



# Epidemiologisches Bulletin

1. März 2002 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Gesundheitserziehung zum Thema Impfen:

## Impfaufklärung in Schulen – Erfahrungen aus Bad Kreuznach

Im August 2001 hatte das Gesundheitsamt Bad Kreuznach seine Erfahrungen bei der Gesundheitserziehung zum Thema Impfen zusammen mit einer Statistik über den Impfstatus der Schüler mitgeteilt (s. *Epid. Bull.* 2001; 34: 257–258). In einer speziellen Unterrichtsstunde war eine gezielte Information über Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen unmittelbar mit der Kontrolle der Impfausweise verbunden worden. Flankiert wurde diese Maßnahme von Gesprächen mit den Schulleitungen, Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer und Ärzte, Behandlung des Themas auf den Elternabenden und Informationsschreiben an die Eltern. An dieser Aktion hatten im Jahr 1999 die 6. und 9. Klasse und im Jahr 2000 die 8. Klasse teilgenommen. Unmittelbar nach dieser Intervention konnte der Effekt nicht beurteilt werden, es war daher eine spätere Kontrolle vorgesehen. Zwei Jahre danach wurden nun die Impfausweise der früheren 6. Klassen nochmals durchgesehen, um beurteilen zu können, ob der Aufwand, der mit einer solchen Aktion verbunden ist, gerechtfertigt ist:

### Methodik

Zur Evaluation wurden nur die damaligen 6. Klassen – jetzt in der 8. Klasse – ausgewählt (die Schüler der 9. Klassen hatten ja im Jahr 2001 entweder die Schule verlassen oder die Oberstufe mit ihrer Kurseinteilung erreicht). Absichtlich wurde ein Intervall von 2 Jahren nach der ersten Aktion gewählt, da es erfahrungsgemäß eine längere Zeit dauert, bis versäumte Impfungen nachgeholt werden. (Deshalb entfielen auch die früheren 8. Klassen für die Nachkontrolle). Für die Beurteilung der Wirksamkeit der Aufklärung wurden nur die Daten derjenigen Schulen ausgewertet, die in beiden Jahren an der Aktion teilgenommen hatten. Eine völlige Übereinstimmung der 1999 und 2001 kontrollierten Impfausweise konnte allerdings nicht erreicht werden.

Ergänzend wurden die in den kontrollierten damaligen 6., jetzigen 8. Klassen ermittelten Impfraten mit denen verglichen, die 2000 vor dem Impfunterricht in den 8. Klassen erfasst worden waren.

Insgesamt nahmen an dieser Kontrollmaßnahme des Gesundheitsamtes jetzt 17 Schulen (8 Hauptschulen, 3 Realschulen, 6 Gymnasien) teil. 886 Impfausweise wurden vorgelegt (1999 waren es 1.033 gewesen). Über die Schulleitungen wurde den Eltern in einem Informationsschreiben die geplante Wiederholung des Impfunterrichtes mit den genauen Terminen mitgeteilt. Sie wurden erneut um Mitgabe der Impfausweise gebeten und erhielten Informationsmaterial über die aktuell geänderten Impfempfehlungen zu Pertussis und Varizellen.

### Ergebnisse

Die Abbildungen 1, 3, 5 und 7 zeigen einen Vergleich der Impfraten der Schüler der 6. Klassen im Jahr 1999 vor dem Unterricht mit den Impfraten in dieser Gruppe zwei Jahre nach dem Impfunterricht im Jahr 2001. In den Abbildungen 2, 4, 6 und 8 werden die Impfraten in den heutigen 8. Klassen (zwei Jahre nach dem Impfunterricht) mit den 8. Klassen im Jahr 2000 (damals vor dem Impfunterricht) verglichen.

Diese Woche

9/2002

### Impfungen:

Zum Effekt der Impfaufklärung in Schulen:

Ein Gesundheitsamt berichtet

### Tularämie:

- ▶ Bericht über Erkrankungen nach Kontakt zu einem Wildhasen
- ▶ Hinweise zur Labordiagnostik

### Influenza:

- ▶ Hinweise zur aktuellen Situation
- ▶ WHO-Empfehlungen zum Impfstoff für die Saison 2002/2003

### Epidemiologie:

Weiterer Aufbaustudiengang im Rahmen des MSE-Programms

### Ankündigungen:

- ▶ 47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
- ▶ 10. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie

### Meldepflichtige

#### Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

Stand vom 27. Februar 2002

(6. Woche)



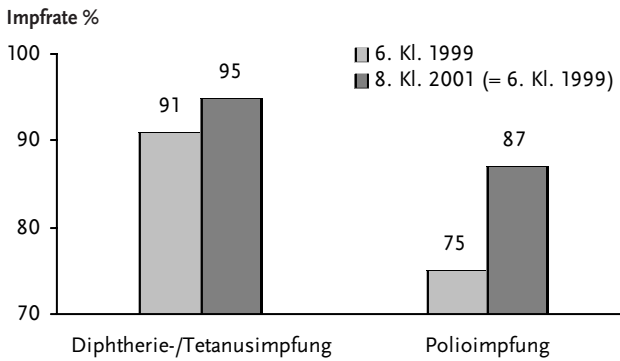


Abb. 1: Diphtherie-/Tetanus- und Polioimpfung. Vergleich von Impfraten vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 1999/2001

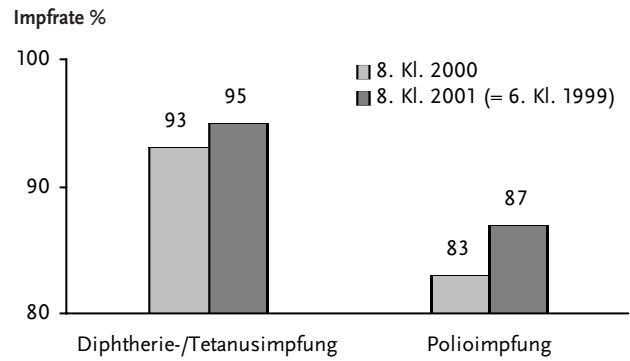


Abb. 2: Diphtherie-/Tetanus- und Polioimpfung. Impfraten in 8. Klassen vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 2000/2001

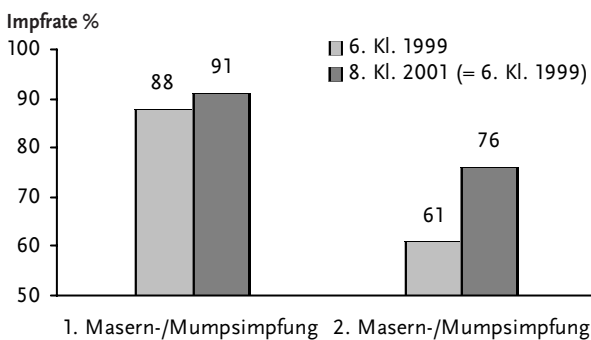


Abb. 3: Masern- und Mumpsimpfung (zusammengefasst). Vergleich von Impfraten vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 1999/2001

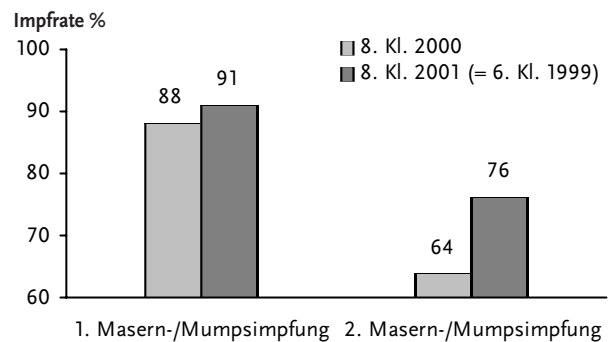


Abb. 4: Masern- und Mumpsimpfung (zusammengefasst). Impfraten in 8. Klassen vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 2000/2001

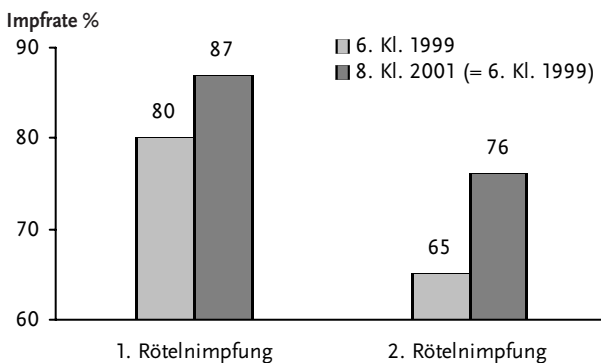


Abb. 5: Rötelnimpfung. Vergleich von Impfraten vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 1999/2002

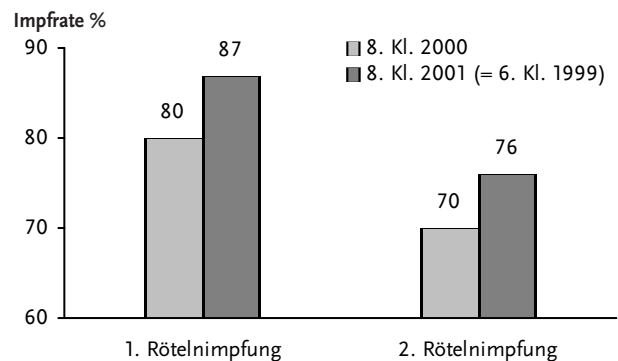


Abb. 6: Rötelnimpfung. Impfraten in 8. Klassen vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 2000/2001

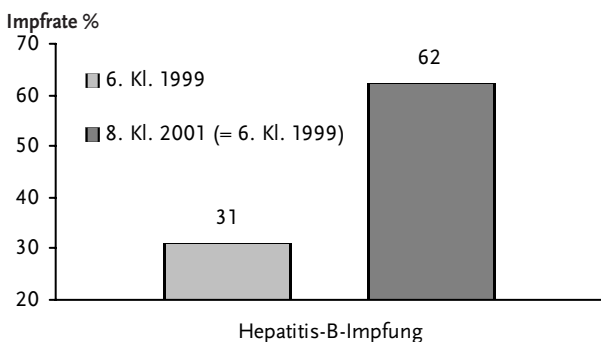


Abb. 7: Hepatitis-B-Impfung. Vergleich von Impfraten vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 1999/2002

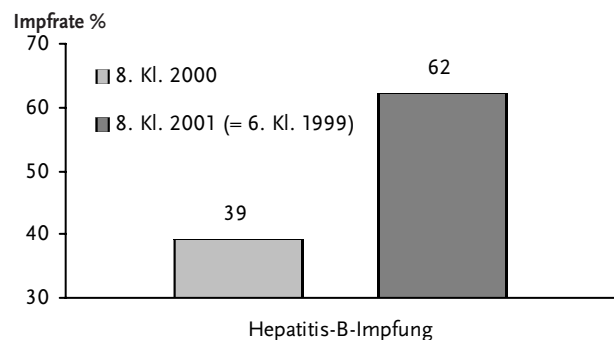


Abb. 8: Hepatitis-B-Impfung. Impfraten in 8. Klassen vor und nach einem Impfunterricht. Erhebung in Schulen des Kreises Bad Kreuznach 2000/2001

### **Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis**

Obwohl im ersten Durchgang bereits über 90% der Schüler einen Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus hatten, war hier bei der Kontrolle trotzdem eine Erhöhung der Impfrate um 4 Prozentpunkte festzustellen (Abb. 1). Die Impfraten der Polioimpfung waren um 12 Prozentpunkte gestiegen. Die heutigen 8. Klassen wiesen bessere Impfraten auf als die 8. Klassen im Jahr 2000 (Abb. 2).

### **Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln**

Auch bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln waren deutlich verbesserte Impfergebnisse zu verzeichnen (Abb. 3, 5). Die Impfraten der Masern- und der Mumpsimpfung wurden, da sie fast gleich waren, in den Abbildung 3 und 4 zusammengefasst. Die Rate der 1. Masern-/Mumpsimpfung erreichte 91%. Erfreulicherweise erhöhten sich die Impfraten der 2. Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung, bei der 1999 noch erhebliche Impflücken festgestellt wurden, um mindestens 10 Prozentpunkte. In den Abbildungen 4 und 6 sind 8. Klassen nach und vor dem Impfunterricht verglichen, auch hier wird der Effekt der Impfaufklärung deutlich.

### **Impfung gegen Hepatitis B**

Am deutlichsten ergab sich eine Steigerung der Impfraten bei der Hepatitis-B-Impfung (Abb. 7). Diese lag vor dem Impfunterricht nur bei 31%, was sicherlich darauf zurückzuführen ist, dass vor drei Jahren die Eltern der Schüler noch nicht darauf hingewiesen worden waren, wie wichtig gerade diese Impfung für ihre Kinder ist und dass die Krankenkassen die Kosten hierfür übernehmen. Beim Vergleich der 8. Klassen finden sich in den Klassen mit dem Impfunterricht ebenfalls deutlich höhere Impfraten (Abbildung 8).

### **Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse bestätigen, dass die sogenannte Impfmüdigkeit nur relativ ist und dass es offenbar bei Eltern, Schülern und Lehrern ein Defizit an Aufklärung über Impfungen gab. Gezielte Informationen über Schutzimpfungen sind als eine wichtige Voraussetzung für die gewünschte und notwendige Verbesserung der Impfergebnisse anzusehen. Aus der Sicht des Gesundheitsamtes Bad Kreuznach kann das hier erprobte Vorgehen, bei dem eine Unterrichtsstunde zu Schutzimpfungen mit der Kontrolle der Impfausweise der Schüler verbunden und durch gezielte Informationen der Eltern, der Lehrer und der Schulleitung flankiert wird, empfohlen werden, weil Aufwand und Nutzeffekt der Intervention in einem günstigen Verhältnis stehen.

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Frau Dr. med. Karin Zidarov, Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Bad Kreuznach (Ringstr. 4, 55543 Bad Kreuznach). Dank für aktive Beteiligung an der Aufklärungsaktion und der Auswertung der Ergebnisse gilt den Mitarbeiterinnen des Amtes Frau Dr. R. Struck, Frau Dr. I. Duschka und Frau Dr. A. Mans.

**Anmerkung:** Das Thema Impfschutz im Schulunterricht zu vertiefen, ist eine sinnvolle und praktisch wichtige Maßnahme, um den Impfgedanken zu befördern und über mehr Wissen und Verständnis eine bessere Beteiligung zu erreichen. Es wird auf verschiedene Weise versucht, diese Möglichkeit zu nutzen. In Sachsen und Thüringen ist beispielsweise der Aktionskreis Impfschutz e.V. aktiv tätig und setzt einen Foliensatz ›Impfkurs im Biologieunterricht‹ ein, der auch anderen Bundesländern angeboten wird (Kontaktadresse: Redaktionsbüro Martin Wiehl, Bebelstr. 53, 99086 Erfurt). Dazu wird auch auf den Beitrag von Martin Wiehl und Burkhard Schneeweiß ›Thema Impfschutz im Schulunterricht‹ in der Zeitschrift *Kinder- und Jugendarzt* 33 (2002), 2: 115–116 verwiesen.

## **Tularämie – zwei Erkrankungen nach Verarbeiten und Verzehr eines Wildhasen**

Ein 71-jähriger Mann aus dem Ortenaukreis und seine 44-jährige Tochter sind nach Kontakt mit einem Wildhasen an Tularämie erkrankt. Der Vater hatte Ende Oktober 2001 auf einer Landstraße im Ortenaukreis einen Wildhasen überfahren. Er nahm das Tier mit, balgte es ab und übergab es zur Zubereitung seiner Tochter in Karlsruhe. Nur diese beiden Personen haben den Hasen dann auch verzehrt.

Etwa 20 Tage nach Zubereitung bzw. Verzehr (20.11.01) entwickelte sich bei der Tochter eine Paronychie am 5. Finger links, welche zunächst durch den Hausarzt lokal behandelt wurde. Mit einer zunehmenden Schwellung der regionalen Lymphknoten im Bereich des linken Oberarmes stellte sie sich dann am 27.11. in der Chirurgischen Ambulanz einer Karlsruher Klinik vor, in der noch am gleichen Tag die Exstirpation des Lymphknotenpaketes vorgenommen wurde. Im histologischen Gutachten wurde der Verdacht auf eine Tularämie geäußert und eine Behandlung mit Erythromycin begonnen, gleichzeitig erfolgte von der Klinik eine Meldung an das Gesundheitsamt. Im Zuge der Ermittlungen wurde in Erfahrung gebracht, dass der Vater

der Patientin ebenfalls erkrankt sei, so dass Kontakt mit dem Gesundheitsamt des Ortenaukreises aufgenommen wurde.

Der 71-jährige Mann hatte am 16. November seine Hausärztin wegen Atemnot und einer ausgeprägten Schwindelsymptomatik zu sich nach Hause gerufen. Auffällig war zunächst ein deutlicher horizontaler Nystagmus. Zwei Wochen später trat zusätzlich eine entzündliche Schwellung am linken Unterarm und an beiden Fersen auf. Nach Bekanntwerden der Erkrankung der Tochter erfolgte eine serologische Untersuchung, die den Verdacht auf eine Tularämie untermauerte. Es wurde eine antibiotische Therapie mit Azytromycin eingeleitet. Auffällig war eine Gewichtsabnahme von 6 kg, laborchemisch imponierte ein deutlich erhöhtes C-reaktives Protein (123,7 mg/l). Die Hausärztin veranlasste Mitte Dezember die Einweisung in ein lokales Krankenhaus, um eine abdominelle Verlaufsform und eine Beteiligung des ZNS auszuschließen. Im Krankenhaus wurde eine Umstellung der antibiotischen Behandlung auf Levofloxacin vorgenommen. Es kam zu einem Abfall der Entzündungsparameter und zur klinischen Besserung.

Eine NMR-Untersuchung des Schädels, die HNO-ärztlich empfohlen worden war, um eine infektionsbedingte Ursache der bestehenden Vestibulopathie auszuschließen, wurde von dem Patienten nicht wahrgenommen. – Beide Patienten sind mittlerweile beschwerdefrei.

### Zur Labordiagnostik

Von der Patientin aus Karlsruhe wurden Anfang Dezember 2001 Serum, Urin und ein Teil des exstirpierten, in Formalin fixierten Lymphknotens im Konsiliarlabor für Tularämie an der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München untersucht. In einem spezifischen Enzymimmunoassay (ELISA) wurden im Serum hohe Konzentrationen von IgG-, IgA- und IgM-Antikörpern gegen *Francisella tularensis* festgestellt. Dieser Befund wurde im Westernblot bestätigt. In der Mikroagglutination zeigte das Serum einen Titer von 1:128 (Grenzwert 1:16). Während im Urin kein spezifischer Erregernachweis gelang, wurde im Lymphknotenmaterial mit einer hoch sensitiven Nachweismethode auf ELISA-Basis Antigen von *Francisella tularensis* in einer Konzentration von  $10^2$ – $10^3$  Bakterienäquivalenten/ml nachgewiesen. Dieser Befund wurde durch ein positives Signal in einer TUL4-spezifischen Polymerase-Kettenreaktion (PCR) bestätigt. Schließlich konnten mittels der Immunhistologie unter Verwendung eines monoklonalen Antikörpers Anhäufungen von *Francisella tularensis* im Lymphknotenpräparat beobachtet werden. Somit wurde die Verdachtsdiagnose Tularämie sowohl serologisch als auch durch den Nachweis von Erregermaterial bestätigt; dies wurde dem Gesundheitsamt Karlsruhe gemeldet.

Bei dem männlichen Patienten wurden in einem privaten Labor in Paderborn mit Hilfe der Immunfluoreszenz IgG- und IgM-Antikörper gegen *Francisella tularensis* festgestellt. Dieser Befund wurde mit dem eindeutigen Nachweis von spezifischen IgG, IgA, und IgM im ELISA durch das Konsiliarlabor für Tularämie in München bestätigt. Die Bestimmung von Erregermaterial im Urin war fraglich. Der indirekte Nachweis einer Infektion mit *Francisella tularensis* wurde dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet.

Für diesen Fallbericht danken wir Frau Dr. Elisabeth Schacher und Herrn Dr. Ulrich Wagner, Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt, Herrn Dr. Thomas Wolf, Landratsamt des Ortenaukreises, Gesundheitsamt, sowie Herrn PD Dr. R. Grunow, Konsiliarlabor für Tularämie am Institut für Mikrobiologie der Sanitätsakademie der Bundeswehr, München.

## Hinweis zur aktuellen Influenza-Situation

Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) nimmt in den meisten Bundesländern, vor allem aber in den westlichen und südlichen Bundesländern zu. In Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ist die ARE-Aktivität bereits deutlich erhöht. Der Anteil der Influenza-positiven Rachenabstriche in den Nationalen Referenzzentren (NRZ) bleibt mit 34 % konstant. Der Anstieg der an die NRZ eingesandten Rachenabstriche sowie der Landkreise, die Influenza-Nachweise an das RKI übermitteln, weist ebenfalls auf eine weitere Ausbreitung der Influenza hin.

## Hinweise aus dem Konsiliarlabor für Tularämie zum labordiagnostischen Vorgehen bei Verdacht auf Tularämie

### Bestätigung durch Antikörpernachweis

Abnahme von 10 ml Blut in ein Serumröhrchen, Versand am gleichen Tag an ein Untersuchungslabor mit spezieller Erfahrung auf diesem Gebiet. Es ist zu berücksichtigen, dass spezifische Antikörper erst 1–3 Wochen nach Infektion gebildet werden. Deshalb sind bei negativem Befund und anhaltendem klinischen Verdacht eine oder mehrere Nachuntersuchungen angezeigt.

Eingesetzt werden können ein ELISA, Westernblot, Agglutinationstest oder Immunfluoreszenztest. Es ist zu beachten, dass käufliche Tests (z. B. Agglutinationstests) nicht zwingend korrekte Ergebnisse liefern. Hier ist die interne Qualitätskontrolle im Labor besonders wichtig.

### Bestätigung durch Erregernachweis

Als Untersuchungsmaterial kommen in Betracht: 10 ml Heparinblut, Urin, Gewebeanteile von vergrößerten Lymphknoten, Abstriche des Rachenraums (bei oropharyngealer Form), Abstriche oder Krusten von Hautulzera sowie Abszessen (ulzeroglanduläre Form), Tränenflüssigkeit (okuloglanduläre Form) oder ggf. Leber- und Milzbiopsiematerial sowie Liquor (generalisierte Form). Zum Transport der Gewebe- und Abstrichtupfer stehen spezielle Röhrchen zur Verfügung. Unmittelbarer Expressversand, z. B. an das Konsiliarlabor für Tularämie (nach Absprache), ist notwendig.

### Bestätigung durch Antigen- bzw. Genomnachweis

Prinzipiell kommen die gleichen Proben wie für den Erregernachweis in Frage. Hier kann jedoch auch bereits fixiertes oder eingebettetes Material (z. B. aus der pathologischen Untersuchung) eingesandt werden.

Zur Beratung und labordiagnostischen Unterstützung in ähnlich gelagerten Fällen nachfolgend die **Anschrift des Konsiliarlabors für Tularämie:**

Sanitätsakademie der Bundeswehr, Institut für Mikrobiologie  
(Leiter: OTA Dr. med. E.-J. Finke)

#### Konsiliarlabor für Tularämie

Leitung: PD Dr. med. Roland Grunow

Neuherbergstr. 11, 80937 München

Tel.: 089. 31 68–32 77, –28 06; Fax: 089. 31 68–32 92

E-Mail: SanAkBw-IMB@t-online.de

tbloicn@mail.lrz-muenchen.de (direkt)

In den westlichen Nachbarländern, der Schweiz und Italien geht die Influenza-Aktivität weiter zurück und ist nur noch gering bis moderat erhöht. In den östlichen und nördlichen Nachbarländern bleibt die Influenza-Aktivität weiter gering.

**Quelle:** Mitteilungen des Zentrums für Infektionsepidemiologie des RKI im Zusammenwirken mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover.

## WHO-Empfehlung der Zusammensetzung des Influenza-Impfstoffes für den Winter 2002/2003

Die WHO gab die empfohlene Impfstoffzusammensetzung für den Winter 2002/2003 bekannt. Die Komponente für den Subtyp **A/H3N2** blieb unverändert A/H3N2/Panama/2007/99 ähnlich (entspricht weitestgehend der Variante A/H3N2/Moscow/10/99).

Auch die Komponente für **A/H1N1** blieb A/H1N1/New Caledonia/20/99 ähnlich. Damit werden auch die in diesem Winter etwas vermehrt in England nachgewiesenen Rekombinanten des Influenzavirus A/H1N2 abgedeckt.

Als **Influenza-B-Komponente** löste die Variante B/Hong Kong/330/2001 die im aktuellen Impfstoff enthaltene Variante B/Sichuan/379/99 ab. B/Hong Kong/330/2001 ähnliche Varianten wurden in den Vorjahren begrenzt im asiatischen Raum beobachtet. Sie gehören zu der ›alten‹ Linie B/Viktoria/02/87, wurden jetzt vereinzelt auch auf der Nordhalbkugel isoliert und vorsorglich als Impfstoffkomponente aufgenommen.

## Master of Science Programm – Epidemiologie (MSE)

Im Oktober 2001 wurde in Deutschland erstmalig ein viersemestriger Aufbaustudiengang zur Höherqualifizierung im Fach Epidemiologie an den Universitäten Bielefeld, Berlin und München angeboten. Der Schwerpunkt der Ausbildung liegt in der Vermittlung methodisch-analytischer Kenntnisse und dient insbesondere der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses für die Forschung und Lehre an Universitäten und Instituten.

### Lehre und Struktur des Studienganges

Seit dem Start des MSE-Programms können die Initiatoren des Programms auf einige Erfahrungen zurückblicken und feststellen, dass sowohl das Lehrangebot als auch der organisatorische Ablauf von den Studierenden des ersten Jahrganges positiv bewertet werden. Die hohe Qualität in der Lehre wird durch namhafte nationale und internationale Dozenten gewährleistet. Dadurch wird es den Studierenden ermöglicht, im Verlaufe des Studiums exzellente Forschungskompetenz zu erwerben. Besonders attraktiv für die Studierenden ist die Möglichkeit, das Studium innerhalb Deutschlands an verschiedenen, miteinander kooperierenden Standorten wahrnehmen zu können. Im 1. Semester kann wahlweise an den Standorten Berlin, Bielefeld oder München studiert werden. Das 2. Semester findet zentral in Bielefeld statt. Das 3. und 4. Semester werden wiederum an den ursprünglich gewählten Standorten absolviert. – Der berufsbegleitende Studiengang umfasst insgesamt vier Semester und wird mit dem international aner-

kannten Titel des ›Master of Science in Epidemiology‹ abgeschlossen.

### Zulassungsvoraussetzungen

- ▶ Abgeschlossenes Studium der Human-, Tier- oder Zahnmedizin, der Pharmazie, der Naturwissenschaften, Gesellschaftswissenschaften oder vergleichbarer Fächer
- ▶ Gute Kenntnisse der englischen Sprache
- ▶ Zulassungsprüfung in Grundlagen der Epidemiologie
- ▶ Berufserfahrung in den Bereichen Human-, Tier- oder Zahnmedizin, Pharmazie, Naturwissenschaften oder Gesellschaftswissenschaften sollte vorliegen, Erfahrungen in der epidemiologischen Forschung sind willkommen.
- ▶ Die Teilnahmegebühren betragen insgesamt 2.556,-€ für alle vier Semester (in begrenztem Umfang ist die Vergabe von Stipendien vorgesehen).

**Studienbeginn im Wintersemester: 14. Oktober 2002**

**Bewerbungsschluss: 31. Mai 2002**

### Weitere Informationen und Bewerbungsunterlagen:

Prof. Dr. Alexander Krämer (Sprecher)  
 Dr. Hiltrud Merzenich  
 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
 Postfach 100 131, D-33501 Bielefeld  
 Tel.: 05 21 . 106 – 42 66; Fax: 05 21 . 106 – 29 68  
 E-Mail: hiltrud.merzenich@uni-bielefeld.de  
 Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/mse

### 47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (gmds)

**Termin:** 8.–12. September 2002

**Ort:** Berlin, Tagungszentrum Berlin-Mitte, Haus am Köllnischen Park

**Schwerpunktt Themen:** Früherkennung, Diagnostik und Prognose, Bioinformatik, Medizinische Dokumentation, Pharmacogenetics, Bildverarbeitung, DRGs, Klinische Arbeitsplatzsysteme, Krankheitserreger, Klinische Forschung, Versorgungsforschung, Gen-Umwelt-Interaktion, Prävention, freie Themen

### 10. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (dae)

**Termin:** 9.–11. September 2002

**Ort:** Berlin, Tagungszentrum Berlin-Mitte, Haus am Köllnischen Park

**Schwerpunktt Themen:** Krebs Epidemiologie, Herz-Kreislauf-Epidemiologie, Umweltepidemiologie, Ernährungsepidemiologie, Infektionsepidemiologie, Genetische Epidemiologie, Molekulare Epidemiologie, Versorgungs-epidemiologie, epidemiologische Risikobewertung, Epidemiologische Methoden, Statistische Methoden in der Epidemiologie, Gesundheitsmonitoring/Surveillance-Systeme, Krankheitsregister (insbesondere Krebsregister), freie epidemiologische Themen

**Auskunft/Anmeldung für Jahrestagungen der dae und gmds:**  
 Jahrestagungen dae und gmds  
 Kongressorganisation  
 c/o bcc Berliner Congress Center GmbH  
 Frau Angela Aey, Herr Stephan Aey  
 Am Köllnischen Park 6–7, 10179 Berlin  
 Tel.: 030. 23 80–67 54, Fax: 030. 23 80–68 34  
 E-Mail: gmds@bcc-gmbh.de

**Aktuelle Informationen:** www.gmds.de und www.daepi.de

**Hinweis:** Der **Einsendeschluss** für Abstracts ist der **31.03.2002**.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 27.2.2002 (6. Woche 2002)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	1.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	72	559	594	1	4	0	0	1	1	1	9	18	14	36	48
Bayern	72	419	491	0	0	1	0	2	1	3	13	24	9	40	39
Berlin	24	150	103	0	0	0	0	1	1	0	2	0	6	31	17
Brandenburg	19	229	157	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	28	28
Bremen	1	23	31	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	15	2
Hamburg	23	109	78	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	5	1
Hessen	58	301	385	0	0	0	0	1	2	0	2	6	7	22	22
Mecklenburg-Vorpommern	34	176	121	0	1	0	0	0	0	0	1	1	9	39	18
Niedersachsen	59	495	385	0	1	1	0	0	0	1	6	6	3	19	17
Nordrhein-Westfalen	116	798	881	0	1	0	0	0	0	2	19	12	9	63	63
Rheinland-Pfalz	37	220	271	0	0	0	0	0	1	1	5	2	2	12	8
Saarland	12	41	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Sachsen	40	222	346	0	0	1	0	1	0	2	6	5	20	86	84
Sachsen-Anhalt	46	272	299	0	0	0	0	0	0	0	0	11	13	54	38
Schleswig-Holstein	20	160	187	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	8	5
Thüringen	38	177	210	0	0	0	0	0	0	0	6	2	10	33	51
<b>Gesamt</b>	<b>671</b>	<b>4351</b>	<b>4593</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>72</b>	<b>89</b>	<b>107</b>	<b>492</b>	<b>447</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>		
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	2	28	52	4	49	72	16	114	112
Bayern	0	12	24	4	21	31	9	49	77
Berlin	6	23	15	2	11	10	1	8	5
Brandenburg	0	3	4	0	3	4	1	2	11
Bremen	1	3	12	0	3	3	1	2	3
Hamburg	3	9	9	0	2	5	0	1	3
Hessen	1	24	21	5	26	21	3	15	30
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	1	3	3	2	6	10
Niedersachsen	2	14	39	4	16	26	9	55	54
Nordrhein-Westfalen	8	52	93	8	46	98	4	46	122
Rheinland-Pfalz	0	8	11	2	16	11	2	17	18
Saarland	0	1	2	0	2	2	0	0	5
Sachsen	0	2	11	1	4	5	2	3	9
Sachsen-Anhalt	0	1	4	1	5	3	1	8	11
Schleswig-Holstein	0	11	10	0	5	4	0	1	7
Thüringen	2	2	3	0	2	4	0	1	8
<b>Gesamt</b>	<b>25</b>	<b>194</b>	<b>311</b>	<b>32</b>	<b>214</b>	<b>302</b>	<b>51</b>	<b>328</b>	<b>485</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-laboridiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, EHEC, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**.

Stand v. 27.2.2002 (6. Woche 2002)

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Darminfektionen															Land
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	
81	513	566	4	17	21	13	68	62	140	266	23	213	1057	693	Baden-Württemberg
66	418	386	2	21	10	9	63	66	3	45	2	151	792	341	Bayern
47	334	261	1	19	2	5	32	20	29	266	184	118	623	208	Berlin
21	192	130	1	1	2	7	32	33	12	42	22	81	527	264	Brandenburg
9	38	56	0	0	1	2	10	5	0	1	0	6	11	20	Bremen
24	170	204	0	5	3	3	27	32	54	70	1	21	163	61	Hamburg
41	266	298	2	9	12	10	40	30	3	7	1	102	451	274	Hessen
21	162	72	0	0	7	13	58	18	1	33	47	120	599	369	Mecklenburg-Vorpommern
63	403	243	0	2	4	12	89	43	14	165	47	74	490	506	Niedersachsen
165	1140	1007	0	6	14	29	169	113	29	37	128	232	1255	897	Nordrhein-Westfalen
28	198	258	0	4	3	12	43	42	2	5	50	118	566	242	Rheinland-Pfalz
12	80	74	0	0	1	1	12	3	0	4	0	18	101	72	Saarland
61	377	331	2	6	9	17	84	77	67	665	703	331	1275	768	Sachsen
26	160	89	1	1	2	11	55	41	48	411	320	169	676	407	Sachsen-Anhalt
28	159	222	1	3	2	8	34	22	1	1	0	19	95	170	Schleswig-Holstein
34	202	136	0	1	8	10	62	61	18	63	9	93	559	365	Thüringen
<b>727</b>	<b>4812</b>	<b>4333</b>	<b>14</b>	<b>95</b>	<b>101</b>	<b>162</b>	<b>878</b>	<b>668</b>	<b>421</b>	<b>2081</b>	<b>1537</b>	<b>1866</b>	<b>9240</b>	<b>5657</b>	<b>Gesamt</b>

Meningokokken-Erkr.										Masern					Tuberkulose					Land			
6.		1.-6.		1.-6.		6.		1.-6.		1.-6.		6.		1.-6.		1.-6.							
2002		2001		2002		2001		2002		2001		2002		2001		2002							
1	12		11	0	7		47	24	116		108	0	17		12	69	442	151	16		107		89
0	4		8	2	3		1	10	31		6	0	2		12	0	0	0	2	12		26	Bayern
0	2		4	0	0		0	2	12		26	0	4		8	2	3	1	10	31		6	Berlin
0	1		1	0	0		0	0	6		5	0	1		1	0	0	0	0	6		5	Brandenburg
2	4		7	1	3		0	5	22		40	2	4		27	0	0	2	4	27		21	Bremen
1	10		3	1	9		15	11	90		76	1	10		3	1	9	15	11	90		76	Hamburg
1	1		8	0	1		0	2	17		16	1	1		25	0	1	0	2	17		16	Hessen
1	10		12	14	202		38	11	55		58	1	10		12	14	202	38	11	55		58	Mecklenburg-Vorpommern
5	31		28	53	255		38	40	185		168	5	31		28	53	255	38	40	185		168	Niedersachsen
0	3		3	7	52		1	1	25		19	0	3		3	7	52	1	1	25		19	Nordrhein-Westfalen
0	0		1	0	0		0	0	8		14	0	0		8	0	0	0	0	8		14	Rheinland-Pfalz
1	4		6	0	7		1	5	20		26	1	4		6	0	7	1	5	20		26	Saarland
0	1		4	0	0		2	4	27		21	0	1		4	0	0	2	4	27		21	Sachsen
0	3		7	0	1		18	2	21		13	0	3		7	0	1	18	2	21		13	Sachsen-Anhalt
0	3		2	1	4		3	2	15		8	0	3		2	1	4	3	2	15		8	Schleswig-Holstein
<b>14</b>	<b>106</b>		<b>117</b>	<b>148</b>	<b>986</b>		<b>315</b>	<b>135</b>	<b>757</b>		<b>693</b>	<b>14</b>	<b>106</b>		<b>117</b>	<b>148</b>	<b>986</b>	<b>315</b>	<b>135</b>	<b>757</b>		<b>693</b>	<b>Gesamt</b>

Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Quartal** und das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Stand v. 27.2.2002 (6. Woche 2002)

Krankheit	6. Woche 2002	1.–6. Woche 2002	1.–6. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	1	8	2	124
Influenza	74	226	1167	2476
Legionellose	2	27	18	327
FSME	0	1	2	249
Haemophilus-infl.-Infektion	1	10	19	78
Humane spongif. Enz. *	0	5	16	66
Listeriose	0	24	21	212
Brucellose	1	4	1	24
Hantavirus-Infektion	0	8	7	185
Leptospirose	1	5	2	46
Ornithose	0	0	3	52
Q-Fieber	1	5	21	290
Tularämie	0	0	0	3
Giardiasis	52	327	215	3895
Kryptosporidiose	9	62	24	1480
Trichinellose	0	0	0	5

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:**► **Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF):**

1. Berlin, 37 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand (3. Woche)
2. Berlin, 29 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand (5. Woche)
3. NRW, 36 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Guadeloupe
4. Baden-Württemberg, 55 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Brasilien (12. bis 15. Dengue-Fall in diesem Jahr)

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, HUS, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von HUS oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Infektionen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Humanen spongiformen Enzephalopathie enthalten.

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20  
13353 BerlinTel.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2328  
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 01888.754-2457  
E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455  
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

**Vertrieb und Abonentenservice**Vertriebs- und Versand GmbH  
Düsterhauptstr. 17  
13469 Berlin  
Abo-Tel.: 030.403-3985**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: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

**Druck**

Paul Fieck KG, Berlin

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273