



Epidemiologisches Bulletin

10. Juni 2005 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Auftreten von Pertussis in den neuen Bundesländern:

Zunahme der Erkrankungshäufigkeit und Änderung der Morbiditätsstruktur

Während die epidemische Situation bei Masern, Mumps und Röteln der letzten fünf Jahre in den neuen Bundesländern mit Inzidenzwerten unter einer Erkrankung pro 100.000 Einwohnern als sehr günstig einzuschätzen ist, kann in letzter Zeit auf der Basis der Meldungen ein deutlicher Anstieg des Auftretens von Pertussis angenommen werden. Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) besteht für Pertussis in Deutschland keine generelle Meldepflicht. In allen neuen Bundesländern werden indessen Pertussis-Erkrankungen nach erweiterten Länder-Meldeverordnungen erfasst. Die Meldung erfolgt nach den Kriterien der Falldefinition des RKI (s. *Epid. Bull.* 2/2002). Hervorzuheben ist, dass bei über 95 % aller gemeldeten Fälle auch labordiagnostische Befunde vorliegen (allerdings variiert der Anteil überzeugender Nachweise – Kultur/PCR/Titeranstieg – zwischen den einzelnen Ländern).

Pertussis-Situation in den neuen Bundesländern

In den Jahren nach 1989 war es in den neuen Bundesländern zu einem deutlichen Wiederanstieg der Pertussis-Inzidenz gekommen. Ein Maximum wurde dabei im Jahr 2000 mit einer Inzidenz von 20,4 Erkrankungen/100.000 Einwohnern registriert. Dies könnte zu einem großen Teil durch einen zeitweiligen Rückgang des Durchimpfungsgrades in Zeiten der Neuorganisation der medizinischen Betreuung erklärt werden. So war der Pertussis-Durchimpfungsgrad der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung in Mecklenburg-Vorpommern von 91 % im Jahr 1992 auf 75 % im Jahr 1995 gesunken, um dann langsam aber stetig wieder anzusteigen bis auf 94 % im Jahr 2004. Nach einem Rückgang der Pertussis-Morbidität im Jahr 2001 stiegen die Erkrankungsraten in den letzten vier Jahren – jetzt bei einem hohen Durchimpfungsgrad – wieder kontinuierlich an. 2004 betrug die Gesamtinzidenz der neuen Bundesländern 12,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Abb. 1).

Dieser Anstieg der Morbidität trotz guter Durchimpfung nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) bedarf der Untersuchung und

Erkr. pro 100.000/EW

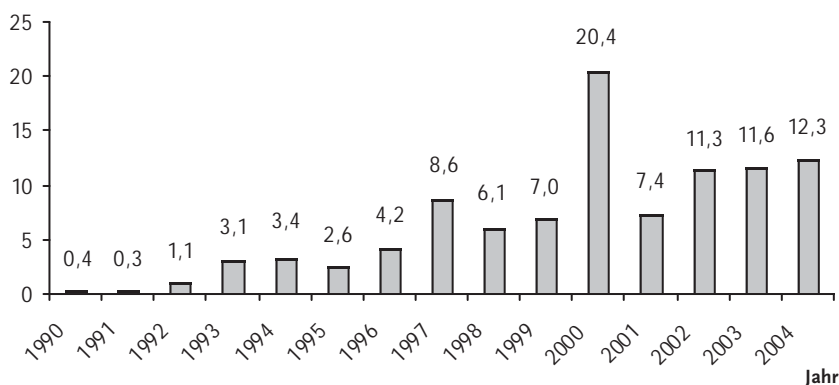


Abb. 1: Entwicklung der Pertussis-Meldeinzidenz in den neuen Bundesländern 1990–2004

Diese Woche

23/2005

Pertussis (Keuchhusten):

Zur Morbidität in den neuen Bundesländern

Tuberkulose:

Zur Fallfindung in urbanen

Risikogruppen

– Erfahrungen aus Frankfurt/M.

Veranstaltungshinweis

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

20. Woche 2005

(Stand: 8. Juni 2005)



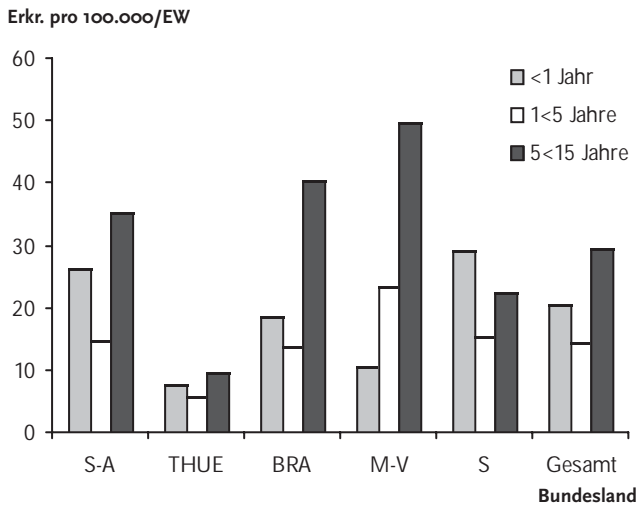


Abb. 2: Pertussis in den neuen Bundesländern: Durchschnittliche altersspezifische Inzidenz bei Kindern im Alter bis zu 15 Jahren 2002–2004 nach Altersgruppen und Bundesländern (n=1.358).

Klärung. Auffällig war in den letzten Jahren eine deutliche Verschiebung der gemeldeten Pertussis-Erkrankungen in das Jugend- und Erwachsenenalter. Während Anfang der 80er-Jahre noch etwa 50% aller Erkrankungen im 1. Lebensjahr und nur etwa 2% bei über 15-Jährigen auftraten, hat sich dieses Verhältnis in den letzten Jahren völlig gewandelt. Im Jahr 2003 waren 80% der Erkrankten in den neuen Bundesländern älter als 15 Jahre. Da diese an Pertussis erkrankten Erwachsenen häufig als unerkannte Infektionsquelle für die Neugeborenen ohne Nestschutz fungieren, hat die STIKO ihre – seit 1991 bestehenden – Pertussis-Impfempfehlungen differenziert erweitert und empfiehlt seit Juli 2004 als sogenannte „Kokonstrategie“ auch eine Pertussis-Impfung für alle Personen im unmittelbaren Umfeld ungeschützter Neugeborener.

Ab Sommer 2004 wird die Pertussis-Impfung somit bei fehlendem adäquaten Immunschutz (keine Impfung oder mikrobiologisch bestätigte Erkrankung innerhalb der vergangenen zehn Jahre) – als einmalige Gabe – auch empfohlen für:

- ▶ Frauen mit Kinderwunsch präkonzeptionell (sonst bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes),
- ▶ enge Haushaltskontaktpersonen (Eltern, Geschwister) und Betreuer (z. B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern) spätestens 4 Wochen vor Geburt des Kindes.

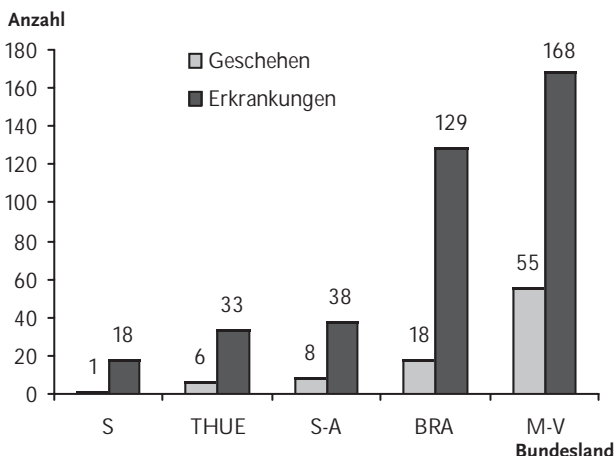


Abb. 4: Pertussis-Häufungen in den neuen Bundesländern 2004: Geschehen- und Erkrankungszahlen

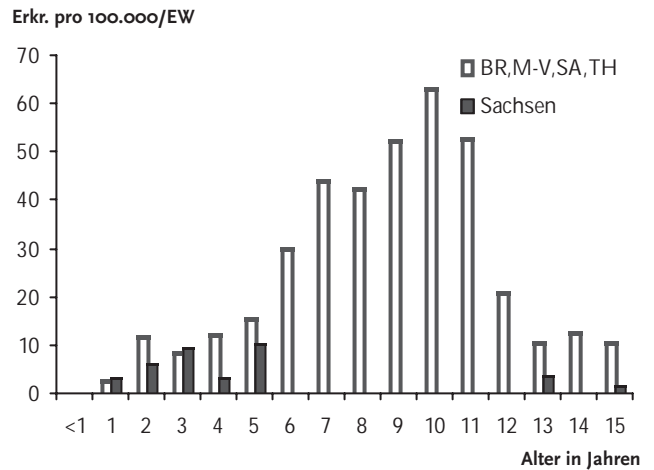


Abb. 3: Pertussis in den neuen Bundesländern: Erkrankungen bei vollständig Geimpften im Alter bis zu 15 Jahren im Jahr 2004

Weiterhin wird die Pertussis-Impfung als Indikationsimpfung im Erwachsenenalter bestimmten Risikogruppen, wie z. B. medizinischem Personal in der Pädiatrie, Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe sowie Personal in Kindertagesstätten, angeraten.

Für Kinder und Jugendliche wird derzeit nach der Grundimmunisierung in den ersten zwei Lebensjahren eine Auffrischimpfung im Alter von 9–17 Jahren empfohlen. Lediglich im Bundesland Sachsen wird diese Boosterung nach Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) seit 1998 schon zur Einschulung im Alter von 5–6 Jahren durchgeführt.

Im Jahr 2004 war erstmals wieder ein deutlich ansteigender Anteil der bis zu 15-jährigen Kinder und Jugendlichen sichtbar. Auffällig ist, dass die höchste Inzidenz bei Pertussis-Erkrankungen bis zum 15. Lebensjahr in allen neuen Bundesländern in der Altersgruppe der 5 bis 15-Jährigen lag. Lediglich in Sachsen wurden die höchsten Werte bei Kindern im ersten Lebensjahr beobachtet (Abb. 2). Des Weiteren fällt auf, dass immer mehr Kinder und Jugendliche mit vollständigem Impfstatus erkranken. Betrachtet man die gemeldeten Pertussis-Erkrankungsfälle in der Altersgruppe „unter 15 Jahre“ in den Jahren 2002–2004 in den neuen Bundesländern (n=1.358), so waren insgesamt 40% aller erkrankten Kinder dieser Altersgruppe vollständig geimpft, d.h. sie hatten vier oder mehr Impfungen

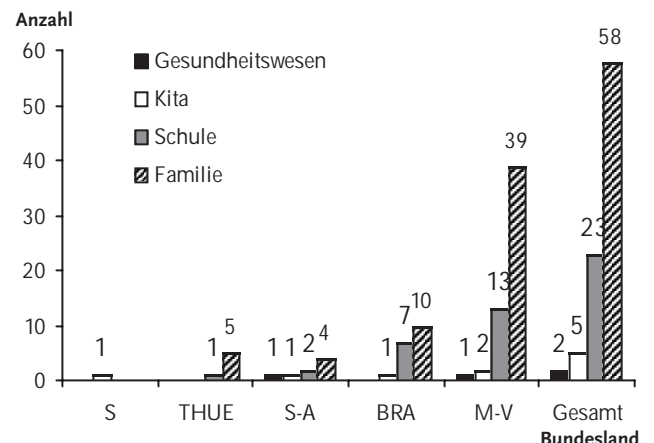


Abb. 5: Pertussis-Häufungen in den neuen Bundesländern nach betroffenen Einrichtungen 2004

erhalten. Die Anteile der trotz altersgerecht vollständiger Impfung erkrankten Kinder variieren allerdings je nach Bundesland beträchtlich. Die höchsten Erkrankungszahlen geimpfter Kinder wurden dabei in Brandenburg (51 %) und Mecklenburg-Vorpommern (54 %) beobachtet. In Sachsen waren nur 22 % aller an Pertussis Erkrankten unter 15 Jahren vollständig geimpft.

Bezogen auf die Gesamtzahlen in den einzelnen Altersgruppen sieht man einen deutlichen Anstieg der Inzidenz bei vollständig geimpften Kindern ab dem 6. Lebensjahr in den Bundesländern Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern, während in Sachsen die Inzidenz ab dem 6. Lebensjahr (Alter für dort empfohlene Auffrischung) deutlich abfallen (Abb. 3).

23 % (n=386) aller Pertussis-Erkrankungen in den neuen Bundesländern im Jahr 2004 traten im Rahmen von

88 Erkrankungshäufungen auf (Abb. 4). Hier waren die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern (55 Geschehen mit 168 Erkrankungen) und Brandenburg (18 Geschehen mit 129 Erkrankungen) besonders betroffen. Der Anteil an den Gesamterkrankungen lag zwischen 4 % in Sachsen und 37 % in Mecklenburg-Vorpommern.

Am häufigsten wurden Pertussis-Häufungen in Familien registriert. 66 % (n=58) der Geschehen mit 2 oder mehr Erkrankungen im epidemiologischen Zusammenhang traten in Familien auf, in denen die Schulkinder überwiegend als Infektionsquelle fungierten (Abbildung 5). Auch hier waren die 5–15-jährigen – zu 60 % altersgerecht vollständig geimpft – Kinder und Jugendliche am häufigsten betroffen.

Anmerkung zur Pertussis-Situation in den alten Bundesländern

Leider liegen keine epidemiologischen Daten zur Pertussis-Morbidität in den letzten Jahren in den alten Bundesländern vor. Allerdings wird aus der Sicht des Konsiliarlaboratoriums für *Bordetella pertussis* (Leitung: Prof. Wirsing von König) auf der Basis einer deutlichen Zunahme der Einsendungen zur Pertussis-Diagnostik (speziell bei Kindern ab dem 8. Lebensjahr) eingeschätzt, dass auch in den alten Bundesländern eine entsprechende Entwicklung abzulaufen scheint und die Zunahme der Pertussis-Morbidität und die teilweise Verlagerung des Erkrankungsalters in höhere Altersklassen damit kein isoliertes Problem der neuen Bundesländer wären, sondern hier gegenwärtig nur besser belegt werden können.

Ausblick

Aufgrund der aktuellen Situation ergibt sich die Notwendigkeit, die Pertussis-Situation sorgfältig zu beobachten. Die Datenlage bedarf dringend der Verbesserung; über den Einsatz geeigneter und verfügbarer Instrumente der Surveillance ist zu entscheiden. Um diese Surveillance möglichst flächendeckend für Deutschland gewährleisten zu können, wäre eine künftige generelle gesetzliche Meldepflicht für Pertussis auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes ein möglicher Weg.

Auf der Grundlage der Analyse valider epidemiologischer Daten könnten sich Modifikationen der gegenwärtigen Impfpfehlungen ergeben. Die gegenwärtigen Beobachtungen und Erfahrungen in den neuen Bundesländern lassen es als möglich erscheinen, dass der Impfschutz nach der Grundimmunisierung mit einem azellulären Impfstoff nach etwa 7 Jahren allmählich nachlässt, so dass z. B. eine Vorverlagerung der Pertussis-Auffrischimpfung erwogen werden könnte.

Für diese Zusammenstellung und Aufbereitung der Pertussis-Melddaten aus den neuen Bundesländern danken wir Frau Dr. med. Martina Littmann, Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern in Rostock (E-Mail: Martina.Littmann@lga.mv-regierung.de) und für ihre Mitwirkung auch Frau Prof. Dr. Christel Hülße, ehemalige Direktorin des LGA. Dank für das Bereitstellen von Datenmaterial und die Mitwirkung bei der Auswertung gilt **in Brandenburg**: Herrn Dr. Lubig, Frau Dr. Röhl, Frau I. Pfeil (Landesamt für Soziales und Versorgung, LGA, Dezernat Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz), **in Sachsen**: Herrn Dr. D. Beier, Frau A. Friedrich, Frau C. Sprowitz (Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, Abteilung Hygiene und Epidemiologie), **in Sachsen-Anhalt**: Frau Dr. H. Oppermann, Frau X. Schmengler, Frau G. Frank (Landesamt für Verbraucherschutz; Fachbereich Hygiene), **in Thüringen**: Frau Dr. E. Jensen, Frau R. Reinke (Thüringisches Landesamt für Lebensmittel, Sicherheit und Verbraucherschutz, Referat Infektionshygiene).

Hinweise auf Maßnahmen beim Auftreten von Pertussis

Bei Verdacht auf Pertussis sollten die behandelnden Ärzte neben der klinischen Diagnose eine **labordiagnostische Bestätigung** (Nasen-Rachen-Abstrich, Serologie) anstreben. Zur **Therapie** können Makrolide eingesetzt werden.

Bei Pertussis besteht laut § 34 Abs. 1 IfSG ein **Tätigkeits- bzw. Besuchsverbot für Gemeinschaftseinrichtungen**. Die Wiederzulassung ist fünf Tage nach Beginn einer Antibiotika-Therapie bzw. ohne mikrobielle Behandlung frühestens drei Wochen nach Beginn der ersten Symptome möglich.

Der diagnostizierende Arzt sollte in Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt alle möglichen engen Kontaktpersonen in Familie und Gemeinschaftseinrichtungen erfassen. Diese engen Kontaktpersonen sind über mögliche Symptome aufzuklären und ihr Impfstatus ist zu erheben. **Chemoprophylaxe bei Kontaktpersonen**: Individuell ist für enge Kontaktpersonen ohne Impfschutz in der Familie, Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen eine Chemoprophylaxe mit Makroliden zu erwägen. Diese Prophylaxe kann, sofern sie möglichst schnell nach Exposition durchgeführt wird, den Ausbruch der Pertussis-Infektion verhindern bzw. ihren Verlauf mitigieren. Da auch geimpfte Personen als Keimträger fungieren können, sollten ggf. auch geimpfte Personen eine Chemoprophylaxe erhalten, um Infektketten zu unterbrechen. **Impfungen bei Kontaktpersonen**: Bei ungeimpften und nicht vollständig geimpften Kindern und Jugendlichen mit einer möglichen Pertussis-Exposition sollte die Pertussis-Impfung durchgeführt bzw. vervollständigt werden, über Pertussis-Auffrischimpfungen Erwachsener sollte im Einzelfall entschieden werden. Bei vollständig Geimpften kann eine Pertussis-Auffrischimpfung erwogen werden, wenn die letzte Pertussis-Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt. Da in Deutschland jedoch kein monovalenter Pertussis-Impfstoff zur Verfügung steht, muss auf Kombinations-Impfstoffe (Tdap bzw. Tdap-IPV) zurückgegriffen werden. Diese sollten etwa 5 Jahre nach letzter Td-Impfung appliziert werden. Die Pertussis-Impfungen bei Kontaktpersonen erfolgen im Gegensatz zu einigen anderen Impfungen nicht als Postexpositionsprophylaxe, sondern um erkannte Impflücken zu schließen.

Kommentar aus dem RKI:

Der vorliegende zusammenfassende Bericht über die Pertussis-Melddaten aus den neuen Bundesländern – vorgelegt aus dem Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern – ist ein verdienstvoller Beitrag in der Reihe der bisher nicht eben häufigen Untersuchungen zur aktuellen Epidemiologie der Pertussis. Er unterstreicht die aktuelle Bedeutung der Krankheit und die Notwendigkeit eines Ausbaus der Surveillance, lässt aber auch erkennen, dass bei der Erklärung der beobachteten Phänomene noch Fragen

offen bleiben bzw. getroffene Aussagen einer Bestätigung durch weitere gezielte Untersuchungen bedürfen. In künftigen Auswertungen wäre u. a. eine Differenzierung der Fälle nach den Kategorien der diagnostischen Sicherung und nach einer detaillierten Impfanamnese wichtig. Eventuell notwendige Änderungen der bestehenden Empfehlungen zur Prävention erfordern in der gegenwärtigen Situation weitere Untersuchungsergebnisse und eine ausführliche wissenschaftliche Diskussion zu Pertussis.

Zur Fallfindung der Tuberkulose in urbanen Risikogruppen

Erfahrungen aus Frankfurt am Main

In den letzten Jahren ist die Tuberkulose in Deutschland, insbesondere in den städtischen Ballungszentren, immer mehr zu einer Erkrankung in bestimmten Gruppen der Bevölkerung, sog. Risikogruppen, geworden und tritt gegenwärtig unter Personen ohne Risikofaktoren nur noch selten auf. Hier wird aus dem Gesundheitsamt einer Großstadt darüber berichtet, wie die aktive Fallfindung durch gezielte Untersuchungen in Gruppen, die durch ein besonders hohes Erkrankungsrisiko belastet sind, verbessert werden kann und dadurch mit einem vertretbaren Aufwand wirksam zum vorbeugenden Infektionsschutz beigetragen wird.

Obdachlose in Zusammenarbeit mit Frankfurter Drogen-einrichtungen und Trägern von Obdachlosenunterkünften durchgeführt. Das Gesundheitsamt bietet – unabhängig vom Legalstatus – Personen aus diesen beiden Gruppen ein freiwilliges niedrigschwelliges Röntgen-Screening an.

Durch regelmäßige Kontakte und Informationsveranstaltungen eines sozialmedizinischen Assistenten des Gesundheitsamtes werden vor Ort die Betroffenen und Mitarbeiter aus den Einrichtungen über das Tuberkuloserisiko aufgeklärt und auf das Angebot aufmerksam gemacht. Mittlerweile konnte ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, das sich auch positiv auf die Betreuung und den Heilungserfolg bei Tuberkulosekranken aus diesen Risikogruppen auswirkt.

In Frankfurt am Main sind alle an Tuberkulose Erkrankten des Jahres 2004 systematisch nach Risikofaktoren, d. h. Faktoren, die nach bisheriger Erfahrung mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko assoziiert sind, befragt worden. Dabei konnten 63 Personen von 107 Erkrankten ein oder mehrere Risikofaktoren zugeordnet werden.

Die Obdachlosen und Drogenabhängigen werden von diesem Mitarbeiter auch im Amt betreut. Nach Anamneseerhebung werden sie ohne Wartezeit mit der amtseigenen Röntgenanlage geröntgt, das Röntgenbild sofort befundet und das Befundergebnis den Untersuchten direkt mitgeteilt.

Da die aktive Fallfindung hinlänglich als effektivste Präventionsmaßnahme gilt, jedoch seit Jahren annähernd unverändert weniger als 20% aller an Tuberkulose Erkrankten in Deutschland durch aktive Fallfindungsmaßnahmen frühzeitig entdeckt werden (s. Situationsberichte des DZK und epidemiologische Berichte des RKI), sollte die Frage untersucht werden, ob ein gezieltes Screening in bestimmten Risikogruppen ein effizientes Mittel zur Verbesserung der Tuberkuloseprävention darstellen könnte.

Seit Mai 2002 wird am Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main ein Screening-Projekt für Drogenabhängige und

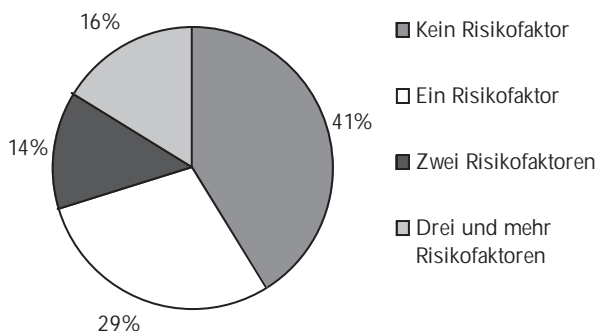


Abb. 1: Tuberkulose in Frankfurt/M. 2004: Verteilung ermittelter Risikofaktoren bei 107 Erkrankten

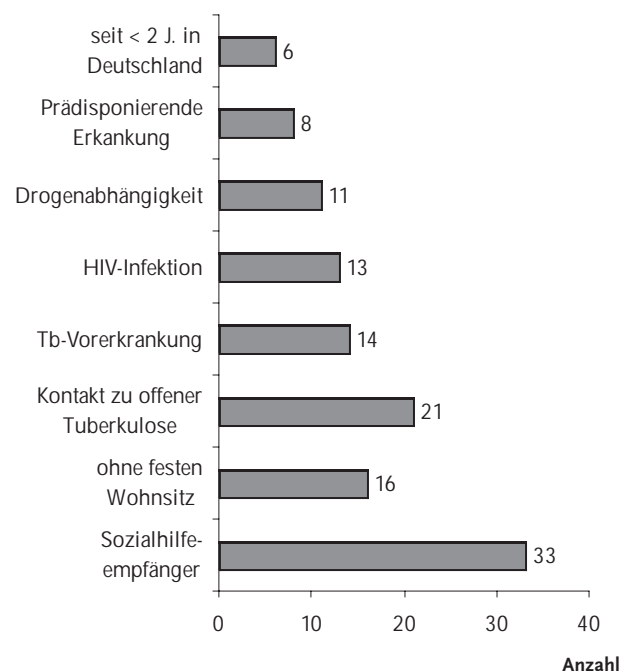


Abb. 2: Tuberkulose in Frankfurt/M. 2004: Häufigkeit ermittelter Merkmale, die als Risikofaktoren gelten, bei 63 von 107 Erkrankten (Mehrfachmeldungen möglich)

	Obdachlose	Drogenabhängige	Gesamt
Anzahl untersuchter Personen	1.252	641	1.893
Behandlungsbedürftige Lungentuberkulose	9	16	25
„offene“ Lungentuberkulose	5	9	14
Fallfindungsrate für Lungentuberkulose	718/ 100.000	2.496/ 100.000	1.320/ 100.000

Tab. 1: Tuberkulose in Frankfurt/M. 2004: Ergebnisse eines gezielten Screenings bei Obdachlosen und Drogenabhängigen

Ergibt sich ein pathologischer Befund, können weitere Maßnahmen ohne Zeitverlust in die Wege geleitet werden. Dadurch wird eine Verzögerung in der Diagnosestellung verhindert und im Falle einer Bestätigung der Tuberkulose durch Facharzt oder Klinik ein unverzüglicher Behandlungsbeginn ermöglicht.

In der Zeit von Mai 2002 bis Mai 2004 wurden 1.893 Obdachlose bzw. Drogenabhängige untersucht. Dabei wurde in 9 Fällen eine Pneumonie und in 25 Fällen eine behandlungsbedürftige Lungentuberkulose diagnostiziert. Unter den 25 Erkrankten mit einer Lungentuberkulose kamen 9 Personen aus dem Obdachlosenmilieu und 16 Personen aus der Drogenszene. 5 der 16 drogenabhängigen Tb-Patienten waren im Methadonprogramm. 5 der 9 Erkrankten unter den Obdachlosen und 9 der 16 Erkrankten unter den Drogenabhängigen hatten nachweislich eine ansteckungsfähige Tuberkulose. Die Fallfindungsraten in diesem Tuberkulosescreeing in den beiden Risikogruppen liegen mit 718/100.000 (Obdachlose) und 2.496/100.000 (Drogenabhängigen) um den Faktor 3 bzw. 10 höher als bei Umgebungsuntersuchungen unter Kontaktpersonen zu erwarten wäre (DZK-Studie).

Während in Frankfurt bei Tuberkulose-Umgebungsuntersuchungen bei Erwachsenen rund 450 Kontaktpersonen untersucht werden müssen, um einen Tuberkuloseerkrankten zu entdecken, waren bei dieser Screening-Untersuchung unter Obdachlosen jeweils 145 Untersuchungen und unter Drogenabhängigen nur 40 Untersuchungen erforderlich, um eine Tuberkuloseerkrankung zu diagnostizieren.

Die Methadonsubstituierten erscheinen über das Screening-Angebot besser erreichbar zu sein als nicht substituierte Drogenabhängige. Die Alters- und Geschlechterverteilung der untersuchten Personen entspricht sowohl unter den Drogenabhängigen als auch unter den Obdachlosen der angenommenen Verteilung in der Gesamtgruppe. Drogenabhängige sind bei einem Altersdurchschnitt von 37 Jahren um 10 Jahre jünger als Obdachlose. Es fand sich kein Unterschied in der Tuberkulosehäufigkeit zwischen Deutschen und Ausländern aus den beiden Risikogruppen.

Durch diese Untersuchungen wurde etwa jeder 10. Fall von behandlungsbedürftiger Tuberkulose in Frankfurt am

Main gefunden. Dadurch erhöhte sich der Anteil an aktiver Fallfindung auf 35 % aller Tuberkulosemeldungen.

Die Maßnahmen des Gesundheitsamtes stoßen bei den beteiligten Drogeneinrichtungen und Obdachlosenheimen auf große Zustimmung. Dies findet seinen Niederschlag auch in einer guten Kooperation bei der Überwachung der Behandlung von Tuberkulosekranken aus dieser Szene.

Entscheidend für das Gelingen war der persönliche Einsatz eines sozialmedizinischen Assistenten des Gesundheitsamtes. Eine grobe Hochrechnung ergibt eine zusätzliche Arbeitsbelastung von 30 % für diesen Mitarbeiter durch dieses Projekt. Im Vergleich zu dem benötigten Aufwand, durch Umgebungsuntersuchung einen Tuberkuloseerkrankten zu entdecken, erscheint diese Maßnahme bei der deutlich höheren Fallfindungsrate als sehr kosteneffizient, insbesondere wenn man die Arbeitseinsparung berücksichtigt, die sich durch eine verbesserte Compliance der Tuberkulosekranken aus diesen Risikogruppen und durch die einfachere Betreuung in Kooperation mit den Einrichtungen ergibt.

Aus der Sicht des Gesundheitsamtes Frankfurt/M. wird empfohlen, die Tuberkulose-Umgebungsuntersuchungen sehr gezielt durchzuführen. Die Untersuchung von Kontaktpersonen von erwachsenen Patienten dient in erster Linie dem Auffinden frischer Infektionen und der Prävention von Sekundärfällen (Umgebungsuntersuchungen bei Kindern führen häufig zur Auffindung des Indexfalles, in der Regel eines Erwachsenen). Die der aktiven Fallfindung dienenden Maßnahmen in den bekannten Risikogruppen sollten intensiviert und dabei je nach lokaler Situation Prioritäten festgelegt werden.

Hier wurden zur Demonstration des methodischen Vorgehens lediglich die Daten aus dem Jahr 2004 vorgestellt. An einer ausführlichen Analyse des Projektes auf der Basis der Daten über den Zeitraum von 2002–2004 wird gegenwärtig gearbeitet, die Ergebnisse werden im Herbst 2005 verfügbar sein.

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Herrn Dr. Dr. Oswald Bellinger und Herrn Dr. Udo Götsch, Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main, (Braubachstr. 18–22, 60311 Frankfurt/M., E-Mail: oswald.bellinger@stadt-frankfurt.de).

Hinweise auf Veranstaltungen

2. Hygiene Forum Bonn

Termin: 25. August 2005

Veranstaltungsort: Anatomisches Institut der Universität Bonn

Veranstalter: Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Hygiene-Fachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e.V. (VHD) Landesgruppe NRW

Themen: Nach der Grundorientierung soll im 2. Hygiene Forum die Prozessfähigkeit und die Ergebnisorientierung des Hygienemanagements thematisiert werden.

Teilnehmerkreis: Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, ärztliche Leitung, leitende Verwaltungskräfte, Ärzte des ÖGD

Hinweis: Teilnahmegebühr in Höhe von 40 €

Kontakt:

Annette Looock

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

Tel.: 02 28 . 2 87 91 01, Fax: 02 28 . 2 87 48 85

E-Mail: annette.loock@ukb.uni-bonn.de

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 8.6.2005 (20. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			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.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	72	1.185	1.191	2	34	36	4	80	90	98	1.602	1.294	3	38	43
Bayern	94	1.464	1.555	3	86	63	18	253	241	107	1.774	1.516	2	68	57
Berlin	39	445	445	0	18	12	1	70	49	45	820	665	3	36	26
Brandenburg	16	488	536	0	14	2	3	73	70	32	579	401	0	12	8
Bremen	12	69	79	0	1	0	1	7	7	10	197	125	0	0	3
Hamburg	19	201	273	0	7	9	0	9	10	16	611	512	0	10	11
Hessen	50	861	757	0	4	5	2	49	34	48	944	905	7	31	15
Mecklenburg-Vorpommern	12	243	421	1	2	4	9	107	95	32	452	410	0	1	7
Niedersachsen	87	1.201	1.306	2	36	24	3	60	52	102	1.439	1.188	0	11	11
Nordrhein-Westfalen	126	2.465	2.377	2	61	67	15	398	330	239	4.703	3.430	0	19	42
Rheinland-Pfalz	46	841	748	0	20	31	5	91	57	42	855	698	1	10	8
Saarland	5	164	149	0	2	0	0	11	8	3	261	215	0	1	1
Sachsen	54	912	941	0	18	8	9	263	222	61	1.259	1.044	0	43	11
Sachsen-Anhalt	26	598	699	1	13	1	9	237	203	28	472	427	0	11	7
Schleswig-Holstein	13	381	428	1	20	9	1	44	36	31	657	521	0	9	2
Thüringen	33	627	664	0	5	6	14	165	142	27	501	452	0	16	10
Deutschland	704	12.145	12.569	12	341	277	94	1.917	1.646	921	17.126	13.803	16	316	262

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	1	33	68	2	53	48	17	453	484
Bayern	2	59	116	1	55	58	27	688	747
Berlin	1	38	35	2	28	33	18	352	372
Brandenburg	3	12	9	0	1	7	1	36	37
Bremen	1	8	7	0	4	5	1	12	14
Hamburg	0	15	9	1	7	16	0	21	26
Hessen	0	47	29	0	33	36	8	180	223
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	6	0	8	9	1	32	37
Niedersachsen	2	40	27	2	40	54	10	287	340
Nordrhein-Westfalen	5	109	221	2	104	149	16	547	651
Rheinland-Pfalz	0	22	28	1	38	36	6	230	187
Saarland	0	3	3	0	5	10	2	17	11
Sachsen	1	14	12	0	8	16	5	95	99
Sachsen-Anhalt	1	7	11	0	28	15	4	92	66
Schleswig-Holstein	0	19	4	0	8	14	4	86	79
Thüringen	0	6	11	2	14	16	6	64	42
Deutschland	17	437	596	13	434	522	126	3.192	3.415

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

Stand v. 8.6.2005 (20. Woche 2005)

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.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
7	124	125	17	3.252	1.243	79	2.160	1.886	10	231	224	1	22	11	Baden-Württemberg
6	191	180	21	3.086	1.255	151	4.406	3.038	8	355	246	0	9	11	Bayern
1	52	65	81	3.018	921	15	1.990	1.212	2	133	117	0	14	15	Berlin
5	84	67	55	3.390	1.163	44	3.134	1.782	1	36	27	1	16	1	Brandenburg
0	13	15	1	369	303	11	204	83	3	27	10	0	5	6	Bremen
1	40	42	1	871	479	8	840	572	1	52	46	0	2	5	Hamburg
5	83	107	38	2.000	522	32	1.647	1.199	1	89	80	0	6	7	Hessen
2	53	62	46	2.617	1.140	91	2.816	1.709	1	95	79	5	44	15	Mecklenburg-Vorpommern
5	181	239	76	4.245	1.751	108	2.570	1.839	5	113	91	2	24	21	Niedersachsen
19	310	376	125	7.841	2.171	150	5.673	3.435	8	326	264	4	40	40	Nordrhein-Westfalen
3	129	120	40	2.647	1.595	65	1.741	1.477	7	62	71	1	6	13	Rheinland-Pfalz
3	37	33	7	632	91	11	389	161	0	14	18	0	1	2	Saarland
8	241	244	122	5.545	3.454	157	6.927	3.863	3	182	105	2	61	10	Sachsen
6	123	130	36	1.691	729	54	4.102	2.421	0	76	51	2	16	1	Sachsen-Anhalt
4	71	74	50	948	393	21	778	503	1	25	21	0	2	1	Schleswig-Holstein
6	155	162	63	2.595	1.159	75	2.665	2.375	1	45	14	0	8	2	Thüringen
81	1.887	2.041	779	44.747	18.369	1.072	42.042	27.555	52	1.861	1.464	18	276	161	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
0	32	23	0	11	9	2	269	299	Baden-Württemberg	
0	51	37	5	91	7	7	355	319	Bayern	
1	13	12	1	10	3	2	132	149	Berlin	
0	10	5	1	3	1	2	60	64	Brandenburg	
0	2	2	0	1	0	1	27	30	Bremen	
0	6	3	0	2	1	2	67	92	Hamburg	
1	19	22	1	249	7	6	221	213	Hessen	
1	8	12	0	1	0	0	52	59	Mecklenburg-Vorpommern	
2	37	22	6	23	6	4	191	181	Niedersachsen	
3	85	85	0	16	16	14	547	629	Nordrhein-Westfalen	
1	12	10	0	13	4	5	106	119	Rheinland-Pfalz	
0	5	4	0	0	0	0	34	38	Saarland	
0	17	15	0	7	0	0	85	86	Sachsen	
1	8	14	0	1	0	0	71	86	Sachsen-Anhalt	
0	7	7	0	3	4	2	45	70	Schleswig-Holstein	
1	20	14	0	0	1	3	60	51	Thüringen	
11	332	287	14	431	59	50	2.322	2.485	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. 8.6.2005 (20. Woche 2005)

Krankheit	20. Woche 2005	1.–20. Woche 2005	1.–20. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	0	48	598	652
Brucellose	0	10	7	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	19	33	80
Dengue-Fieber	2	35	53	121
FSME	4	13	12	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	26	11	54
Hantavirus-Erkrankung	8	120	36	242
Influenza	15	12.562	3.365	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	29	29	68
Legionellose	1	131	135	475
Leptospirose	0	9	14	58
Listeriose	2	129	116	295
Ornithose	0	5	5	15
Paratyphus	0	18	30	106
Q-Fieber	2	27	76	115
Trichinellose	0	0	4	5
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	39	22	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung

- ▶ **Diphtherie:** Niedersachsen, 4 Jahre, weiblich, Infektionsland Irak (1. Diphtherie-Fall 2005; siehe dazu auch *Epid. Bull.* 21/2005)
- ▶ **Lepra:** Hamburg, 32 Jahre, männlich, Infektionsland Kiribati –Pazifik – (19. Meldewoche 2005; 2. Lepra-Fall 2005)

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 BerlinTel.: 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