Nachtschweiß und Gewichtsabnahme – berücksichtigt werden.
- ▶ Auch die drei Erkrankungen entwickelten sich bei immungesunden jungen Erwachsenen. Dies zeigt darüber hinaus, wie wichtig die Aufklärung infizierter Personen über ihr Erkrankungsrisiko und die möglichen Symptome im Falle einer Progression sowie eine entsprechende Nachbeobachtung sind.
- ▶ Verzögerungen in Diagnostik und Therapie verlängern die Dauer der Infektiosität. Dies spiegelt sich im ersten Fall in einer überdurchschnittlich hohen Anzahl infizierter bzw. zweier in Folge erkrankter Kontaktperson wider. Dies machte eine Umgebungsuntersuchung mit erheblichem Umfang, auch aufgrund der vorgefundenen Infektionen selbst bei weniger engen Kontakten, notwendig.
- ▶ Die verständliche Aufklärung und Information des Indexfalls und der Kontaktpersonen ist eine Grundvoraussetzung für die optimale, vertrauensvolle Zusammenarbeit von Gesundheitsamt, betroffenen Personen und dem niedergelassenen Bereich. Hier hat das Gesundheitsamt Optimierungsbedarf gesehen, Lösungsansätze erarbeitet und umgesetzt, indem es beispielsweise nun auch den persönlichen Kontakt mit den involvierten niedergelassenen Ärzten sucht.
- ▶ Die hohe Spezifität der IGRAs sowie die sich langsam bessernde Datenlage bezüglich ihrer Vorhersagewerte mit relevanten Progressionsraten bei testpositiven Personen erleichtern die Indikationsstellung und verbessern die Compliance für eine chemopräventive Behandlung. Diese kann bei korrekter Durchführung sehr effektiv das Fortschreiten in eine aktive Tuberkulose verhindern. Hier gilt es, Wissenslücken in der niedergelassenen Ärzteschaft zu schließen.

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1): KiGGS als Komponente des Gesundheitsmonitorings



Seit Juni 2009 führt das Robert Koch-Institut (RKI) die Datenerhebungen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) durch. Dies ist der Auftakt zu einer Reihe von Kurzbeiträgen zu KiGGS Welle 1, die fortan monatlich im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen. Im Folgenden wird erläutert, welche Zielstellung die KiGGS-Studie als eine der drei Komponenten des Gesundheitsmonitorings des RKI verfolgt.

Mit KiGGS Welle 1 wird die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), die als Querschnittsuntersuchung angelegt war, als Langzeitstudie fortgesetzt. Der Zeitraum für die weitere Beobachtung der KiGGS-Teilnehmer beläuft sich vorerst auf etwa 15 Jahre.

Ziel ist es, die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter hinein zu verfolgen. Mit der Fortsetzung als Langzeitstudie lassen sich Fragen beantworten wie z. B.: Welche Bedeutung haben bekannte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter? Wie lange bleiben von Allergien oder Neurodermitis betroffene Kinder krank? Wie bewältigen Kinder und Heranwachsende eine Benachteiligung durch Armut? Welche Faktoren sind mit einem Risiko für die Entwicklung von Übergewicht verbunden? Bleiben übergewichtige Kinder übergewichtig? Welche Rolle spielen Schutz- und Risikofaktoren bei der Entwicklung einer psychischen Erkrankung?

Die gesamte Studie ist eingebettet in das Gesundheitsmonitoring des RKI, das durch die Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung konzipiert und durchgeführt wird. Das Gesundheitsmonitoring startete 2007 und umfasst neben KiGGS auch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) und die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA).

Das Anliegen des Gesundheitsmonitorings ist die kontinuierliche Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen, im Gesundheits- und Risikoverhalten sowie im Umgang mit Krankheiten und gesundheitlichen Risiken bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland. Unter Einbeziehung von Daten aus der amtlichen Statistik sowie von Register- und Prozessdaten soll das Gesundheitsmonitoring regelmäßig belastbare Informationen zu allen Bereichen des Gesundheitssystems liefern. Die Grundprinzipien des Gesundheitsmonitorings bestehen darin, „Vorhandenes zu nutzen“, „Lücken zu identifizieren und zu füllen“ sowie „Informationen zu vernetzen“. Zu diesem Zweck werden in allen drei Monitoring-Bereichen Befragungs- und Untersuchungssurveys nach einem festgelegten zeitlichen Turnus durchgeführt. Konzeptionell

sind die Erhebungen als Kombinationen von stets mitgeführten Kernmodulen und variablen Erhebungsteilen angelegt. Dies sichert die Vergleichbarkeit der Daten über die Zeit und ermöglicht es gleichzeitig, das Erhebungsspektrum an sich wandelnde bzw. aktuelle Erfordernisse anzupassen. Darüber hinaus werden definierte Personengruppen wiederholt zur Studienteilnahme eingeladen, um längsschnittliche Daten zu erheben. Dieses Vorgehen ermöglicht Querschnitts-, Kohorten- und Lebenslaufvergleiche im zeitlichen Verlauf, so dass Prävalenz- und Inzidenzberechnungen sowie Trend- und Verlaufsanalysen durchgeführt werden können.

Die zukünftigen Datenerhebungen zur KiGGS-Studie sollen in Intervallen von etwa drei Jahren abwechselnd über reine Befragungs- bzw. kombinierte Befragungs- und Untersuchungssurveys erfolgen. Für die erste Folgeerhebung „KiGGS Welle 1“ (2009–2012) wird die gesamte Gruppe der in die KiGGS-Basiserhebung einbezogenen Kinder und Jugendlichen, deren Eltern damals ihre Bereitschaft zur weiteren Kontaktierung erklärt hatten, erneut eingeladen. Zusätzlich werden in den jeweiligen KiGGS-Studienorten (Sample Points) über das Einwohnermeldeamt neu ausgewählte 0- bis 6-jährige Kinder in die Erhebung einbezogen, um aktuelle Daten über die Gesundheit dieser Altersgruppe zu erhalten. Sämtliche 167 Sample Points der KiGGS-Basiserhebung sind auch diesmal mit dabei. Die Datenerhebungen erfolgen telefonisch – d. h. im Unterschied zur KiGGS-Basiserhebung gibt es keinen Erhebungsteil mit medizinischen Untersuchungen oder Tests. Es werden jährlich zirka 8.000 telefonische Interviews sowohl mit den Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren als auch mit den Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren durchgeführt. Selbst befragt werden auch die Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung, die jetzt im jungen Erwachsenenalter sind (18 bis 24 Jahre).

Die Themen von KiGGS Welle 1 knüpfen an die Befragungsinhalte der Basiserhebung an und umfassen alle wesentlichen Eckwerte zu den inhaltlich wichtigsten Bereichen des gesundheitlichen Geschehens: Schutz- und Risikofaktoren sowie Lebensqualität, akute und chronische Krankheiten, Schmerzen, psychische Auffälligkeiten und Krankheiten, Unfälle, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Risikoverhalten, Lebensbedingungen und Sozialstatus. Die Kernkomponenten werden durch zwei vertiefende Modulstudien mit den Schwerpunkten „Psychische Gesundheit“ sowie „Motorische Leistungsfähigkeit“ ergänzt.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Weitere **Informationen** unter www.kiggs.de. **Anfragen** zu KiGGS unter kiggsinfo@rki.de.

Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Mit dem aktuellen *GBE kompakt* zum Thema „Grippe-schutzimpfung in Deutschland“ wird die Online-Publikationsreihe der GBE des Robert Koch-Instituts in diesem Jahr fortgesetzt. Aktuelle Daten zur Grippe-schutzimpfung auf Basis des telefonischen Gesundheitssurvey „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009 werden in der neuen Ausgabe dargestellt.

Die Analysen weisen daraufhin, dass die Durchimpfung in den Risikogruppen – trotz vorhandener Impfkampagnen – noch zu niedrig ist.

Bisherige Ausgaben von *GBE kompakt*:

- ▶ Armut und Gesundheit (5/2010)
- ▶ 20 Jahre Deutsche Einheit: Gibt es noch Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen? (4/2010)

- ▶ Gesundheitsrisiko Passivrauchen (3/2010)
- ▶ Unfallgeschehen in Deutschland (2/2010)
- ▶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Aufgaben, Ziele und Nutzungsmöglichkeiten (1/2010)

GBE kompakt kann über die Internetseiten des Robert Koch-Instituts (www.rki.de/gbe-kompakt) oder das elektronische Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) abgerufen werden.

Wenn Sie über Neuerscheinungen der GBE des Bundes am Robert Koch-Institut informiert werden möchten, können Sie unter www.rki.de/gbe-newsletter den Newsletter beziehen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2011 (Datenstand: 9.2.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.
Baden-Württemberg	93	272	328	1	3	5	2	6	12	29	83	126	5	10	6
Bayern	81	280	333	0	4	4	10	24	27	42	110	172	2	3	6
Berlin	38	139	151	0	1	1	11	21	7	15	30	45	1	4	6
Brandenburg	23	88	88	0	0	0	11	18	17	8	25	43	1	1	1
Bremen	7	24	23	0	1	0	0	0	3	1	5	11	0	1	0
Hamburg	24	81	100	0	0	0	1	2	0	9	15	29	0	3	3
Hessen	64	185	195	0	0	1	3	6	3	13	34	47	1	3	1
Mecklenburg-Vorpommern	24	86	73	0	0	0	5	9	10	6	83	47	0	0	0
Niedersachsen	66	242	283	2	5	4	4	15	32	17	60	116	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	210	757	1.000	4	10	13	18	42	63	61	150	246	0	1	3
Rheinland-Pfalz	43	156	204	0	2	3	1	4	20	17	45	62	0	0	2
Saarland	12	56	94	0	0	0	0	2	1	4	14	24	0	0	0
Sachsen	89	311	225	1	5	3	8	23	34	21	72	75	0	0	0
Sachsen-Anhalt	32	69	46	0	1	0	8	14	21	15	32	50	0	0	0
Schleswig-Holstein	45	116	143	1	2	3	0	1	3	7	16	37	0	0	1
Thüringen	25	85	73	0	1	0	18	33	43	25	54	94	0	1	0
Deutschland	876	2.947	3.359	9	35	37	100	220	296	290	828	1.224	10	27	30

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.
Baden-Württemberg	3	8	7	198	555	1.629	83	222	195	11	22	25	0	3	2
Bayern	10	23	29	301	890	2.810	104	306	329	12	29	34	0	1	1
Berlin	0	2	4	93	386	701	37	85	133	7	26	16	1	3	1
Brandenburg	0	3	6	128	339	903	101	162	180	3	5	8	0	0	0
Bremen	0	1	2	31	76	87	3	9	10	0	1	2	0	0	0
Hamburg	1	1	5	83	207	412	11	46	50	1	3	3	0	0	0
Hessen	3	7	11	78	253	1.524	32	98	109	6	14	16	0	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	2	6	4	118	335	731	28	113	127	3	7	6	0	0	0
Niedersachsen	4	17	23	247	710	1.549	84	200	196	0	14	11	1	1	3
Nordrhein-Westfalen	8	28	28	705	2.295	3.511	176	490	276	22	41	39	1	3	6
Rheinland-Pfalz	6	11	11	153	503	978	49	108	69	5	11	6	0	3	0
Saarland	1	2	2	51	143	187	7	21	20	2	2	0	0	0	0
Sachsen	8	30	35	352	953	2.368	164	470	243	2	9	22	1	3	4
Sachsen-Anhalt	3	8	11	135	402	1.381	61	187	73	4	5	4	1	2	1
Schleswig-Holstein	1	3	6	84	300	410	25	82	65	2	4	11	0	0	1
Thüringen	9	19	16	165	407	1.230	56	127	104	0	1	4	0	0	2
Deutschland	59	169	200	2.922	8.754	20.411	1.021	2.726	2.179	80	194	207	5	21	22

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2011 (Datenstand: 9.2.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.
Baden-Württemberg	1	3	0	1	1	2	6	24	34
Bayern	0	2	8	1	7	6	10	20	53
Berlin	1	2	3	0	1	1	4	20	21
Brandenburg	0	0	1	0	0	1	0	3	3
Bremen	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	0	3	0	0	0	2	2	7	4
Hessen	0	4	1	1	4	4	3	15	17
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	3	5	2
Niedersachsen	4	6	4	0	3	3	7	21	13
Nordrhein-Westfalen	1	7	11	3	6	14	8	24	34
Rheinland-Pfalz	1	1	3	2	3	6	4	8	17
Saarland	0	0	2	1	4	0	3	4	1
Sachsen	0	0	0	1	4	0	6	13	11
Sachsen-Anhalt	0	2	1	1	1	1	4	11	7
Schleswig-Holstein	0	0	1	0	1	1	6	11	10
Thüringen	0	0	1	1	2	1	2	3	5
Deutschland	8	31	37	12	37	42	68	189	232

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.
Baden-Württemberg	2	6	2	0	0	0	9	21	25
Bayern	2	9	2	5	15	3	7	15	25
Berlin	1	5	1	1	1	8	3	9	11
Brandenburg	1	2	1	0	0	1	1	3	3
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hamburg	0	0	1	0	0	5	2	7	10
Hessen	3	5	2	1	3	1	7	20	18
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	1	0	1	3	1
Niedersachsen	0	2	2	1	1	0	4	14	22
Nordrhein-Westfalen	4	13	13	3	3	1	19	56	51
Rheinland-Pfalz	1	3	1	0	1	0	4	7	9
Saarland	0	1	0	0	0	0	1	1	3
Sachsen	0	1	1	0	0	0	1	3	15
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	0	0	1	3	12
Schleswig-Holstein	0	1	0	0	2	0	0	1	6
Thüringen	0	1	2	0	0	0	1	2	8
Deutschland	14	49	30	11	27	19	61	165	220

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2011 (Datenstand: 9.2.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	3. Woche	1.–3. Woche	1.–3. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	5	18	14	487
Brucellose	0	0	2	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	12	113
Dengue-Fieber	7	20	14	593
FSME	0	1	0	261
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	0	64
Hantavirus-Erkrankung	2	12	62	2.015
Hepatitis D	1	1	0	10
Hepatitis E	3	18	6	220
Influenza	3.628	6.246	1.859	3.464
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	16	14	208
Legionellose	6	25	98	686
Leptospirose	0	1	2	69
Listeriose	2	9	24	389
Ornithose	0	0	0	24
Paratyphus	1	2	1	57
Q-Fieber	8	10	7	360
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	2	3	31
Typhus abdominalis	1	2	5	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 5. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 5. KW im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Der Praxisindex liegt in den AGI-Großregionen Norden (West), Süden und Osten im moderat erhöhten Bereich. In der AGI-Großregion Mitte (West) ist der Praxisindex deutlich erhöht. Dem RKI wurden seit der 40. Meldewoche (MW) 2010 insgesamt 12.691 klinisch-labor-diagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt, davon waren 1.817 (14%) hospitalisiert. Insgesamt wurden seit der 40. MW 55 Todesfälle mit Influenza-Infektion (davon 50 Fälle A(H1N1) 2009 subtypisiert) übermittelt. 43 (98%) der 44 verstorbenen Fälle, zu denen Informationen zum Impfstatus vorliegen, waren nicht gegen Influenza geimpft (Datenstand: 08.02.2011). Der deutliche Anstieg der Influenza-Aktivität in der Bevölkerung wird in der 5. KW durch eine erhöhte Krankheitslast in der Altersgruppe der Schulkinder und der jungen Erwachsenen verursacht. Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 4. KW 2011 berichtete Luxemburg erneut über sehr hohe und Norwegen weiterhin über hohe klinische Aktivität, während Bulgarien, Griechenland, Italien und Litauen erstmals über hohe Aktivität berichteten. 18 Länder, darunter Deutschland sowie das Vereinigte Königreich (UK; Nordirland und Schottland), berichteten über mittlere Aktivität. Weitere vier Länder, darunter das UK (England), berichteten über geringe Aktivität. Während sechs Länder (Irland, Malta, die Niederlande, Spanien, das UK – England und Nordirland) von sinkenden Werten berichten, melden 16 Länder weiterhin ansteigende Werte. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 5. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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, Lepra, 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.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen 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 allgemeiner interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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