



Epidemiologisches Bulletin

4. März 2005 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Aviäre Influenza in Südostasien: Zur aktuellen Situation

Seit Ende des Jahres 2003 bis zum Frühjahr 2004 wurden aus mehreren Ländern Südostasiens Ausbrüche von hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) – im vorliegenden Fall Influenza-A/H5N1 – bei Geflügel beschrieben. In den betroffenen acht Ländern – China, Indonesien, Japan, Kambodscha, Laos, Südkorea, Thailand und Vietnam – wurden daraufhin mehr als 100 Millionen Vögel getötet bzw. sie starben an der Krankheit (s. a. Epid. Bull. 05/2004). Seit Juni des Jahres 2004 gelten die Ausbrüche in Japan und Südkorea als beendet, aus Malaysia wurde jedoch ein neuer Ausbruch gemeldet. Diese Ausbrüche bei Geflügel bergen die Gefahr eines Übergangs auf den Menschen und einer eigenständigen Ausbreitung in der menschlichen Population in sich, die sich bisher – mit Ausnahme zu untersuchender Einzelfälle – noch nicht realisiert hat. Allerdings ist eine Situation entstanden, die allerhöchste Aufmerksamkeit erfordert.

Bisherige Erkrankungen von Menschen: Insgesamt kam es infolge des Geschehens seit dem 28.1.2004 zu 55 labordiagnostisch gesicherten Erkrankungen beim Menschen, wovon 42 tödlich verliefen. Diese traten bisher lediglich in folgenden drei Ländern auf: Kambodscha, Thailand und Vietnam. Vietnam war mit 37 menschlichen Erkrankungsfällen, darunter 29 Tote, das am schwersten betroffene Land (Stand: 02.02.2005, s. Tab. 1).

Land	Erkrankungsfälle *	davon mit tödlichem Ausgang
Kambodscha	1	1
Thailand	17	12
Vietnam	37	29
Total	55	42

Tab. 1: Kumulierte Anzahl labordiagnostisch bestätigter Fälle menschlicher Erkrankungen an Influenza A/H5N1 im Zeitraum vom 28. Januar 2004 bis 2. Februar 2005 (Quelle: WHO)

* einschließlich Verstorbener

Infektionen im Tierreich: Im Zusammenhang mit dem Ausbruch von Influenza A/H5N1 bei **Geflügel** gibt es aktuelle Hinweise auf eine besondere Rolle von Enten bei der Verbreitung dieser Viren. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Enten, auch ohne selbst Symptome zu zeigen, große Mengen dieser Viren über einen längeren Zeitraum ausscheiden können.

Dass auch **Säugetiere** verschiedener Spezies durch Influenza-A/H5N1-Viren infiziert werden können, zeigen Nachweise von A/H5N1-Viren bei Tigern und Leoparden in einem Zoo in Thailand. In den Niederlanden gelang zudem eine experimentelle Infektion von Katzen mit Influenza-A/H5-Viren, dieselben Viren wurden auch bei Schweinen in China nachgewiesen.

Zu Übertragungen von Mensch zu Mensch: Im Hinblick auf Übertragungen von Mensch zu Mensch wurde bisher **nur ein Fall einer wahrscheinlichen Sekundärerkrankung** (Infektkette mit einem Glied) im September des Jahres 2004 in Thailand beschrieben. Es handelte sich dabei um die Übertragung des H5N1-Virus von einem Kind auf seine Mutter und Tante. In Vietnam werden zwei Fälle möglicher Übertragungen in Familien-Clustern noch untersucht.

Diese Woche

9/2005

Aviäre Influenza:

Übersicht zur Situation in Südostasien

In eigener Sache:

Zur Beteiligung des RKI am EU-Projekt EQUAL

Veranstaltungshinweise

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

KiGGS-Untersuchungsorte und Routenplan für das 3. Jahr

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymier Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Dezember 2004 (Stand: 1. März 2005)
- ▶ Aktuelle Statistik 6. Woche 2005 (Stand: 2. März 2005)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



Anhaltende Übertragungen von Mensch zu Mensch oder gar ein genetisches Reassortment der Viren wurden in keinem der betroffenen Länder registriert. Dennoch liegt in der derzeitigen Situation ein Bedrohungspotenzial für die Weltbevölkerung, da die Möglichkeit besteht, dass die Virulenz der Erreger zunimmt und sich die Viren weiter an den Menschen adaptieren.

Zu zwei Erkrankungsfällen mit atypischer Klinik: Nach bisher dokumentierten Erkrankungsfällen manifestiert sich die Infektion mit A/H5N1 beim Menschen klinisch mit hohem Fieber, Halsschmerzen und respiratorischen Symptomen. Zwei Fallberichte haben jedoch kürzlich Aufmerksamkeit erregt, weil sie Anhalt für möglicherweise atypische klinische Manifestationen bieten. Es handelt sich dabei um die erst verspätet – weil nur zufällig im Rahmen einer Studie zu Enzephalitis-Ursachen – diagnostizierte Erkrankung eines **4-jährigen vietnamesischen Jungen**, der schon im Februar vergangenen Jahres gestorben war. Er hatte zu Beginn seiner Erkrankung Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit und schwere Durchfälle aufgewiesen und war im Verlauf rasch unter dem klinischen Bild einer Enzephalopathie verstorben. Respiratorische Symptome hatte er erst kurz vor seinem Tod entwickelt, sie wurden von den behandelnden Ärzten aber nicht als Hauptursache für das schwere Krankheitsbild angesehen. Im Rahmen der erwähnten Studie wurden dann im Oktober des Jahres 2004 Influenza-A/H5N1-Viren sowohl im Liquor als auch im Stuhl, Serum und in Rachenabstrichen nachgewiesen. Die Schwester des Jungen war kurz zuvor mit der gleichen Symptomatik erkrankt und ebenfalls gestorben. In diesem Fall standen jedoch keine Materialien für weitere Untersuchungen zur Verfügung.

Eine sichere Infektionsquelle konnte für die beiden Kinder nicht eruiert werden, obwohl auch bei diesen beiden Krankheitsfällen ein möglicher Bezug zu erkranktem Geflügel eine Rolle gespielt haben könnte. So wird vermutet, dass sich die Kinder beim Baden und Waschen in einem Kanal, in dem viele Enten leben, angesteckt haben könnten. Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung konnte wegen des Zeitintervalls zwischen den beiden Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Zuvor war schon im Juli des Jahres 2004 über die H5N1-Infektion einer **39-jährigen Thailänderin** (März 2004) berichtet worden, die vor der Aufnahme in eine Klinik eine Woche lang lediglich Fieber in Kombination mit Durchfall, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen ohne respiratorische Symptome aufgewiesen hatte. Im weiteren Verlauf waren beiderseitige pulmonale Infiltrate hinzugetreten, zuletzt starb die Patientin unter dem Bild eines ARDS. Erst nachdem die eingehende Anamnese einen Hinweis auf Kontakt zu erkranktem Geflügel ergab, wurde eine Testung auf Influenza-A/H5N1-Virus veranlasst, deren Ergebnis positiv war.

Kommentar zu den beschriebenen Erkrankungsfällen: Die dargestellten Erkrankungsfälle sind insofern bedeutsam, als sie darauf hinweisen, dass das Spektrum der Krankheits-symptome bei H5N1-Infektionen möglicherweise vielfältiger

ist, als bisher angenommen. Unklar ist dabei, ob dies in der Vergangenheit möglicherweise zu einer Untererfassung von Infektionen geführt haben könnte. Auch im Zusammenhang mit der Surveillance vor Ort werfen die Befunde die Frage auf, ob diese ausgeweitet werden sollte. Zugleich zeigt aber insbesondere der Fall der thailändischen Patientin erneut, dass zusätzlich zu der klinischen Symptomatik immer auch die Erhebung einer eingehenden Anamnese erforderlich ist, um eine zielgerichtete Diagnostik einleiten zu können, mit deren Hilfe dann die endgültige Diagnose gestellt werden kann. Bei der Betreuung von erkrankten Reiserickekehrern aus den betroffenen Gebieten sollte daher immer auch allgemein nach Kontakt zu Geflügel und insbesondere nach Kontakt zu erkranktem Geflügel gefragt werden.

Einschätzung der Situation durch die beteiligten internationalen Organisationen: Nach derzeitiger Einschätzung der einschlägigen Organisationen (World Organisation for Animal Health – OIE, World Health Organisation – WHO und UN Food and Agriculture Organisation – FAO) ist davon auszugehen, dass die aktuelle Epizootie in den Ländern Südasiens in eine Endemie übergegangen ist und daher auch weiterhin Erkrankungen beim Menschen auftreten können. Aus diesem Grund fand aktuell eine von der OIE, WHO und FAO organisierte Tagung in Vietnam statt, bei der Experten aus 28 Ländern Langzeitstrategien zur Bekämpfung des Virus erörterten. Als wesentliche Punkte wurden auf dieser Tagung die Eindämmung der aktuellen Ausbrüche und die Verminderung des Risikos der Übertragung von Geflügel auf den Menschen angesehen (s.a. <http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/documents/ai/donor.pdf>). Positiv wurden Fortschritte bei der Früherkennung und Bekämpfung von Ausbrüchen bei der Geflügelpest vermerkt, die sich durch einen Rückgang der Anzahl von Ausbrüchen bemerkbar machen. Dennoch zirkuliere das Virus weiterhin in den Geflügelbeständen und bei Wildtieren der Region, so dass weiterhin eine strikte Surveillance und präventive Maßnahmen erforderlich sind, um eine Ausbreitung zu verhindern. Unter anderem sollten hierzu Kontakte zwischen Geflügel und anderen Spezies und insbesondere zum Menschen minimiert werden und diagnostische Möglichkeiten verbessert werden. Über Möglichkeiten der Impfung von Geflügel wurde beraten.

Zu präventiven Maßnahmen: Die präventiven Maßnahmen stützen sich auf eine intensive Surveillance **vor Ort** und eine Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten, wobei die Länder der betroffenen Region durch die WHO und andere Organisationen personell und finanziell unterstützt werden. Erkranktes Geflügel sollte rasch getötet und beseitigt sowie die Gebäude der entsprechenden Bestände desinfiziert werden. Dabei sind besondere individuelle Schutzmaßnahmen für die beteiligten Kontaktpersonen erforderlich, um eine Übertragung auf den Menschen zu verhindern.

Im Rahmen des Influenza-Surveillance-Netzwerks der WHO sind A/H5N1-Viren, die Menschen und Tiere in Südostasien infiziert haben, isoliert und charakterisiert worden. Von WHO-Referenzzentren und Collaborating Centers

wurden rekombinante A/H5N1-Prototypen für Impfstämme entwickelt, die bereits Impfstoffherstellern zur Verfügung gestellt wurden. Demnächst soll die Wirksamkeit dieser H5N1-Impfstoffe in klinischen Studien überprüft werden.

Der Erreger wird vor allem über Kot und Sekrete infizierter Tiere übertragen. **Reisende und Personen, die sich aus beruflichen Gründen in der betroffenen Region aufhalten**, sollten daher den Kontakt zu Geflügel vermeiden. Insbesondere sollte auch auf den Besuch von Vogel- oder Geflügelmärkten verzichtet werden. Internationale Flugreisende sollten darüber informiert sein, dass auch kleine Mengen von Geflügelfleisch und Geflügelerzeugnissen grundsätzlich nicht eingeführt werden dürfen.

Eine Impfung mit dem verfügbaren und für die aktuelle Saison angepassten Influenza-Impfstoff kann nicht vor einer H5N1-Infektion schützen. Eine gleichzeitige Infektion mit den derzeit zirkulierenden menschlichen Influenzaviren und dem Vogelgrippevirus A/H5N1 birgt jedoch die Gefahr einer Neukombination beider Viren und damit das Risiko der Entstehung eines von Mensch zu Mensch übertragbaren Virus. Daher kann für Personen, die in den betroffenen Regionen Kontakt zu Geflügel haben könnten,

die Influenza-Schutzimpfung mit dem aktuell zugelassenen Impfstoff erwogen werden. Dabei ist zu beachten, dass eine Influenza-Schutzimpfung erst nach etwa 2 Wochen den vollen Schutz bietet.

Quellen:

1. De Jong MD, Bach VC, Phan TQ, Vo MH, Tran TT, Nguyen BH, et al.: Fatal avian influenza A (H5N1) in a child presenting with diarrhea followed by coma. *N Engl J Med* 2005; 352(7): 686–691
2. Apisarnthanarak A, Kitphati R, Thongphubeth K, Patoomanunt P, Anthanont P, Auwanit W, et al.: Atypical avian influenza (H5N1). *Emerg Infect Dis* 2004 10(7): 1321–1324 (<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no7/pdfs/04-0415.pdf>)
3. Van Tam J, Watson J: Atypical presentation of avian influenza in Vietnam, February 2004. *Eurosurveillance Weekly* 2005; 10(8): 24/02/2005 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050224.asp#4>)
4. CDC Update on Avian Influenza A (H5N1), February 4 2005 (<http://www.cdc.gov/flu/avian/professional/hano20405.htm>)

Weitere Informationen zum Thema im Internet unter:

- ▶ http://www.rki.de/cln_006/nn_225576/DE/Content/InfAZ/1/Influenza/Influenza.html, s. „Influenzapidemieplanung“ und „Weiterführende Information/Geflügelpest“
- ▶ http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/
- ▶ <http://www.cdc.gov/flu/avian/index.htm>
- ▶ http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos/gesundheitsdienst/merkblatt/vogelgrippe_html

RKI setzt sich im Rahmen einer EU-Initiative für die Verbesserung des Zugangs schwerbehinderter Arbeitnehmer zu Tätigkeiten in Wissenschaft und Forschung ein

Schon seit mehreren Jahren werden am Robert Koch-Institut positive Erfahrungen mit der Beschäftigung schwerbehinderter Wissenschaftler gemacht. Generell aber sind Menschen mit Handicaps in der Forschung bislang noch immer unterrepräsentiert. Das RKI engagiert sich daher im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL für eine Verbesserung des Zugangs von schwerbehinderten Arbeitnehmern zu Tätigkeiten in Forschung und Wissenschaft. Die Initiative hat das Ziel, neue, praktische Wege zur Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten von Arbeitenden und Arbeitsuchenden auf dem Arbeitsmarkt zu erproben. Ein Projektverbund „Vieles ist möglich – Tandempartner in der Wissenschaft“ soll zum 1. Juli des Jahres 2005 starten; das Projekt ist zunächst auf zweieinhalb Jahre befristet. Die Projekterfahrungen sollen neben anderen Ansätzen für mögliche Novellierungen von Rechtsvorschriften und politische Initiativen liefern.

Im Mittelpunkt steht die Erprobung und Verbreitung des so genannten Tandem-Modells, in dem arbeitssuchende

schwerbehinderte Wissenschaftler mit nicht behinderten Wissenschaftlern oder technischen Assistenten ein kleines, sich ergänzendes Arbeitsteam bilden. Hierdurch sollen die Handicaps des behinderten Partners ausgeglichen und die Kompetenzen der nicht behinderten Partner erweitert werden. Am RKI sollen im Rahmen des Projektes mehrere behinderte Wissenschaftler zusätzlich eingestellt werden. In weiteren Projekten des RKI wird das Prinzip der Tandems auch auf andere Bereiche übertragen. Insbesondere soll es in die enge Zusammenarbeit des RKI mit den Berliner Hochschulen (Studium, Promotion) eingebunden werden. Zudem sollen auch Ausbildungsangebote für schwerbehinderte Jugendliche entstehen.

Weitere Informationen zu dem vom Paul-Ehrlich-Institut koordinierten Projektverbund finden Sie unter: www.Equal.de und www.pei.de (Pressemitteilung).

Ansprechpartner am RKI für Rückfragen: Frau S. Schuckert (SchuckertS@RKI.de) und Herr U. Schäfer (SchaeferU@RKI.de).

Veranstaltungshinweise

55. Bundeskongress der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes: „ÖGD – Investition in die Zukunft“

Termin: 14.–16. April 2005

Veranstaltungsort: Bamberg

Themen: Gesellschaftliche bzw. demographische Entwicklungen und die notwendige Reaktion des ÖGD; Vorträge aus den Bereichen Infektionsschutz, Prävention und Gesundheitsbereicherstattung u. a.

Organisation vor Ort:

Dr. Winfried Strauch, Landratsamt Bamberg, Gesundheitsamt
Ludwigstraße 13, 96052 Bamberg
Tel.: 0951.85–650, Fax: 0951.85–86 50
E-Mail: winfried.strauch@lra-ba.bayern.de

Veranstalter: Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) und Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG)

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung von RKI, UBA und BfR für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

An dieser Stelle soll noch einmal auf die schon angekündigte Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD vom **16. bis 18. März 2005** in Berlin hingewiesen werden (s. *Epid. Bull.* 2/2005).

Anmeldung: BfR, Pressestelle, Thielallee 88–92, 14195 Berlin
Fax: 030.8412–4970, E-Mail: oegd@bfr.bund.de

Weitere Informationen zum Programm und zu den Anmeldeunterlagen: <http://www.bfr.bund.de/cms5w/sixcms/detail.php/3861>

Kinder - und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Routenplan für das 3. Untersuchungsjahr				
Route	U-Beginn	U-Ende	Ort	Bundesland
34	23.05.2005	03.06.2005	Rendsburg, Stadt	Schleswig-Holstein
	23.05.2005	03.06.2005	Glandorf	Niedersachsen
	23.05.2005	03.06.2005	Essen, Stadt	Nordrhein-Westfalen
35	07.06.2005	18.06.2005	Mannheim, Universitätsstadt	Baden-Württemberg
	07.06.2005	18.06.2005	Guntersblum	Rheinland-Pfalz
	07.06.2005	18.06.2005	Gutach im Breisgau	Baden-Württemberg
36	27.06.2005	08.07.2005	Mildenaue	Sachsen
	27.06.2005	08.07.2005	Chemnitz, Stadt	Sachsen
	27.06.2005	08.07.2005	Reichenbach/O.L., Stadt	Sachsen
37	12.07.2005	23.07.2005	Trossingen, Stadt	Baden-Württemberg
	12.07.2005	23.07.2005	Röthenbach (Allgäu)	Bayern
	12.07.2005	23.07.2005	Saarbrücken, Stadt	Saarland
38	15.08.2005	26.08.2005	Berlin 2	Berlin
	15.08.2005	26.08.2005	Teterow, Stadt	Mecklenburg-Vorpommern
	15.08.2005	26.08.2005	Plessa	Brandenburg
39	05.09.2005	16.09.2005	Friesenhagen	Rheinland-Pfalz
	05.09.2005	16.09.2005	Oberhausen, Stadt	Nordrhein-Westfalen
	05.09.2005	16.09.2005	Ahlen, Stadt	Nordrhein-Westfalen
40	20.09.2005	01.10.2005	Bernburg (Saale), Stadt	Sachsen-Anhalt
	20.09.2005	01.10.2005	Großpostwitz/O.L.	Sachsen
	20.09.2005	01.10.2005	Schwerin, Landeshauptstadt	Mecklenburg-Vorpommern
41	10.10.2005	21.10.2005	München, Landeshauptstadt	Bayern
	10.10.2005	21.10.2005	Forchheim, Stadt	Bayern
	10.10.2005	21.10.2005	Theilheim	Bayern
42	31.10.2005	11.11.2005	Bünde, Stadt	Nordrhein-Westfalen
	31.10.2005	11.11.2005	Hamburg, Freie und Hansestadt ¹	Hamburg
	31.10.2005	11.11.2005	Emden, Stadt	Niedersachsen
43	15.11.2005	26.11.2005	Dobbertin	Mecklenburg-Vorpommern
	15.11.2005	26.11.2005	Blumberg	Brandenburg
	15.11.2005	26.11.2005	Wittenberg, Lutherstadt	Sachsen-Anhalt
44	05.12.2005	16.12.2005	Taufkirchen	Bayern
	05.12.2005	16.12.2005	Salzweg	Bayern
	05.12.2005	16.12.2005	Übersee	Bayern
45	09.01.2006	20.01.2006	Bermatingen	Baden-Württemberg
	09.01.2006	20.01.2006	Trier, Stadt	Rheinland-Pfalz
	09.01.2006	20.01.2006	Bad Wurzach, Stadt	Baden-Württemberg
46	24.01.2006	04.02.2006	Griesheim, Stadt	Hessen
	24.01.2006	04.02.2006	Niederzier	Nordrhein-Westfalen
	24.01.2006	04.02.2006	Lünen, Stadt	Nordrhein-Westfalen
47	13.02.2006	24.02.2006	Wolfenbüttel, Stadt	Niedersachsen
	13.02.2006	24.02.2006	Blankenhain, Stadt	Thüringen
	13.02.2006	24.02.2006	Berlin 4	Berlin
48	06.03.2006	17.03.2006	Wunstorf, Stadt	Niedersachsen
	06.03.2006	17.03.2006	Hagen, Stadt	Nordrhein-Westfalen
	06.03.2006	17.03.2006	Papenburg, Stadt	Niedersachsen
49	27.03.2006	07.04.2006	Jüchsen	Thüringen
	27.03.2006	07.04.2006	Stiege	Sachsen-Anhalt
	27.03.2006	07.04.2006	Beilngries, Stadt	Bayern
50	24.04.2006	06.05.2006	Bonn, Stadt	Nordrhein-Westfalen
	24.04.2006	06.05.2006	Goch, Stadt	Nordrhein-Westfalen
	24.04.2006	06.05.2006	Engelskirchen	Nordrhein-Westfalen

**Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS):
Informationen zur Auswahl der Untersuchungsorte und zum Routenplan**



Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wird eine zweistufig geschichtete Zufallsstichprobe gezogen, um die Grundgesamtheit der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz gemeldeten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis unter 18 Jahren zu repräsentieren.

Zur ersten Stufe

In der ersten Stufe wurden vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) in Mannheim insgesamt 150 Untersuchungsorte (Sample Points) aus der Gesamtmenge der politischen Gemeinden ausgewählt. Um eine separate Auswertung für die Bevölkerung in Ostdeutschland zu erlauben, wurde eine disproportionale Verteilung der Untersuchungsorte beschlossen. In den alten Bundesländern (West) befinden sich 100 Studienzentren, in den neuen Bundesländern (Ost) 45 und fünf in Berlin. Durch eine Schichtung aller Orte nach Bundesländern und Gemeindegrößen (10 Größenklassen) ergeben sich 100 Zellen im Westen und 50 im Osten (einschließlich Berlin). Die Summe der gemeldeten Einwohner unter 18 Jahren aus den Gemeinden, die in der jeweiligen Zelle enthalten sind, bildet das Schichtgewicht einer Zelle. Sie bestimmt die Anzahl der auszuwählenden Gemeinden für jede Zelle. Innerhalb der Zellen erfolgte die Auswahl der Gemeinden mit einer Wahrscheinlichkeit proportional zum Umfang der Zielpopulation in der Gemeinde.

Gemeinden mit weniger als 320 Einwohnern im Alter von unter 18 Jahren wurden mit unmittelbar benachbarten Gemeinden im selben Kreis zusammengefasst, um zu gewährleisten, dass genügend Zielpersonen erreicht werden können. Nötig war dies bei zwei Untersuchungsorten im Westen und sieben im Osten.

Um die gesamte Stadt Berlin abzudecken wurde festgelegt, dass die Stadt mit fünf Untersuchungsorten in der Stichprobe vertreten sein soll. Diese fünf Orte wurden über die 195 statistischen Gebiete der Stadt

definiert, indem fünf Schichten gebildet wurden, die ein regional zusammenhängendes Gebiet ergeben und deren Zielpopulation etwa gleich groß (100.000 Personen) ist.

Zur zweiten Stufe

In der zweiten Stufe werden die Untersuchungsteilnehmer durch die Einwohnermeldeämter der jeweiligen Gemeinden zufällig gezogen. Dabei wird pro Geburtsjahrgang jeweils die gleiche Anzahl von Teilnehmern ausgewählt.

Zum Routenplan

Die Festlegung des Routenplans, d. h. der Reihenfolge, in der die Untersuchungsorte aufgesucht werden, folgt einem Konzept, das regionale und saisonale Einflüsse weitgehend ausschließen soll, um so mögliche Verzerrungen zu verhindern. Grundsätzlich wird bei der Routenplanung folgendes Prinzip verfolgt: Die 150 ausgewählten und über Deutschland verteilten Gemeinden werden zu je 15 Untersuchungsorten in 10 Regionen zusammengefasst. In jedem der drei Untersuchungsjahre von KiGGS sollen fünf Sample Points je Region vom Untersuchungsteam aufgesucht und bearbeitet werden. Die Routenordnung innerhalb der Regionen wird nach dem Zufallsprinzip gestaltet. Die Tabelle 1 auf S. 74 dieser Ausgabe gibt den Routenplan für das dritte und letzte Jahr der Untersuchungen wieder.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts.

Anfragen zu KiGGS unter: KiGGS@RKI.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten													Berichtsmonat: Dezember 2004 (Stand v. 1.3.2005)		
Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	Dez.	kum.	kum.	Dez.	kum.	kum.	Dez.	kum.	kum.	Dez.	kum.	kum.	Dez.	kum.	kum.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	21	264	220	15	236	255	4	119	150	3	28	19	0	1	2
Bayern	27	440	309	18	290	357	7	110	125	1	19	12	0	0	2
Berlin	47	660	611	20	322	300	3	76	66	0	1	2	0	1	2
Brandenburg	5	58	54	1	25	26	2	11	12	0	2	0	0	1	1
Bremen	1	28	41	2	27	27	0	8	9	0	1	0	0	0	0
Hamburg	11	191	209	9	157	180	5	56	96	0	0	4	0	0	0
Hessen	32	355	272	11	126	144	3	46	65	0	2	3	0	1	2
Mecklenburg-Vorpommern	5	44	18	1	22	17	1	4	7	0	0	0	0	0	1
Niedersachsen	12	177	212	12	101	93	3	40	35	1	9	5	0	2	1
Nordrhein-Westfalen	48	686	655	41	415	393	10	159	160	2	25	28	1	6	5
Rheinland-Pfalz	10	131	82	5	78	65	3	29	38	0	4	9	0	1	1
Saarland	3	31	15	1	12	16	0	9	3	0	1	0	0	1	0
Sachsen	8	143	130	4	44	30	1	9	22	0	3	1	0	1	1
Sachsen-Anhalt	4	55	32	1	23	35	1	8	9	0	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	51	52	7	35	33	3	17	17	0	1	1	0	0	1
Thüringen	3	31	22	1	15	8	0	6	6	0	0	1	0	1	0
Deutschland	237	3.345	2.934	149	1.928	1.979	46	707	820	7	97	85	1	16	19

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 2.3.2005 (6. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	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.	
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	48	358	331	2	11	6	4	24	26	52	471	439	0	12	10	
Bayern	56	393	375	1	11	18	11	69	67	71	503	456	2	15	10	
Berlin	21	129	106	1	3	1	5	18	10	31	267	198	0	20	5	
Brandenburg	30	153	149	1	4	1	5	25	21	27	193	119	2	4	2	
Bremen	5	23	20	0	0	0	1	2	3	14	66	43	0	0	0	
Hamburg	10	67	98	2	3	5	0	3	3	41	234	160	0	0	2	
Hessen	37	268	220	1	2	1	2	15	7	46	292	292	2	7	7	
Mecklenburg-Vorpommern	8	74	110	0	0	1	5	29	33	13	118	85	0	0	3	
Niedersachsen	55	339	370	3	11	10	2	14	18	76	500	333	0	1	3	
Nordrhein-Westfalen	118	862	704	2	13	17	27	143	89	216	1.523	1.086	1	5	6	
Rheinland-Pfalz	36	209	186	2	6	11	4	22	19	37	257	218	0	1	4	
Saarland	19	77	33	0	2	0	0	2	3	12	88	73	0	0	1	
Sachsen	39	274	267	3	6	4	17	63	61	44	427	323	2	7	0	
Sachsen-Anhalt	29	169	187	1	6	1	12	76	62	12	153	136	0	1	1	
Schleswig-Holstein	13	117	118	0	3	2	3	16	8	37	237	151	0	1	1	
Thüringen	21	190	205	0	0	0	8	46	44	23	173	121	1	6	3	
Deutschland	545	3.702	3.479	19	81	78	106	567	474	752	5.502	4.233	10	80	58	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.			
	2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	2	16	25	2	18	18	24	131	127			
Bayern	2	13	33	4	18	17	32	168	192			
Berlin	3	23	10	2	6	12	23	113	95			
Brandenburg	1	3	3	0	0	2	2	9	3			
Bremen	1	3	3	0	2	3	0	3	4			
Hamburg	2	4	6	1	2	5	1	5	5			
Hessen	2	28	12	2	6	10	7	65	57			
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	1	4	2	2	12	15			
Niedersachsen	2	11	9	1	9	12	14	91	115			
Nordrhein-Westfalen	4	51	51	5	29	48	20	146	179			
Rheinland-Pfalz	1	7	11	1	18	9	15	79	48			
Saarland	0	1	1	0	0	4	0	1	2			
Sachsen	0	5	1	0	2	7	5	21	20			
Sachsen-Anhalt	0	3	1	1	10	4	1	10	13			
Schleswig-Holstein	2	10	2	0	1	4	2	21	18			
Thüringen	1	2	7	1	8	3	2	21	15			
Deutschland	23	182	179	21	133	160	150	896	908			

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. 2.3.2005 (6. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
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.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
9	48	52	182	1.863	346	59	244	316	11	72	64	1	10	2	Baden-Württemberg
11	85	59	161	1.406	176	121	507	379	17	89	58	2	3	3	Bayern
2	17	22	270	1.362	196	129	520	196	4	30	38	0	4	1	Berlin
4	20	17	245	1.608	298	188	683	271	1	9	3	2	4	0	Brandenburg
0	6	4	9	200	61	6	26	8	1	4	5	0	2	2	Bremen
3	10	16	21	223	136	50	183	98	2	10	8	0	1	1	Hamburg
4	36	39	162	1.226	100	115	421	243	1	25	23	0	1	4	Hessen
5	19	26	118	1.228	253	130	494	178	6	35	14	2	16	1	Mecklenburg-Vorpommern
12	66	69	323	2.708	517	110	428	275	11	34	24	2	6	10	Niedersachsen
18	115	120	464	4.249	600	240	1.213	571	17	104	86	3	13	11	Nordrhein-Westfalen
6	50	47	153	1.501	396	50	242	304	4	23	17	0	1	3	Rheinland-Pfalz
2	12	19	16	299	8	10	86	22	1	4	6	1	1	0	Saarland
14	92	84	347	2.371	518	382	1.575	724	20	69	20	13	23	1	Sachsen
8	47	48	90	763	148	348	1.223	481	5	20	14	2	6	1	Sachsen-Anhalt
8	22	16	31	331	74	29	114	95	1	5	4	0	0	0	Schleswig-Holstein
3	57	51	124	1.338	297	102	356	405	4	15	4	0	0	1	Thüringen
109	702	689	2.716	22.676	4.124	2.069	8.315	4.566	106	548	388	28	91	41	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
3	7	5	0	1	2	11	59	79	Baden-Württemberg	
2	11	4	0	7	4	14	89	89	Bayern	
0	6	5	1	2	1	13	38	43	Berlin	
0	3	2	0	0	0	0	14	19	Brandenburg	
0	1	1	0	0	0	1	9	6	Bremen	
0	1	1	0	1	1	1	18	21	Hamburg	
1	6	14	11	82	0	5	59	58	Hessen	
0	2	5	0	0	0	2	19	20	Mecklenburg-Vorpommern	
1	5	5	0	0	1	9	68	49	Niedersachsen	
4	19	25	0	2	2	24	157	184	Nordrhein-Westfalen	
1	2	3	1	1	0	6	32	27	Rheinland-Pfalz	
1	1	2	0	0	0	3	10	12	Saarland	
0	1	5	0	4	0	1	18	20	Sachsen	
0	3	5	0	0	0	5	23	25	Sachsen-Anhalt	
0	3	1	0	1	1	1	11	28	Schleswig-Holstein	
2	6	6	0	0	0	1	16	11	Thüringen	
15	77	89	13	101	12	97	640	691	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. 2.3.2005 (6. Woche 2005)

Krankheit	6. Woche 2005	1.–6. Woche 2005	1.–6. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	3	21	8	652
Brucellose	0	4	0	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	6	15	78
Dengue-Fieber	1	8	21	121
FSME	0	1	0	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	8	2	54
Hantavirus-Erkrankung	6	41	5	242
Influenza	636	1.375	1.423	3.484
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	10	7	68
Legionellose	3	41	44	475
Leptospirose	0	3	4	58
Listeriose	2	31	41	295
Ornithose	0	1	0	15
Paratyphus	1	6	6	106
Q-Fieber	1	4	14	114
Trichinellose	0	0	0	5
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	2	6	7	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:

Konatale Röteln: Bayern, männlich, geb. November 2004, Impfung der Mutter nicht bekannt (2. Fall 2004)

Hinweise zur aktuellen Influenza-Saison

In Deutschland befindet sich die Influenza-Aktivität in der 8. KW 2005 auf hohem Niveau, sie ist aber insgesamt nicht weiter angestiegen.

Auch die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 8. KW weiterhin stark erhöht. Sie ist in den nördlichen und östlichen AGI-Regionen deutlich angestiegen, in den südlichen und mittleren Regionen aber bereits etwas zurückgegangen.

In der vergangenen Woche wurden im NRZ Berlin insgesamt 207 Influenza-A-Viren nachgewiesen, darunter befanden sich 173 A(H₃N₂)- und 32 A(H₁N₁)-Viren. Zudem wurden 8 Influenza-B-Viren nachgewiesen. Die Positivrate betrug 40,2%.

Quelle: Wochenbericht für die 8. Woche 2005 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) 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, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

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

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
Fax.: 01888.754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

Druck

die partner, karl-heinz kronauer, 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 A14273