



Epidemiologisches Bulletin

4. November 2005 / Nr. 44

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit in den Jahren 2003 und 2004 Interpretation der Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ist eine tödlich verlaufende Erkrankung des Zentralnervensystems beim Menschen und gehört zur Gruppe der spongiformen Enzephalopathien. Die CJK tritt sporadisch, familiär-hereditär oder iatrogen bedingt auf.¹ Im Vordergrund steht die **sporadische CJK**, deren Ursache weitgehend ungeklärt ist.¹⁻³ 1996 wurden in Großbritannien erstmals Fälle einer bis zu diesem Zeitpunkt unbekannten **neuen Variante der CJK (vCJK)** beschrieben.^{2,4} Im Gegensatz zur sporadischen CJK, bei der das Durchschnittsalter der Patienten bei 65 Jahren liegt, tritt die vCJK bei jüngeren Patienten auf (Durchschnittsalter 29 Jahre).² Die vCJK weist im Vergleich zur sporadischen CJK ein spezifisches, neuartiges Bild der Gehirnveränderungen sowie einen anderen klinischen Krankheitsverlauf auf.^{3,5} Es wird angenommen, dass die vCJK mit der Aufnahme der Erreger der bovinen spongiformen Enzephalopathie (BSE) über die Nahrung im Zusammenhang steht.⁶ Weiterhin gibt es Hinweise, dass vCJK auch durch Bluttransfusion übertragbar ist. Bislang wurden weltweit die meisten vCJK-Fälle in **Großbritannien** beschrieben, nach aktuellen statistischen Angaben (30.09.2005) bisher 157 Erkrankte, von denen 151 bereits verstorben sind.⁵ In **Frankreich** wurden bislang 14 Erkrankte erfasst, von denen bisher 11 verstorben sind.⁷ Über vereinzelte vCJK-Fälle wurde auch aus anderen europäischen Ländern sowie aus Kanada, den USA und Japan⁸⁻⁹ berichtet. In Deutschland ist bisher noch kein Fall von vCJK bekannt geworden.

In Deutschland wurde 1994 die Meldepflicht für CJK eingeführt. Seither erfasst das Robert-Koch-Institut (RKI) systematisch in Deutschland auftretende Erkrankungsfälle an CJK. Die Erfassung erfolgte bis zum Jahr 2000 im Rahmen des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG) und seit 2001 gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). Zu den CJK-Meldedaten in Deutschland in den Jahren 1994–2002 wurde bereits berichtet.¹⁰⁻¹³ Hier folgt die Darstellung für die Jahre 2003 und 2004:

Zur Erfassung von Neuerkrankungen für die Jahre 2003 und 2004

Grundlage der Erfassung der CJK nach IfSG sind im Gesundheitsamt die vom RKI bereitgestellten Falldefinitionen. Die Falldefinitionen regeln die Übermittlungspflicht an das RKI und beinhalten klinische und labordiagnostische Kriterien sowie Fallausschlusskriterien.¹⁴ Von den regionalen Gesundheitsämtern wurden an das RKI über die zuständigen Landesbehörden 80 Fälle für das Meldejahr 2003 und 85 für 2004 als CJK-Erkrankungsfälle übermittelt (Stand 01.03.2005).

Hinweis: Im Jahr 2004 wurde die Falldefinition des RKI für CJK dahingehend geändert, dass auch neuropathologisch nachgewiesene Fälle, die die klinischen Kriterien für CJK nicht erfüllen, übermittlungspflichtig sind. Da eine entsprechende Anpassung bei einigen Übermittlungsprogrammen der Gesundheitsämter noch nicht vollzogen wurde, konnten solche Fälle 2004 nicht immer übermittelt werden. Das traf zumindest auf einen Fall aus Bayern zu, bei dem – bei nicht erfülltem klinischen Bild – im Rahmen der Obduktion histopathologisch eine CJK-Erkrankung diagnostiziert wurde. Obwohl dieser Fall der neuen Falldefinition genügt, ist er somit in der obigen Statistik nicht enthalten.

In die Auswertung einbezogen wurden 75 Fälle für 2003 und 78 Fälle für 2004; nicht einbezogen wurden 5 (2003) und 7 (2004) Fälle wegen unvollständiger Angaben. Mit 75 bzw. 78 Fällen lag die Anzahl an CJK-Erkrankungsfällen für die Berichtsjahre 2003 und 2004 deutlich über denen des Jahres 2002 (56 Fälle), erreichte aber nicht die Höchstwerte der Jahre 1997 (84 Fälle) und 2001 (81 Fälle). Ein Trend im Sinne einer Zu- oder Abnahme der Erkrankungszahlen ist nicht erkennbar. Der Anstieg bis 1997 ist vermutlich auf die Untererfassung in den ersten Jahren zurückzuführen, da zum damaligen Zeitpunkt das Erfassungsverfahren erst flächendeckend etabliert werden musste (s. Abbildung 1). Damit liegt die CJK-Inzidenz in Deutschland bei 0,09 Erkrankungsfällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2003 und bei 0,1 im Jahr 2004. Diese Inzidenz entspricht den weltweiten Erwartungswerten.

Diese Woche

44/2005

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit:
Situationsbericht für die Jahre
2003 und 2004

Ein Jubiläum:
Robert Koch erhielt vor
100 Jahren den Nobelpreis

**Gesundheit der Kinder und
Jugendlichen:**
KiGGS – Erhebung
allergischer/atopischer
Erkrankungen

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten:**

- Monatsstatistik
nichtnamentlicher Meldungen
des Nachweises
ausgewählter Infektionen
August 2005
(Stand: 1. November 2005)
- Aktuelle Statistik
41. Woche 2005
(Stand: 2. November 2005)

Influenza:
Zur aktuellen Situation

Aviäre Influenza:
Update

Salmonellose:
Streuung von Infektionen
durch S. Goldcoast nach
Mallorca-Aufenthalt



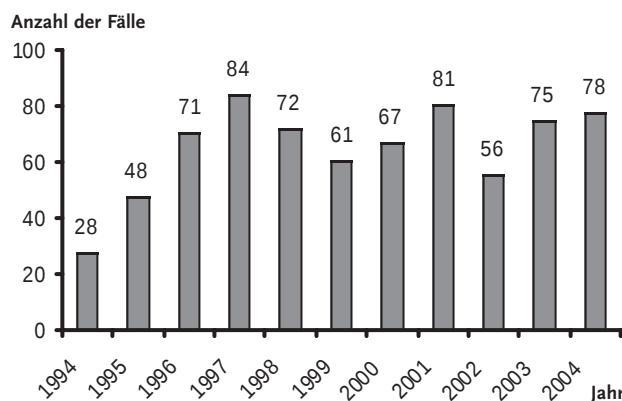


Abb. 1: CJK-Erkrankungen, die dem RKI auf dem Meldeweg übermittelt wurden; Deutschland 1994–2004

Zur geographischen Verteilung

In den **Bundesländern** liegt die CJK-Inzidenz zwischen 0 und 0,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner für 2003 sowie zwischen 0 und 0,3 für 2004. Die unterschiedlichen Werte spiegeln keine realen Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern wider, sondern sind Ausdruck der Schwankungen bei der insgesamt geringen Häufigkeit von CJK-Erkrankungen (s. Abbildung 2). Hinweise auf regionale Häufungen liegen nicht vor.

Zur Alters- und Geschlechtsverteilung

Der Hauptanteil der CJK-Fälle findet sich – wie in den Vorjahren – in der Altersgruppe der über 60-Jährigen (Anteil im Jahr 2003: 84%, 2004: 72%). Im Gegensatz zu den Jahren 2001 und 2002 fanden sich 2003 und 2004 keine CJK-Fälle in der Altersgruppe der unter „30-Jährigen“ (s. Abbildung 3). Dies ist von Bedeutung, da sporadische CJK-Erkrankungen überwiegend bei den über „60-Jährigen“ und Fälle von vCJK am ehesten bei den unter „30-Jährigen“ beobachtet werden.

CJK-Erkrankungen traten im Jahr 2003 bei Frauen (43 Fälle) häufiger als bei Männern (32 Fälle) auf, 2004 war das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen (Frauen: 40, Männer: 38 Fälle).

Art der Diagnosesicherung

Bei rund 2/3 der Fälle erfolgte die Diagnosesicherung „nur klinisch“, beim restlichen Drittel „klinisch-neuropathologisch“.

	2003		2004	
Kategorie der Sicherung d. Diagnose	Anzahl	%	Anzahl	%
Nur klinisch (A)	52	69 %	49	63 %
Klinisch-neuropathologisch bestätigte Erkrankung (C)	23	31 %	29	37 %
Diagnosesicherung, insgesamt	75	100 %	78	100 %

Tab. 1: Art der Diagnosesicherung der CJK-Fälle; Deutschland, 2003 und 2004

gisch“. Der Anteil „klinisch-neuropathologisch“ diagnostizierter Fälle stieg 2004 (37%) gegenüber 2003 (31%) geringfügig an (s. Tabelle 1).

Zu den übermittelten klinischen Befunden

Der klinischen Validierung der CJK-Diagnose dienen bestimmte Symptome und Kriterien. Einige ausgewählte Symptome und Kriterien wurden im Rahmen der Surveillance von CJK-Erkrankungen von den Gesundheitsämtern erhoben und dem RKI übermittelt. Die Häufigkeitsverteilung der „Symptome/Kriterien“ unterscheidet sich in den Untersuchungsjahren 2003 und 2004 nicht wesentlich. Am häufigsten genannt werden „Fortschreitende Demenz“, der „Nachweis von 14-3-3-Protein im Liquor“, „Myoklonie“ und „Sharp-wave-Komplexe im EEG“ (s. Tabelle 2).

Zum Anteil der in einer Klinik Behandelten

Die Schwere des Leidens und die hohe Hilfsbedürftigkeit bei CJK-Erkrankungen machen einen Klinikaufenthalt bei einem Großteil der Betroffenen erforderlich. Die Häufigkeitsverteilung der Fälle mit angegebenem Klinikaufenthalt unterscheidet sich in den beiden Jahren nicht wesentlich. Ein Klinikaufenthalt wurde bei 82,7% (62/75) im Jahr 2003 und bei 83,3% im Jahr 2004 (65/78) angegeben. Nur bei 17,3% (13/75) der Fälle des Jahres 2003 und bei 11,5% (9/78) des Jahres 2004 wurde ein Klinikaufenthalt explizit verneint. Bei 5,1% (4/78) der Fälle des Jahres 2004 wurden keine Angaben zum Klinikaufenthalt übermittelt.

Zu neuropathologischen Untersuchungsbefunden

Obduktion: Eine Obduktion wurde bei 31% (23/75) der CJK-Fälle im Jahr 2003 und bei 41% (32/78) im Jahr 2004 angegeben. Über das Sektionsergebnis wurde das

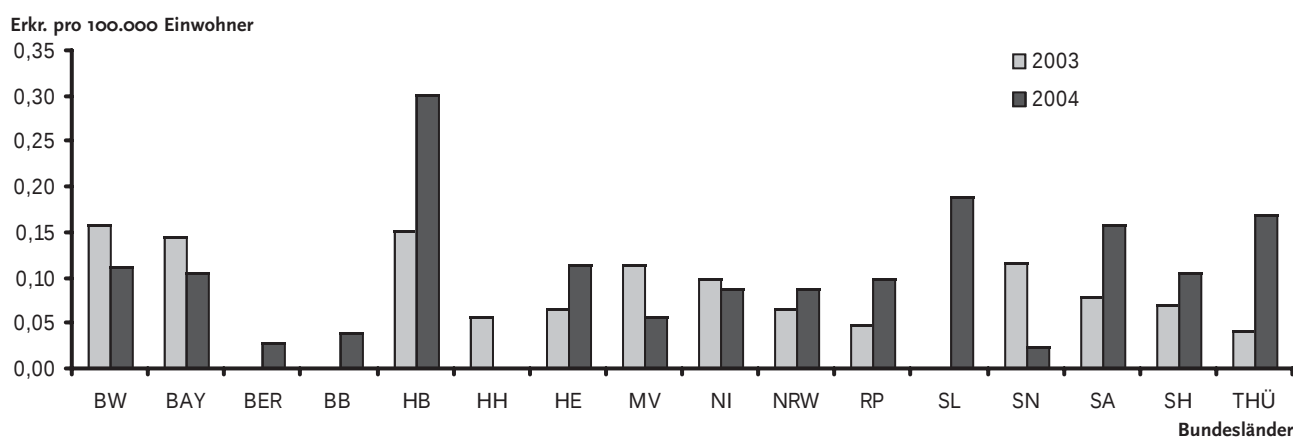


Abb. 2: Inzidenz der auf dem Meldeweg übermittelten Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungsfälle nach Bundesländern; Deutschland, 2003 und 2004, (n=153)

Erkr. pro 100.000 Einwohner

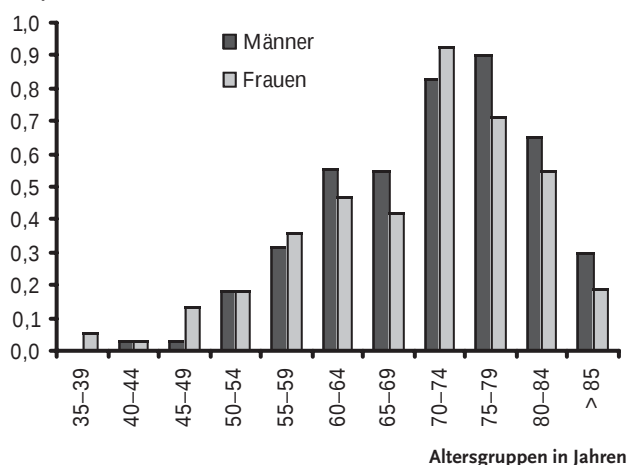


Abb. 3: Inzidenz der an das RKI übermittelten CJK-Fälle nach Alter und Geschlecht; Deutschland, 2003 und 2004 (n=153)

Gesundheitsamt nur in 70 % (16/23) im Jahr 2003 und in 56 % der Fälle (18/32) im Jahr 2004 unterrichtet.

Untersuchtes Material: In der Regel erfolgt die neuropathologische Bestätigung der CJK post mortem durch Untersuchung des Gehirns. Die Anzahl an Fällen, bei denen als Untersuchungsmaterial für die labordiagnostische Absicherung der CJK-Diagnose „Hirngewebe“ angegeben wurde, unterscheidet sich in den Jahren 2003 und 2004

Jahr	2003		2004	
Symptome/Kriterien	%	Anzahl d. Nenn.	%	Anzahl d. Nenn.
Demenz, fortschreitende	94,7%	71	100,0%	78
14-3-3-Protein im Liquor	80,0%	60	79,5%	62
Myoklonie	81,3%	61	71,8%	56
EEG: Sharp wave Komplexe	50,7%	38	65,4%	51
Symptome, visuelle o. zerebelläre	38,7%	29	48,7%	38
Symptome, pyramidale o. extrapyramidale	49,3%	37	47,4%	37
Ataxie	32,0%	24	39,7%	31
Mutismus, akinetischer	46,7%	35	39,7%	31
Fortschreitende neuro-psychiatrische Erkrankung	34,7%	26	19,2%	15
Depression	9,3%	7	17,9%	14
Verlauf > 6 Monate	9,3%	7	17,9%	14
Apathie	22,7%	17	16,7%	13
keine alternative Diagnose	0,0%	-	15,4%	12
Verlauf weniger als 2 Jahre	24,0%	18	14,1%	11
Zurückgezogenheit	9,3%	7	14,1%	11
Angstzustände	10,7%	8	10,3%	8
Dystonie	8,0%	6	10,3%	8
Kein Hinweis auf iatrogene CJK	0,0%	-	9,0%	7
Wahnvorstellungen	6,7%	5	7,7%	6
Chorea	4,0%	3	3,8%	3
Anhaltende schmerzhafte Empfindungsstörungen	5,3%	4	2,6%	2
EEG: keine sharp wave Komplexe	0,0%	-	2,6%	2
Signalanhebungen, beidseits	0,0%	-	1,3%	1

Tab. 2: Zu CJK-Fällen übermittelte Symptome/Kriterien; Deutschland, 2003 und 2004 (Mehrfachnennungen möglich)

Jahr	2003		2004	
Nachweismethoden	%	Anzahl d. Nenn.	%	Anzahl d. Nenn.
Nachweis des pathogenen Prionproteins	65,2%	15	44,8%	13
Nachweis durch Histologie/Immunhistopathologie	52,2%	12	48,3%	14
Nachweis spongiformer Veränderungen	4,3%	1	17,2%	5
Nachweis ausgeprägter PrP-Ablagerungen mit floriden Plaques	0,0%	0	13,8%	4
Nachweis Scrapie-assoziiierter Fibrillen	0,0%	0	3,4%	1

Tab. 3: Übermittelte Nachweismethoden bei Fällen mit angegebener neuropathologischer Sicherung der CJK-Diagnose; Deutschland, 2003 und 2004 (Mehrfachnennung möglich; Fälle mit angegebener neuropathologischer Sicherung 2003: 23, 2004: 29)

nicht wesentlich. Im Jahr 2003 wurde bei 27 % (20/75) und im Jahr 2004 bei 29,5 % der Fälle (23/78) eine Untersuchung von „Hirngewebe“ angegeben.

Nachweismethoden: Der Validierung der postmortalen CJK-Diagnose dienen eine Reihe etablierter immunhistopathologischer Nachweisverfahren. Angaben hierzu werden im Rahmen der Surveillance von CJK-Erkrankungen von den Gesundheitsämtern erhoben und dem Robert Koch-Institut übermittelt. Bei Fällen mit angegebener neuropathologischer Sicherung der Diagnose (2003: 23 Fälle, 2004: 29 Fälle) wurde bei etwa der Hälfte der Fälle der „Nachweis von pathologischem Prionprotein“ bzw. Nachweis durch die „Histo-/Immunhistopathologie“ dem Robert Koch-Institut als häufigstes Nachweisverfahren im Jahr 2003 und 2004 übermittelt. Mit deutlichem Häufigkeitsabstand folgen der „Nachweis von spongiformen Veränderungen“, von „ausgeprägten PrP-Ablagerungen mit floriden Plaques“ und von „Scrapie-assoziierten Fibrillen“ (s. Tabelle 3).

Angaben zum tödlichen Ausgang der Erkrankung

Die Prognose der CJK gilt als infaust. Bis zum Stichtag (01.03.2005) waren laut übermittelten Angaben 61 % der Fälle (46/75) des Jahres 2003 sowie 69 % von 2004 (54/78) bereits verstorben. Wie valide diese Angaben zur Beurteilung der Sterblichkeit an CJK sind, müssen weitere Untersuchungen zeigen. Gegenwärtig dürfte sicher davon auszugehen sein, dass die Daten der Meldejahrgänge 2003 und 2004 noch unvollständig sind. Eine Ursache hierfür ist, dass dem Gesundheitsamt vom diagnostizierenden/behandelnden Arzt bedauerlicherweise oftmals nur die Erkrankung, nicht jedoch – bzw. oft stark verzögert – der tödliche Ausgang der Erkrankung mitgeteilt wird. Zum anderen werden vom Gesundheitsamt nach Abschluss des Meldejahres Aktualisierungen der dem Robert Koch-Institut bereits übermittelten Informationen in der Regel nur noch selten vorgenommen. In der Tabelle 4 ist die schleppende Entwicklung der Vervollständigung der Sterbezahlen in Jahresintervallen (Stichtag) zusammengestellt.

Stichtag	01.03.2002	01.03.2003	01.03.2004	01.03.2005
Meldejahr	Prozentanteil der als verstorben gemeldeten Patienten			
2001	76,3% (61/80)	88,8% (71/80)	88,8% (71/80)	90,0% (72/80)
2002		64,8% (35/54)	76,4% (42/55)	76,8% (43/56)
2003			55,4% (41/74)	61,3% (46/75)
2004				69,2% (54/78)

Tab. 4: Entwicklung der Anteile der an CJK Erkrankten, bei denen der Eintritt des Todes übermittelt wurde nach Meldejahren; Deutschland 2001–2004 (Fallzahlen in Klammern)

Zusammenfassende Wertung

Wie in den Vorjahren wurde auch im Jahr 2003 und 2004 in Deutschland kein Fall von vCJK an das Robert Koch-Institut übermittelt. In Deutschland sind die Meldezahlen an Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen an das RKI im Jahr 2003 und 2004 im Vergleich zum Vorjahr 2002 angestiegen (56 Fälle 2002, 75 Fälle 2003, 78 Fälle 2004), erreichten aber nicht die Höchstwerte der Jahre 1997 (84 Fälle) und 2001 (81 Fälle) und liegen somit in einem zu erwartenden Schwankungsbereich. Um die Surveillance in dem verpflichtenden Meldesystem nach IfSG weiterhin zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass alle Fälle, die der Falldefinition unterliegen, ausnahmslos dem Robert Koch-Institut gemeldet werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass das Auftreten neuer Varianten der CJK, zum Beispiel vCJK, erkannt und an die entsprechenden Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Veranlassung von Maßnahmen zum Bevölkerungsschutz übermittelt wird.

Bericht der Fachgebiete 32 und 34 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, maßgeblich erarbeitet von Herrn Dr. med. habil. Wolf-Heiger Mehnert, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: MehnertW@rki.de). Dank gilt allen Mitarbeitern in Gesundheitsämtern, Kliniken und Instituten sowie der *CJD-Surveillance-Unit München/Göttingen*, die durch Daten und Befunde zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben.

- Poser S, Zerr I, Schulz-Schaeffer et al.: Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit. Eine Sphinx der heutigen Neurobiologie. DMW 1997; 122: 1099–1105
- WHO: VARIANT CREUTZFELDT-JAKOB DISEASE (vCJD), FactSheet Nr. 180, Revised November 2002: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs180/en/index.html>
- CDC: Surveillance for Creutzfeldt-Jakob-Disease – United States. MMWR 1996; 45 (31): 665–668
- Dormont D: New Variant of Creutzfeldt-Jakob disease. Eurosurveillance 2000; 5: 95–97
- Department of Health (UK): http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4120445&chk=3Nhw7r
- RKI: Die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) – eine Tierseuche mit erheblicher Bedeutung für den Menschen. Epid Bull 2001; 4: 23–27
- INVS (Paris): <http://www.invs.sante.fr/actualite/index.htm>
- Molesworth A, Horby P, Ward H: Variant Creutzfeldt-Jakob disease in a Canadian resident. Eurosurveillance Weekly 2002; 6: 15.08.2002. <http://www.eurosurveillance.org/>
- First case of vCJD reported in a Japanese patient. Eurosurveillance Weekly 2005; 10 (6): 10.02.2005. <http://www.eurosurveillance.org/>
- RKI: Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen in Deutschland 1994–2000, Ergebnisse der Surveillance mit zwei Erfassungssystemen, Epid Bull 2001; 8: 55–57
- RKI: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit in Deutschland im Jahr 2001, Interpretation der Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz, Epid Bull 2002; 41: 343–345
- Mollenhauer B, Zerr I, Ruge D, Krause G, Mehnert WH, Kretzschmar HA, Poser S: Epidemiologie und klinische Symptomatik der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 311–317
- RKI: Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit in Deutschland im Jahr 2002, Interpretation der Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz, Epid Bull 2003; 45: 366–368
- RKI: <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > IfSG > Falldefinitionen

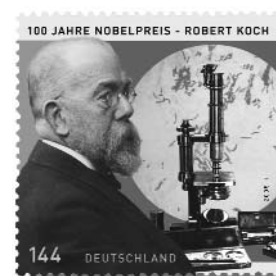
Vor 100 Jahren erhielt Robert Koch den Nobelpreis

Am Ende des Jahres 1905 wurde Robert Koch für die von ihm im Jahr 1882 publizierte Entdeckung des Erregers der Tuberkulose der Nobelpreis verliehen. Die Entdeckung des „Tuberkel-Bacillus“ – nur eine von vielen bedeutenden Leistungen dieses Forschers – hatte Robert Kochs internationalen wissenschaftlichen Ruhm begründet. Den Mitarbeitern des heutigen Robert Koch-Instituts, des Instituts, das im Jahr 1891 als „Königlich Preussisches Institut für Infektionskrankheiten“ für ihn gegründet worden war und von ihm geleitet wurde, war es Ehre und Verpflichtung, das Jubiläum dieses Ereignisses gebührend zu würdigen.

So fand anlässlich des Jubiläums der Nobelpreisverleihung vom 28. bis 29. Oktober 2005 in Berlin im neu eröffneten Langenbeck-Virchow-Haus ein Symposium „Challenges Posed by Infectious Diseases“ statt, das im Zusammenwirken des Robert Koch-Instituts mit der Charité, der Berliner Medizinischen Gesellschaft, dem Max-Planck-Institut für Immunbiologie und dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose organisiert wurde. International renommierte

Wissenschaftler spannten einen Bogen von den Entdeckungen am Ende des 19. Jahrhunderts, die die Bakteriologie und die Infektionslehre fundiert und profiliert hatten, zur gegenwärtigen Situation zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Am Beispiel der Pocken, des SARS, der Influenza, des AIDS, der Tuberkulose und der Antibiotika-Resistenz wurden alte und neue Probleme eindrucksvoll verdeutlicht, Lösungswege und Aufgaben umrissen.

Desweiteren erschien im Zusammenhang mit dem Jubiläum ein Sonderpostwertzeichen (1,44 Euro), das am 3. November im Rahmen einer Festveranstaltung im Robert Koch-Institut vom Bundesfinanzminister erstmals offiziell präsentiert wurde und anschließend in den freien Verkauf gelangt.



Quelle: BMF/Schmidt

Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Zur Erhebung allergischer/atopischer Erkrankungen



Im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS werden seit Mai 2003 und noch bis Mai 2006 etwa 17.000 Probanden unter 18 Jahren untersucht. Die Datenerhebung umfasst Befragungen und Untersuchungen zu einem breiten Spektrum von Themen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit.

Für atopische Erkrankungen werden verschiedene Informationsquellen genutzt, um möglichst genau Aufschluss darüber zu erhalten, ob das untersuchte Kind betroffen ist oder nicht. Im **Elternfragebogen (A)** geben die Eltern an, ob das Kind jemals Heuschnupfen oder Neurodermitis hatte. Im standardisierten ärztlichen **Interview** wird gefragt, ob jemals ein Arzt Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma festgestellt hat (**B**), wann dies zum ersten Mal der Fall war und ob die Krankheit noch besteht. Ferner wird gefragt, ob jemals ein **Allergietest** durchgeführt wurde (**C**), welcher Art dieser Test war und ob bzw. gegenüber welcher Art von Allergenen eine Sensibilisierung nachgewiesen wurde. Weiterhin wird aus der gewonnenen **Blutprobe (D)** eine quantitative Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper gegen die 20 häufigsten Inhalations- und Nahrungsmittelallergene vorgenommen, um eine Sensibilisierung zu objektivieren. Schließlich findet eine **Untersuchung der Haut (E)** auf Zeichen einer Neurodermitis statt.

Wie zu erwarten, sind die Informationen aus den genannten Datenquellen nicht vollständig deckungsgleich (siehe Abbildung 1). Dies zeigt die Auswertung von Daten des KiGGS-Pretest, der von März 2001 bis März 2002 als Machbarkeitsstudie an 1.630 Probanden in 4 Orten durchgeführt wurde. Legt man für Heuschnupfen und Neurodermitis verschiedene Informationsquellen und Operationalisierungen (d.h. innerhalb einer Studie gültige Definitionen) zugrunde, so zeigt sich die in der Abbildung dargestellte Lebenszeitprävalenz. Obwohl die Daten keinesfalls repräsentativ sind, liegen die Häufigkeitsniveaus im erwarteten Bereich, und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Operationalisierungen sind plausibel: Krankheiten werden im Elternfragebogen häufiger angegeben, als sie laut Eltern von einem Arzt tatsächlich festgestellt wurden, und noch weniger häufig wurde z.B. ein Heuschnupfen durch einen Allergietest bestätigt – auch weil dieser nicht immer durchgeführt wird. „Jemals Neurodermitis“ wird häufiger angegeben, als typische Hautbefunde bei der Untersuchung festgestellt werden können.

Lebenszeitprävalenz

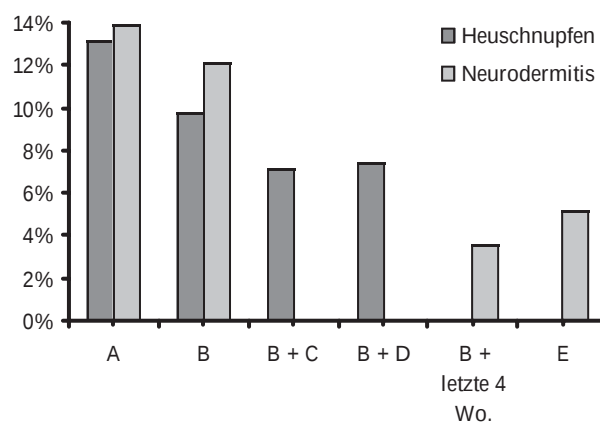


Abb. 1: Heuschnupfen und Neurodermitis: Lebenszeitprävalenz nach verschiedenen Informationsquellen der nicht-repräsentativen KiGGS-Pretestdaten (A=Elternfragebogen, B=berichtete Arzt diagnose, C=berichtete Sensibilisierung, D=gemessene Sensibilisierung [IgE], E=Hautbefund)

Diese Ergebnisse dürfen zwar nicht auf die Bevölkerung übertragen werden. Sie liefern jedoch Hinweise auf die Potenziale der KiGGS-Daten und verdeutlichen die differenzierten Möglichkeiten bei der Operationalisierung allergischer Erkrankungen. Es ist vorgesehen, für allgemeine Prävalenzschätzungen die berichteten Arzt diagnosen (B) zu Grunde zu legen, weil diese die beste Balance zwischen subjektiven und objektiven Kriterien sowie Vollständigkeit versprechen. Für bestimmte Auswertungszwecke dagegen können gegebenenfalls andere Operationalisierungen sinnvoll sein.

Mitteilung aus der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Ansprechpartner** ist Herr PD Dr. M. Schlaud (E-Mail: SchlaudM@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diagnosemonat: August 2005 (Stand v. 1.11.2005)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gem. § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

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

	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.		Aug.	Jan.–Aug.	
Land	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	22	147	172	22	178	161	5	65	79	3	16	19	0	1	1
Bayern	20	223	304	29	232	206	7	89	71	0	10	16	0	0	0
Berlin	39	382	464	32	233	220	2	25	58	1	3	1	0	1	1
Brandenburg	9	39	45	3	23	23	3	11	6	0	1	2	0	0	0
Bremen	2	24	22	3	27	19	4	10	6	0	1	1	0	0	0
Hamburg	15	100	129	24	130	97	13	44	33	0	0	0	1	1	0
Hessen	29	206	237	16	125	102	13	35	29	0	3	2	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	4	27	24	1	14	16	1	3	3	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	22	124	125	10	73	56	4	18	31	0	3	6	0	1	1
Nordrhein-Westfalen	61	492	460	35	338	275	4	68	105	3	23	19	0	3	4
Rheinland-Pfalz	9	69	71	3	40	56	3	12	22	1	5	3	0	0	1
Saarland	7	24	19	3	15	8	0	4	7	0	1	0	0	0	1
Sachsen	16	133	102	7	52	25	2	11	7	0	3	1	0	0	1
Sachsen-Anhalt	7	38	35	2	23	18	0	2	7	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	2	47	41	3	37	19	1	9	9	1	2	1	0	0	0
Thüringen	2	22	18	1	18	8	0	2	6	0	0	0	0	1	1
Deutschland	266	2.097	2.268	194	1.558	1.309	62	408	479	9	71	72	1	9	12

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 2.11.2005 (41. Woche 2005)

	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Land	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	149	4.908	5.125	2	98	84	4	235	220	117	4.893	4.036	4	111	127
Bayern	284	6.788	7.070	3	213	160	29	789	642	123	5.701	4.994	5	160	136
Berlin	62	1.498	1.671	1	30	18	4	141	134	71	2.544	2.124	15	100	94
Brandenburg	38	1.540	2.044	0	38	14	3	191	183	52	1.946	1.663	2	22	22
Bremen	15	229	252	2	6	4	0	28	19	13	464	357	0	2	4
Hamburg	23	689	985	1	25	22	0	23	23	43	1.599	1.418	1	40	34
Hessen	101	2.639	3.097	0	19	12	5	106	74	61	2.895	2.553	3	76	48
Mecklenburg-Vorpommern	28	901	1.226	1	13	9	7	240	236	44	1.679	1.610	0	13	10
Niedersachsen	92	3.576	4.027	1	101	73	9	179	162	93	4.232	3.531	0	34	36
Nordrhein-Westfalen	242	7.576	7.329	3	200	162	27	873	771	287	13.093	10.290	2	75	96
Rheinland-Pfalz	90	2.714	3.155	1	66	75	5	230	197	78	2.442	2.165	2	68	44
Saarland	22	540	612	0	10	4	1	30	14	37	836	722	0	2	6
Sachsen	78	3.052	3.408	0	38	31	19	603	585	90	4.197	3.528	2	85	84
Sachsen-Anhalt	61	1.721	2.081	1	28	15	19	481	445	61	1.505	1.370	3	31	23
Schleswig-Holstein	30	1.119	1.394	1	44	34	0	92	106	38	1.854	1.670	0	16	5
Thüringen	85	1.798	2.037	1	15	14	5	362	366	48	1.415	1.382	4	80	37
Deutschland	1.400	41.288	45.513	18	944	731	137	4.603	4.177	1.256	51.295	43.413	43	915	806

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Land	2005			2004			2005		
Baden-Württemberg	5	75	166	3	101	99	13	864	945
Bayern	3	153	238	2	118	129	34	1.389	1.523
Berlin	0	76	105	0	73	61	18	771	765
Brandenburg	0	26	25	0	10	15	0	80	79
Bremen	1	13	15	0	9	14	1	28	25
Hamburg	0	28	37	0	22	20	1	38	66
Hessen	4	94	128	1	72	87	13	384	442
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	16	0	16	15	0	62	74
Niedersachsen	5	93	123	3	97	101	15	562	633
Nordrhein-Westfalen	11	221	456	2	217	264	20	1.056	1.386
Rheinland-Pfalz	2	54	82	0	81	91	8	457	444
Saarland	0	5	9	1	16	20	4	48	21
Sachsen	1	22	41	0	26	32	3	217	234
Sachsen-Anhalt	0	19	41	0	56	32	3	165	136
Schleswig-Holstein	2	29	25	1	20	26	5	189	179
Thüringen	0	16	27	0	27	22	3	146	116
Deutschland	34	930	1.534	13	961	1.028	141	6.456	7.068

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. 2.11.2005 (41. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	Land
7	269	302	14	4.011	1.812	11	2.853	2.419	6	510	546	10	111	63	Baden-Württemberg
11	444	467	11	3.707	1.720	21	5.685	3.825	10	651	577	3	50	37	Bayern
6	141	185	10	3.590	1.350	4	2.158	1.393	3	262	255	0	46	44	Berlin
4	183	178	25	3.869	2.135	6	3.436	2.122	0	66	68	0	40	16	Brandenburg
1	27	43	1	470	368	2	234	131	1	40	24	1	21	14	Bremen
3	100	97	0	1.287	528	7	933	627	1	94	92	0	12	10	Hamburg
3	197	253	5	2.278	786	3	1.905	1.580	3	187	181	1	51	19	Hessen
2	135	146	11	3.236	2.301	10	3.302	2.205	6	158	228	5	107	53	Mecklenburg-Vorpommern
10	435	524	12	4.815	2.698	8	3.155	2.223	7	193	190	15	123	67	Niedersachsen
10	708	860	18	8.594	3.183	23	6.865	4.207	13	687	664	8	204	177	Nordrhein-Westfalen
7	272	295	3	3.304	2.128	2	2.190	1.854	2	145	143	0	26	39	Rheinland-Pfalz
2	91	78	9	772	222	3	484	246	0	27	36	0	2	4	Saarland
14	538	544	46	7.069	6.052	15	8.426	4.774	7	313	288	2	144	61	Sachsen
6	276	300	40	2.277	1.173	11	4.373	2.748	2	127	113	1	45	18	Sachsen-Anhalt
3	165	163	2	1.243	692	3	923	615	3	54	40	0	10	5	Schleswig-Holstein
14	431	375	61	3.346	2.711	19	3.284	2.756	0	70	47	1	28	10	Thüringen
103	4.412	4.810	268	53.868	29.859	148	50.206	33.725	64	3.584	3.492	47	1.020	637	Deutschland

Weitere Krankheiten									
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose			
41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	
2005			2004			2005			Land
0	45	50	1	19	14	6	556	625	Baden-Württemberg
2	72	64	2	318	12	12	782	747	Bayern
1	20	16	0	35	10	2	263	297	Berlin
1	21	10	0	7	1	0	103	123	Brandenburg
0	6	4	0	1	0	2	50	56	Bremen
0	9	9	0	7	1	6	153	165	Hamburg
0	28	31	0	255	14	8	472	454	Hessen
0	10	16	0	1	0	1	91	100	Mecklenburg-Vorpommern
2	56	37	0	33	9	10	367	350	Niedersachsen
2	129	141	0	26	25	17	1.159	1.376	Nordrhein-Westfalen
1	18	22	0	20	5	1	204	236	Rheinland-Pfalz
0	9	6	0	0	1	2	67	76	Saarland
2	24	21	1	14	1	3	139	202	Sachsen
1	13	21	0	2	2	8	132	157	Sachsen-Anhalt
0	14	11	0	6	4	1	96	134	Schleswig-Holstein
0	24	21	0	1	1	4	106	104	Thüringen
12	498	480	4	745	100	83	4.740	5.202	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. 2.11.2005 (41. Woche 2005)

Krankheit	41. Woche 2005	1.–41. Woche 2005	1.–41. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	108	629	652
Brucellose	2	23	24	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	58	62	78
Dengue-Fieber	2	111	96	121
FSME	10	365	239	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	67	38	54
Hantavirus-Erkrankung	5	399	179	242
Influenza	0	12.659	3.394	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	54	48	68
Legionellose	9	404	355	475
Leptospirose	1	40	37	58
Listeriose	10	348	242	296
Ornithose	0	31	13	15
Paratyphus	0	43	92	106
Q-Fieber	1	374	102	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	1	2	2	3
Typhus abdominalis	2	58	70	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung**Botulismus:**

1. Baden-Württemberg, 51 Jahre, weiblich (lebensmittelbedingt, 8. Botulismus-Fall 2005)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza**

Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) befand sich in der 43. KW auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Bisher wurden im NRZ noch keine Influenzaviren angezüchtet oder mittels PCR nachgewiesen.

Zur Situation bei der aviären Influenza (H₅N₁) – Update

Die WHO veröffentlichte in der vergangenen Woche auf Ihrer Homepage eine WHO-Guideline für Maßnahmen bei erstmaligem Auftreten von aviärer Influenza in einem Land sowie eine kurze tabellarische Zusammenfassung der Entwicklung der aviären Influenza (H₅N₁) in einer Zeitlinie. – **Europa:** Innerhalb **Russlands** wurden Ausbrüche von Vogelgrippe in der Zentralregion (Tula, Tambov), im Südrural (Chelyabinsk, Kurgan) sowie in Sibiren (Omsk, Altai) bestätigt. In einer Reihe von weiteren Gebieten laufen Untersuchungen. In **Rumänien** (Falcu) wurde eine isolierte Infektion bei einem Reiher bestätigt, ferner wurden eine Wildente (Vadul Oii) und einem Schwan (Donaudelta) H₅-positiv getestet. **Türkei:** Ausbruch im Ort Kiziksa in einer Truthahnfarm mit umfangreichen regionalen Gegenmaßnahmen.

Quellen: www.who.int; www.oie.int; Influenza-Wochenbericht für die 43. 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.

Gastroenteritiden durch Salmonella Goldcoast

In mehreren europäischen Ländern – Großbritannien, Irland, Schweden, Norwegen und Dänemark – sind bis zum 27.10. 32 Infektionen durch S. Goldcoast mit der gemeinsamen Quelle eines Aufenthalts auf der Insel **Mallorca** (Spanien) im September und Oktober erfasst worden. Weitere Erkrankungsfälle sind vorerst nicht auszuschließen. Die Gesundheitsbehörden Spaniens und der betroffenen Länder untersuchen den Ausbruch gemeinsam, auch in Deutschland laufen – koordiniert durch das RKI – Untersuchungen und Ermittlungen zur Abklärung eventueller Erkrankungsfälle mit gleicher Quelle.

Quelle: Eurosurveillance Weekly Release (27.10.2005).

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 A 14273