



Epidemiologisches Bulletin

6. Juni 2003 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ausgedehnte lokale Masernausbrüche in der Schweiz

Für Masern besteht in der Schweiz seit 1999 eine Meldepflicht für behandelnde Ärzte und Laboratorien, parallel wird das Vorkommen der Krankheit durch wöchentliche Abfragen in einem Netz von Hausärzten erfasst (Sentinella-Meldesystem). Im obligatorischen Meldesystem wird seit Anfang Februar eine starke Zunahme der Masern registriert, bis zum 27. Mai 2003 wurden insgesamt 392 Masern-Erkrankungsfälle erfasst, davon 154 in den letzten 4 Wochen. Zum gleichen Zeitpunkt waren in den Vorjahren nur 21 bzw. 20 Fälle gemeldet worden. Auf das Jahr hochgerechnet ergibt sich gegenwärtig eine Inzidenzrate von 13,4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (zum Vergleich: 5,6 in Deutschland im Jahr 2002).

Es besteht landesweit eine größere Zahl örtlicher Erkrankungsherde. Schwerpunkte des aktuellen Maserngeschehens befinden sich in den Kantonen Wallis, Schwyz, Zürich, Genf, Tessin und Freiburg, in zwölf weiteren Kantonen werden sporadische Erkrankungsfälle beobachtet. Die Ausbrüche haben sich bisher noch weiter ausgedehnt. Drei Viertel der an Masern Erkrankten sind jünger als 16 Jahre. 92 % von ihnen haben keine Masern-Schutzimpfung erhalten.

Das Sentinella-System hatte im Jahr 1997 eine größere Masernepidemie gut widerspiegelt (landesweit 6.400 klinische Fälle, 90 Erkr. pro 100.000 Einw.). Gegenwärtig signalisiert es zwar eine Zunahme der Fälle, zeigt aber die aktuellen Masernhäufungen wegen der relativ kleinen Zahl der Meldepraxen (nur rund 3 % der medizinischen „Grundversorger“) und der lokalen Begrenztheit der Ausbrüche nicht klar an.

Bis Ende April wurden 19 der 239 bis zu diesem Zeitpunkt gemeldeten Erkrankten in einem Krankenhaus behandelt (7,9 %). Zehn der Erkrankungsfälle (4,2 %) wiesen einen besonders komplizierten Verlauf auf (darunter 2 Fälle von Masern-Enzephalitis und 6 Pneumonien).

Nach Einschätzung des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sind die Masernausbrüche auf der Basis unzureichender Impfraten entstanden. Im Alter von 24–35 Monaten sind 81 % der Kinder geimpft, von den 5- bis 7-jährigen haben 89 % mindestens eine Impfdosis erhalten (2000 bis 2002). Empfohlen sind in der Schweiz zwei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln (die 1. Impfung im Alter von 12 Monaten, die 2. Impfung jetzt zwischen 15 und 24 Monaten). Das BAG richtete eine dringende Empfehlung an alle Eltern, den Impfschutz ihrer Kinder zu überprüfen und ausstehende Impfungen umgehend nachzuholen. Auch ungeimpften jungen Erwachsenen, die noch nicht an Masern erkrankt waren, wird angeraten, eine Impfung in Betracht ziehen, insbesondere, wenn sie im medizinischen Bereich tätig sind oder mit Kindern arbeiten.

Wie im Vorjahr die Masernepidemie in Italien bei Touristen zu einer Vielzahl von Masernimpfungen führte, könnten auch diese aktuellen Masernausbrüche in der Schweiz zum Anlass genommen werden, bei Kindern und Jugendlichen den aktuellen Impfschutz zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren (zweimal MMR).

Quelle: Bulletin – Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) 2003; 19–23. Weitere Einzelheiten s. a. www.bag.admin.ch

Diese Woche

23/2003

Masern:

Lokale Ausbrüche
in weiten Teilen der Schweiz

Mumps:

Zu einer Epidemie in der Schweiz
1999 bis 2001

Veranstaltungshinweise:

- ▶ Workshop in Mannheim:
Übungserfahrungen mit
Pockenimpfstellen
- ▶ Fortbildung für den ÖGD
in Düsseldorf:
Europäische Gesundheits-
und Sozialpolitik
- ▶ Deutsches Herpes
Management Forum 2003
in Rostock-Warnemünde

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer
Meldungen des Nachweises
ausgewählter Infektionen
März 2003
(Stand: 1. Juni 2003)
- ▶ Aktuelle Statistik
20. Woche
(Stand: 4. Juni 2003)

Atypische Pneumonien:

Hinweis auf eine Häufung
im Landkreis Soest (NRW)

SARS:

Hinweise zur aktuellen Situation



Zum Auftreten des Mumps unter dem Einfluss zunehmender Impfungen Eine Mumpsepidemie in der Schweiz 1999 bis 2001

In Deutschland gibt es keine bundesweite Meldepflicht für Mumps und darüber hinaus auch kein etabliertes Sentinel-System, in dem Daten zu dieser Krankheit erfasst werden könnten. Die epidemiologischen Daten sind daher äußerst lückenhaft, die Inzidenz kann nur näherungsweise anhand der in den neuen Bundesländern und Berlin im Rahmen einer erweiterten Meldepflicht für Mumps erhobenen Daten abgeschätzt werden. Eine weitere Datenquelle sind die in den Krankenhäusern erfassten Krankenhausbehandlungen wegen Mumps, die jedoch nur mit großer zeitlicher Verzögerung verfügbar sind. Tendenziell scheint der Rückgang der Krankenhausbehandlungen auch einen Rückgang der Morbidität der Erkrankung anzudeuten. Die Morbidität in den alten Bundesländern scheint höher zu sein als in den neuen Bundesländern (s. Epid. Bull. 7/2002 und Epid. Bull. 42/02), dies wird auf unterschiedliche Impfstrategien zurückgeführt.

Vor Einführung der Schutzimpfung kam es in Mitteleuropa in der Regel im Abstand von 3–4 Jahren zu größeren Mumpsepidemien. Beispielsweise sind solche Erkrankungswellen in Ostdeutschland in den Jahren 1983/84, 1987/88 und 1991/92 abgelaufen. Nach breiter Einführung der Impfung und der allgemeinen Empfehlung, im frühen Kindesalter sowohl gegen Masern als auch gegen Mumps und Röteln zu impfen, kommt es – wie bei Masern – im Allgemeinen nur noch zu Einzelerkrankungen oder kleineren örtlichen Häufungen. Bereits die Erkrankungswelle 1991/92 in Ostdeutschland zeigte erste Auswirkungen der in diesem Teil Deutschlands erst 1990/91 eingeführten Impfung mit MMR-Impfstoff. Nach dieser Erkrankungswelle ging die erfasste Morbidität laufend zurück, und es kam bisher nicht zu weiteren größeren Ausbreitungen. – In den ersten Jahren nach Einführung einer Impfung („Honeymoon-Periode“) ist der präventive Effekt besonders deutlich, erst im Laufe vieler Jahre wachsen die ungeimpften und damit empfänglichen Personen wieder zu einer kritischen Menge an, so dass dann unter Umständen auch größere Erkrankungswellen wieder möglich werden. Ein solches Phänomen – zusätzlich begünstigt durch ein Impfstoffproblem – wurde in der Schweiz beobachtet.

In der Schweiz wird die Impfung gegen Mumps seit 1985 generell für Kleinkinder empfohlen, allerdings sind die erreichten Impfquoten suboptimal; etwa 80 % der Kinder haben mindestens eine Impfdosis erhalten. Zwischen März 1999 und Juli 2001 ereignete sich in der Schweiz eine landesweite Mumps-Erkrankungswelle. Diese Epidemie setzte sich aus einer größeren Zahl lokaler Ausbrüche zusammen und zog sich über einen vergleichsweise langen Zeitraum hin – ein für Länder mit unzureichender Impfung typisches Erscheinungsbild. Da keine Meldepflicht für Mumps besteht, konnte das Geschehen nur durch das Sentinella-Meldesystem, ein Sentinel aus etwa 250 wöchentlich meldenden Arztpraxen (Allgemein- und Innere Medizin sowie Pädiatrie), erfasst werden. Eine Hochrechnung der über die Sentinella-Statistik erfassten Fälle auf alle praktizierenden „Grundversorger“ in der Schweiz für diese Jahre ergab eine Schätzung von etwa 17.000 Mumps-

erkrankungen im Jahr 1999 (240 Erkr. pro 100.000 Einw.), etwa 28.000 Erkrankungen im Jahr 2000 (390/100.000) und etwa 10.000 Erkrankungen im Jahr 2001 (139/100.000). Damit umfasste die Epidemie schätzungsweise 55.000 Erkrankungen.

In dem Schweizer Sentinella-System werden Mumpserkrankungen seit 1986 kontinuierlich erfasst. Das System ist methodisch besonders ausgereift; bezüglich des Verfahrens der Hochrechnung der Sentinellendaten liegen spezielle Erfahrungen vor. Bereits in den Jahren 1991 bis 1996 (Höhepunkt 1995) war mit Hilfe dieses Systems eine Mumpsepidemie mit insgesamt 51.000 geschätzten Erkrankungen erfasst worden. Zwischen den beiden Erkrankungswellen war in den Jahren 1997 und 1998 die Zahl der erfassten Erkrankungen stark rückläufig.

Die Zahl der am Sentinella-System teilnehmenden Ärzte unterliegt jährlichen Veränderungen. In den drei Jahren von 1999 bis 2001 waren insgesamt 296 verschiedene Ärzte beteiligt, es ergeben sich 701 Beobachtungsjahre, in denen 2.353 Fälle erfasst wurden, durchschnittlich 3,4 Fälle pro Arzt und Jahr. Es bestanden große regionale Schwankungen: Je nach Region wurden pro Arzt und Jahr durchschnittlich 2,4 bis 7,2 Fälle gemeldet. Die Hälfte bis zwei Drittel der untersuchten klinischen Fälle wurden labor diagnostisch gesichert.

Die höchste altersspezifische Inzidenzrate war in der Altersklasse der 5- bis 9-Jährigen zu verzeichnen; diese Altersklasse hatte einen Anteil von 50 % an allen erfassten Erkrankungen. Nach dem 10. Lebensjahr sanken die Inzidenzraten ab. Zwischen dem 30. und dem 39. Lebensjahr wurden wieder erhöhte Werte festgestellt, die als durch Übertragungsvorgänge von Kindern auf ihre Eltern bedingt interpretiert werden.

Von den während der dreijährigen Epidemie von den Sentinel-Ärzten gemeldeten 2.353 Masernerkrankungsfällen wurden 1,4 % in einem Krankenhaus behandelt, 5,3 % wiesen Komplikationen auf (s. Tab. 1). Insbesondere Erwachsene (definiert als „Personen im Alter von >15 Jahren“) waren von Komplikationen insgesamt sowie speziell von Pankreatitis und Orchitis und auch von einer Krankenhausbehandlung signifikant häufiger betroffen als Kinder (χ^2 -Test, $p < 0,001$). In Bezug auf die Häufigkeit der Meningitiden unterschieden sich die beiden Altersgruppen in diesem Untersuchungsmaterial nicht signifikant.

Meningitis	1,4%
Orchitis	2,2%
Pankreatitis	1,4%
Komplikationen insgesamt (Mehrfachnennungen möglich)	5,7%

Tab. 1: Anteil kompliziert verlaufender Mumpserkrankungen während einer Epidemie in der Schweiz im Zeitraum von 1999–2001 auf der Basis einer Sentinellerhebung (N=2.353).

Eine Besonderheit der hier beschriebenen Mumpsepidemie war der hohe Anteil von Erkrankten, die zuvor geimpft worden waren. Der Anteil der trotz Impfung Er-

kranken lag 1999 bei 79% und ging bis 2001 auf 69% zurück. Die Erkrankten mit mindestens einer Impfdosis hatten als erste Dosis mehrheitlich einen Impfstoff mit dem Rubini-Stamm erhalten. Mehrere Studien, darunter auch eine Untersuchung in der Schweiz, haben ergeben, dass Impfstoffe mit dem Rubini-Stamm keinen optimalen Schutz gegen Mumps bieten. Die WHO empfahl 2001, diese Impfstoffe nicht mehr in nationalen Impfprogrammen einzusetzen; dieser Empfehlung schloss sich im Jahr 2002 auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Schweiz an. (In den in Deutschland zugelassenen Impfstoffen mit einer Mumpskomponente wird der Impfstamm Rubini nicht verwendet.).

Wie bei den Masern, wird auch bei Mumps, einer Krankheit, die wegen ihrer möglichen Komplikationen eine besondere Bedeutung besitzt, eine Verhütung mit maximaler Sicherheit nur durch zwei Dosen eines Impfstoffs erreicht. (Die zweite Impfung soll den wenigen Geimpften, die nach der ersten Impfung nicht reagiert haben, eine weitere Chance geben und führt erfahrungsgemäß auch bei diesen zur Immunität.) In Finnland konnte Mumps beispielsweise durch eine systematische zweimalige Impfung mit MMR-Impfstoff (mit einer Mumps-Komponente auf der Basis des Impfstamms Jeryl Lynn) eliminiert werden.

Quelle: Mumpsepidemie in der Schweiz zwischen 1999 und 2001. Bulletin – Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) 2003; 20: 328–333

Hinweise auf Veranstaltungen

Workshop: Übungserfahrungen mit Pockenimpfstellen

Termin: 9. Juli 2003, **Ort:** Mannheim

Thema: Erfahrungsaustausch zum Probelauf von Muster-Pockenimpfstellen für Phase III, Erarbeiten von Hinweisen zur Planung von Massenimpfstellen nach den gemeinsamen Übungserfahrungen

Adressaten: Gesundheitsbehörden in Landkreisen und kreisfreien Städten, die bereits eigene Erfahrungen mit einer Musterimpfstelle gesammelt haben

Leitung: Dr. Dr. G. Pfaff, Stuttgart, Dr. B. Bornhofen, Landau, Dr. E. Bruns-Philippis, Hannover

Information und Anmeldung: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg – Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz –, Wiederholdstraße 15, 70174 Stuttgart, Tel.: 0711.1849398, Fax: 0711.1849325, E-Mail: gesundheitsschutz@lga.bwl.de

Europäische Gesundheits- und Sozialpolitik

Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiterinnen u. Mitarbeiter im ÖGD

Termin: 21.–23. Juli 2003; **Ort:** Düsseldorf

Veranstalter: Akademie f. öffentliches Gesundheitswesen in Kooperation mit dem Zusatzstudiengang Public Health der Heinrich-Heine-Universität

Anmeldung nur schriftlich an: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Veranstaltungsbüro, Auf'm Hennekamp 70, 40225 Düsseldorf; Fax: 0211.31096-34, **telefonische Auskunft:** 0211.31096-29

Deutsches Herpes Management Forum 2003

Termin: 24.–26. September 2003; **Ort:** Rostock-Warnemünde, Kurhaus

Themen: Diagnostik und Therapie von HSV-1- und HSV-2-Infektionen

Veranstalter: PEG für Chemotherapie e.V., Deutsche STD-Gesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit der AG dermatologische Infektiologie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie der Universität Rostock

Leitung: Prof. Dr. med. G. Gross, Rostock; Prof. Dr. med. H. W. Doerr, Frankfurt/Main

Auskunft/Anmeldung: Organisation & Antiinfectives Intelligence GmbH, Tagungssekret. Immenburgstr. 20, 53121 Bonn, Tel.: 0228.444706-0, Fax: 0228.444706-16, E-Mail: peg@antiinfectives-intelligence.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **März 2003** (Stand v. 1.6.2003)

Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

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

Land	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	März	kum.	kum.	März	kum.	kum.	März	kum.	kum.	März	kum.	kum.	März	kum.	kum.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	15	54	53	15	68	62	15	41	43	1	3	3	1	2	2
Bayern	24	65	65	30	87	74	7	35	41	1	2	1	0	1	1
Berlin	43	130	108	27	69	50	6	23	19	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	4	11	6	4	6	8	0	3	1	0	0	0	0	0	1
Bremen	4	9	3	2	3	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0
Hamburg	16	51	36	23	49	16	5	17	21	1	1	0	0	0	0
Hessen	14	59	51	9	30	29	0	9	17	0	1	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	1	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	14	39	25	4	24	13	1	5	11	0	1	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	55	159	89	27	94	90	10	35	43	0	4	1	1	2	0
Rheinland-Pfalz	5	12	18	6	14	14	2	9	2	0	1	0	0	0	0
Saarland	0	5	1	0	2	5	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Sachsen	10	25	30	4	14	6	1	4	7	0	1	0	0	1	0
Sachsen-Anhalt	3	4	8	1	7	5	2	4	0	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	4	9	10	0	1	5	3	4	2	0	0	0	0	0	1
Thüringen	4	7	10	1	3	5	1	2	3	0	0	0	0	0	0
Deutschland	215	643	516	154	477	390	53	194	213	3	14	7	2	6	7

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 4.6.2003 (20. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	102	1.289	1.630	1	35	19	2	93	113	62	1.162	1.492	1	25	46		
Bayern	99	1.603	1.663	9	87	68	9	166	178	82	1.322	1.524	1	33	62		
Berlin	40	555	629	1	3	3	2	76	95	28	682	1.023	0	24	66		
Brandenburg	36	610	773	0	13	8	6	89	83	34	410	526	2	17	4		
Bremen	8	77	97	0	8	0	3	19	32	8	125	134	0	3	1		
Hamburg	26	245	411	1	14	7	0	8	9	38	416	571	0	17	22		
Hessen	74	951	1.183	0	14	3	2	48	65	42	813	820	1	19	20		
Mecklenburg-Vorpommern	50	434	693	0	4	10	9	130	124	17	340	481	0	3	1		
Niedersachsen	92	1.304	1.687	3	43	53	5	76	81	49	924	1.177	0	10	12		
Nordrhein-Westfalen	219	2.563	2.716	4	109	94	16	302	277	187	2.927	3.531	1	28	23		
Rheinland-Pfalz	74	789	888	0	24	16	3	56	52	36	564	719	0	7	10		
Saarland	6	121	190	0	0	2	0	10	4	11	194	234	0	0	1		
Sachsen	41	1.043	1.185	0	27	27	3	302	367	28	1.101	1.351	1	29	25		
Sachsen-Anhalt	56	829	854	0	4	3	3	150	180	15	364	450	1	9	3		
Schleswig-Holstein	27	396	571	3	9	8	2	33	29	25	412	527	0	1	10		
Thüringen	37	701	829	0	9	16	10	170	154	26	472	588	2	16	10		
Deutschland	987	13.510	15.999	22	403	337	75	1.728	1.843	688	12.228	15.148	10	241	316		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	0	66	56	4	50	102	17	359	419		
Bayern	9	119	40	3	66	86	25	506	678		
Berlin	2	32	43	1	26	28	2	126	57		
Brandenburg	0	5	6	0	4	10	3	31	16		
Bremen	0	3	7	0	7	5	1	12	18		
Hamburg	0	8	23	2	8	10	0	15	16		
Hessen	0	48	60	1	31	54	12	195	268		
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	2	0	5	6	0	33	30		
Niedersachsen	0	31	59	4	55	62	13	249	280		
Nordrhein-Westfalen	6	114	128	4	119	120	21	319	532		
Rheinland-Pfalz	0	28	23	1	34	49	5	116	139		
Saarland	0	2	4	0	3	6	1	14	9		
Sachsen	1	6	7	1	19	18	0	76	88		
Sachsen-Anhalt	1	20	13	0	11	14	4	47	42		
Schleswig-Holstein	0	21	26	0	11	16	3	53	52		
Thüringen	0	20	9	1	2	15	1	35	31		
Deutschland	19	528	506	22	451	601	108	2.186	2.675		

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. 4.6.2003 (20. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	
14	162	197	8	2.989	927	108	2.509	3.831	6	168	176	2	10	24	Baden-Württemberg
7	175	212	17	1.740	516	196	3.590	3.844	6	147	159	4	15	9	Bayern
7	74	88	17	1.069	635	16	1.356	1.626	1	65	92	1	11	7	Berlin
6	102	104	30	2.390	395	42	2.526	2.514	1	26	26	0	4	5	Brandenburg
0	9	31	4	363	4	7	286	148	0	3	6	0	3	4	Bremen
2	47	58	10	939	294	12	596	599	2	40	26	0	1	1	Hamburg
10	97	134	4	1.018	464	53	1.487	1.676	3	58	63	0	8	12	Hessen
3	70	159	48	1.444	75	77	2.414	2.853	4	37	59	1	10	11	Mecklenburg-Vorpommern
8	214	247	34	3.913	682	95	2.708	2.363	2	51	64	0	17	41	Niedersachsen
18	360	494	37	3.750	504	167	4.484	4.820	8	182	185	1	25	32	Nordrhein-Westfalen
5	107	106	27	2.763	634	61	2.187	2.052	5	38	51	2	5	5	Rheinland-Pfalz
0	33	32	0	353	137	14	424	408	0	7	12	0	0	0	Saarland
9	247	233	31	3.461	2.785	95	6.118	6.917	1	84	76	0	18	25	Sachsen
9	160	164	23	1.567	1.152	44	2.896	2.883	1	33	54	1	8	17	Sachsen-Anhalt
4	67	91	29	1.115	218	21	684	546	0	17	17	0	0	0	Schleswig-Holstein
12	182	194	30	1.299	301	54	2.735	3.174	1	10	19	1	4	6	Thüringen
114	2.106	2.544	349	30.173	9.723	1.062	37.000	40.254	41	966	1.085	13	139	199	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
3	40	46	3	18	23	16	348	370	Baden-Württemberg	
2	50	41	3	27	1.506	22	405	406	Bayern	
0	18	16	0	2	15	0	124	138	Berlin	
0	13	9	0	3	3	4	73	79	Brandenburg	
0	7	2	3	14	0	1	22	30	Bremen	
0	9	9	0	4	6	1	90	91	Hamburg	
0	21	21	0	10	43	13	255	327	Hessen	
0	17	8	0	1	3	4	49	50	Mecklenburg-Vorpommern	
0	34	31	6	222	701	7	225	231	Niedersachsen	
3	107	102	8	152	1.095	28	708	770	Nordrhein-Westfalen	
0	19	11	1	29	152	10	110	115	Rheinland-Pfalz	
0	10	1	0	1	6	4	50	40	Saarland	
0	18	15	0	1	11	1	86	94	Sachsen	
0	33	10	1	5	3	1	95	96	Sachsen-Anhalt	
0	10	15	0	15	14	8	70	88	Schleswig-Holstein	
0	18	14	0	2	19	2	57	59	Thüringen	
8	424	351	25	506	3.600	122	2.767	2.984	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. 4.6.2003 (20. Woche)

Krankheit	20. Woche 2003	1.–20. Woche 2003	1.–20. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	24	32	81
Influenza	5	8.080	2.511	2.578
Legionellose	2	97	116	413
FSME	0	3	17	238
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	36	26	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit*	2	14	27	55
Listeriose	1	76	71	237
Brucellose	0	8	12	35
Dengue-Fieber#	3	38	98	218
Hantavirus-Erkrankung	2	41	64	228
Leptospirose	1	15	15	58
Ornithose	1	13	12	40
Q-Fieber	2	30	67	191
Tularämie	0	0	2	5
Paratyphus	2	22	26	67
Typhus abdominalis	0	26	18	58
Trichinellose	0	3	0	10

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Meldetechnisch erfasst unter „Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)“.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**Gehäuftes Auftreten atypischer Pneumonien im Landkreis Soest (NRW)**

Aus dem Landkreis Soest, Nordrhein-Westfalen, wurde in der letzten Woche ein Ausbruch atypischer Pneumonien gemeldet. Zwischen dem 20. Mai und dem 3. Juni 2003 wurden über 60 Menschen in die regionalen Krankenhäuser aufgenommen. Die Zahl der Erkrankten ist höher. Ein Zusammenhang mit Reisen in SARS-Risikogebiete bestand nicht. Aufgrund der Anamnese (Besuch eines Bauernmarktes mit Schafen in Bad Sassendorf oder sonstiger Kontakt zu Schafherden in der Umgebung 2 bis 4 Wochen vor Erkrankungsbeginn), der therapeutischen Wirksamkeit von Doxycyclin und der ersten Laborergebnisse kommt als Ursache in erster Linie eine Infektion mit *Coxiella burnetii*, dem Erreger des Q-Fiebers, in Betracht.

Es besteht die Möglichkeit, dass sich auch auswärtige Besucher gegen Ende April/Anfang Mai in **Bad Sassendorf oder Umgebung** (nicht nur auf dem Bauernmarkt) im Landkreis Soest aufgehalten haben und danach erkrankten (hohes Fieber, Kopf- oder Gliederschmerzen, eventuell Husten). Falls ein solcher Zusammenhang festgestellt wird, sollte bitte umgehend das lögd NRW in Münster benachrichtigt werden. Ansprechpartner ist Herr Dr. van Treock, Tel.: 0251.7793118.

SARS – aktuelle Situation

Weltweit: Bis zum 4. Juni 2003 wurden der WHO insgesamt 8.402 Erkrankungsfälle gemeldet, 772 Menschen sind an der Krankheit gestorben. Für 5.746 ehemals Erkrankte wurde deren Genesung bestätigt. – **Deutschland:** In Deutschland wurden bis zum 4. Juni insgesamt 10 importierte wahrscheinliche Fälle von SARS registriert, 9 der Erkrankten sind inzwischen genesen. Der letzte Erkrankungsfall betrifft einen Mann aus Nordrhein-Westfalen, der am 20.5. von einer Dienstreise nach Taiwan noch gesund zurückgekehrt war und am 28.5. mit für SARS typischen Symptomen erkrankte.

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 mit EHEC-Nachweis oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Erkrankungen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: info@rki.de

Redaktion

Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: KiehlW@rki.de

Dr. med. Ines Steffens, MPH
Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann
Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und Abonnentenservice

Zeitungs- und Zeitschriften Vertrieb 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-Abbruffunktion** (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

Primus Solvero, digital publishing GmbH,
Berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A 14273