



Epidemiologisches Bulletin

6. April 2009 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Weltgesundheitstag 2009

Maßnahmen des Gesundheitswesens im Katastrophenfall

Die Weltgesundheitsorganisation lenkt anlässlich ihrer Gründung, am 7. April 1948, in jedem Jahr die Aufmerksamkeit auf ein Thema mit gesundheitspolitischer Relevanz. Wurden in der Vergangenheit Themen ausgewählt, die in erster Linie Entwicklungsländer betrafen, so sind in den letzten Jahren zunehmend Themen mit weltweiter Bedeutung berücksichtigt worden.

Dem Weltgesundheitstag 2009 widmet die Weltgesundheitsorganisation den notwendigen Maßnahmen des Gesundheitswesens im Katastrophenfall und damit wie im Vorjahr einem Thema von globaler Relevanz. Zur zentralen Veranstaltung am 7. April 2009 in Berlin ist die Fachöffentlichkeit herzlich eingeladen.

Im Katastrophenfall nimmt die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einen vorrangigen Platz ein. Auch während einer Katastrophe muss eine medizinische Grundversorgung der Menschen durch Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, ärztliche Praxen, Rettungs- und Hilfsdienste sowie durch leistungsstarke öffentliche Gesundheitsdienste garantiert sein.

Wie zahlreiche andere Länder auch konnte Deutschland Erfahrungen mit Pandemieplanungen durch die potenzielle Bedrohung einer Verbreitung der Erkrankung SARS (schweres akutes respiratorisches Syndrom) in den Jahren 2002 und 2003 oder durch Krankheitsausbrüche bei Geflügel, verursacht durch hochpathogene aviäre Influenza-Viren, mit den bekannten Gefahren für den Menschen gewinnen.

Im 20. Jahrhundert verursachten Influenza-Pandemien Erkrankungen und Todesfälle in Millionenhöhe, die neben gesundheitlichen Auswirkungen sowohl soziale als auch ökonomische Folgen nach sich zogen. Experten sind sich einig, dass eine neue Influenza-Pandemie auftreten wird, wenn auch eine zeitliche Vorhersage schwierig erscheint.

Die Weltgesundheitsorganisation hat dazu aufgerufen sich bestmöglich auf einen solchen Fall vorzubereiten und Vorgaben für die Erstellung eines Nationalen Pandemieplans erarbeitet. Deutschland ist dieser Forderung nachgekommen. Im Januar 2005 wurde die gemeinsame Publikation des Nationalen Pandemieplans durch den Bund und die Länder veröffentlicht und im Jahr 2007 erfolgte dessen Aktualisierung. Der nationale Pandemieplan gibt einen Rahmen vor, der die Grundlage für die Pandemiepläne der Länder und die Ausführungspläne der Kommunen bildet. So fasst der nationale Rahmenplan die grundlegenden Strukturen und Entscheidungen zu Maßnahmen in den verschiedenen Pandemiephasen zusammen. Basierend auf der Arbeit der Expertengruppe „Influenza-Pandemieplanung“ am Robert Koch-Institut (RKI), gibt er auf dem jeweils aktuellen Stand der Forschung einen Überblick über die fachlichen Grundlagen und mögliche Konzepte zur Prävention und Folgenminderung einer Influenzapandemie.

Diese Woche

14/2009

Weltgesundheitstag 2009

Maßnahmen des Gesundheitswesens im Katastrophenfall

Varizellen

Zum Auftreten von Erkrankungen an Bord von Schiffen

Hinweise auf Veranstaltungen

- ▶ International Summer School: Infectious Disease Epidemiology (IDE)
- ▶ 3. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin

Public Health

Das ärztliche Interview im Rahmen von DEGS

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Januar 2009 (Datenstand: 1. April 2009)
- ▶ Aktuelle Statistik 11. Woche 2009 (Datenstand: 1. April 2009)

ARE/Influenza, aviäre Influenza

Zur Situation in der 13. Woche 2009



Aufgrund der zentralen Lage Deutschlands in Europa sind Abstimmungen von Planungen mit anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union essenziell. Die externe Evaluation des Planungs- und Vorbereitungsstandes durch das Europäische Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) und gemeinsame Konferenzen, vorbereitet durch das ECDC und die Weltgesundheitsorganisation, haben sich als wichtige Abstimmungsinstrumente erwiesen.

Es darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Maßnahmen notwendig sind, die den Aufbau nachhaltiger Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern unterstützen. Es ist wichtig, dass zum einen diesen Ländern in Katastrophenfällen Hilfe angeboten wird, sie andererseits aber auch selbst vorbereitet und damit in der Lage sind Katastrophen zu erkennen und anhand von Pandemieplänen Maßnahmen einzuleiten.

Windpocken an Bord – Muss der Hafenzentrale Dienst hier tätig werden?

Meldepflichten internationaler Seeschiffe

Treten an Bord von Seeschiffen Krankheitsfälle auf, die auf eine Infektionskrankheit oder Anzeichen für Gesundheitsrisiken an Bord hinweisen, muss der Kapitän dies nach Artikel 28 Absatz 4 der Internationalen Gesundheitsvorschriften 2005 (IGV 2005)¹ bei den Gesundheitsbehörden des Zielhafens anzeigen. Neben dieser allgemeinen Meldepflicht geben Schiffe im internationalen Seeverkehr bei jedem Anlaufen eines Deutschen Seehafens eine Seegesundheitserklärung ab. Diese schriftliche Erklärung muss dem Format des Annex 8 der IGV 2005 folgen. In Deutschland wird das Meldeverfahren nach den IGV 2005 durch die noch in Kraft befindliche Durchführungsverordnung zu den IGV 1969 geregelt,² eine neue Rechtsverordnung zu den IGV 2005 wird zur Zeit durch das Bundesministerium für Gesundheit vorbereitet.

Darüber hinaus unterliegt der Kapitän in deutschen Häfen den Meldeverpflichtungen des § 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)³ und gegebenenfalls landesrechtlichen Vorschriften⁴. Diese spielen aber in der täglichen Praxis kaum eine Rolle. Zum einen sind die nationalen Vorschriften den Kapitänen meist gar nicht bekannt und sprachlich nicht zugänglich, zum anderen haben sie nicht die medizinischen Kenntnisse, um eine meldepflichtige Erkrankung zu erkennen.

In Hamburg wird die Seegesundheitserklärung durch die Wasserschutzpolizei im Rahmen der grenzpolizeilichen Abfertigung entgegengenommen. Werden Krankheiten oder Todesfälle an Bord verneint, erhalten die Schiffe *Free Pratique* nach Artikel 28 IGV 2005, d. h. dem Einlaufen des Schiffes in den Hafen steht im Hinblick auf den Schutz der öffentlichen Gesundheit nichts entgegen. Wird eine der Fragen bejaht, wird umgehend der diensthabende Hafenzentraler durch die Wasserschutzpolizei informiert, der zunächst telefonisch und wenn nötig an Bord, eine Lageeinschätzung vornimmt und Maßnahmen veranlasst.

Für die Bewältigung von Katastrophen, wie zum Beispiel einem Pandemiefall, einem bioterroristischen Angriff, einer Naturkatastrophe oder anderen Katastrophenfällen, sind in Deutschland viele verschiedene Akteure verantwortlich. So bildet das Zentrum für Biologische Sicherheit am RKI (ZBS) eine der wichtigsten Stellen in Deutschland für die Prävention, Erkennung und Schadensbegrenzung bei Angriffen oder Anschlägen mit biologischen Agenzien.

Die Güte der Vorbereitungen für den Katastrophenfall wird sich am Ausmaß der medizinischen, ökonomischen und sozialen Konsequenzen einer Pandemie beweisen müssen. Eine gut abgestimmte Zusammenarbeit sowie eine funktionierende Vorsorgeplanung gewährleistet Sicherheit und Funktionsfähigkeit auch im Katastrophenfall und ist deshalb von entscheidender Bedeutung.

Zum Auftreten von Windpocken an Bord

Im Zeitraum von November 2007 bis April 2008 wurden fünf Windpocken-Erkrankungen an Bord von Schiffen an den Hafenzentralen Dienst in Hamburg mitgeteilt. Betroffen waren zwei Passagierschiffe und zwei Frachtschiffe (s. Tabelle 1). Die Erkrankten waren männliche Seeleute zwischen 26 und 42 Jahren. Zwei Personen kamen aus Indonesien, eine aus den Philippinen und zwei aus Sri Lanka.

Nur auf einem der betroffenen Schiffe befanden sich Passagiere. Sie stammten hauptsächlich aus England. Das zweite Passagierschiff kam zu Werftarbeiten nach Hamburg. Die Meldung an den Hafenzentralen Dienst erfolgte in drei Fällen durch den Kapitän mittels Seegesundheitserklärung und in einem Fall durch einen niedergelassenen Allgemeinarzt, dem ein erkrankter Schiffsoffizier zur Behandlung vorgestellt wurde. Bei einem weiteren Fall erfolgte die Information des Hafenzentralen Dienstes durch die Wasserschutzpolizei, die während der grenzpolizeilichen Abfertigung an Bord vom Krankheitsfall erfuhr. Auf drei der vier Schiffe erfolgte eine weitergehende Befragung und Untersuchung durch den Hafenzentralen Dienst. Bei allen Erkrankten wurde die Diagnose klinisch gestellt.

Auf einem der Kreuzfahrtschiffe war die wahrscheinliche Infektionsquelle ein erkranktes Kind (Indexfall) einer englischen Reisegruppe, das bereits von Bord gegangen war.

Auf einem weiteren Kreuzfahrtschiff war der erkrankte Seemann innerhalb der Inkubationszeit aus seinem Heimatland Indonesien an Bord gekommen, weitere Erkrankungsfälle wurden nicht bekannt.

Der Indexfall auf einem der Frachtschiffe war ein Seemann aus Sri Lanka, der innerhalb der Inkubationszeit aus seinem Heimatland neu an Bord kam. Dieser Fall trat etwa drei Wochen vor dem in Hamburg gemeldeten Erkrankungsfall auf.

Bei dem Feederschiff konnte die Infektionsquelle nicht mehr festgelegt werden.

Durch den Hafenzentralen Dienst wurden folgende Maßnahmen angeordnet bzw. durchgeführt (s. Tabelle 1):

- ▶ Isolation Erkrankter in einer Einzelkabine bzw. Kohortenisolation, Aufrechterhaltung der Maßnahme bis zum Abfall der Krusten,
- ▶ schriftliche Information der Passagiere und der Mannschaft zur Notwendigkeit, das Auftreten von Symptomen unverzüglich dem Schiffsarzt bzw. dem Kapitän mitzuteilen (aktive Surveillance),
- ▶ schriftliche Information der Schiffsärzte über die Möglichkeit und Indikation zur postexpositionellen Impfung bzw. zur Verabreichung von Immunglobulinen bei speziellen Risiken,
- ▶ Information des jeweiligen nächsten Hafens nach Artikel 27 Absatz 2a IGV 2005,
- ▶ Erstellung eines Anhangs zur Schiffshygienebescheinigung nach Artikel 27 Absatz 2b IGV 2005.

Zusammenfassung

Windpocken sind eine hochansteckende, exanthematöse Erkrankung. Die Übertragung erfolgt aerogen und über Tröpfchen von Mensch zu Mensch. Außerdem ist eine Übertragung durch virushaltigen Bläscheninhalt oder Krusten als Schmierinfektion möglich. Die mittlere Inkubationszeit beträgt 14 Tage (10–21). Während die Erkrankung

bei gesunden Kindern oft komplikationslos abläuft, kann es bei Erwachsenen, Immunsupprimierten und Schwangeren zu schweren Komplikationen kommen.

Wie unser Bericht zeigt, kann es zu einer Ansteckung nicht-immuner Seeleute aus tropischen und subtropischen Ländern an Bord von Passagier- und Frachtschiffen kommen. Infektionsquellen in unserer Fallserie waren ein Kind sowie Crewmitglieder, die noch in der Inkubationszeit aus ihren Heimatländern anreisten.

Je nach Immunitätslage kann es zu Einzelerkrankungen aber auch zu begrenzten Ausbrüchen kommen. So berichtete das Europäische Seuchenzentrum in einer Risikoeinschätzung über einen Windpockenausbruch an Bord eines Passagierschiffes mit mindestens 10 Crewmitgliedern. Das betroffene Schiff lief im Mai 2008 den Hafen Bremerhaven an.⁵

Bei der Beurteilung von notwendigen Maßnahmen bei Krankheitsfällen an Bord muss die Epidemiologie der Erkrankung in den verschiedenen Herkunftsländern von Mannschaft und Passagieren berücksichtigt werden. So besteht in Europa und anderen nicht-tropischen Regionen bei über 20-Jährigen in bis zu 90% eine Immunität.⁶ Allerdings ändert sich die Epidemiologie der Erkrankung gegenwärtig durch die sukzessive Einführung der Windpocken-Impfung als Routineimpfung im Kindesalter in Ländern wie Deutschland, den Vereinigten Staaten, Süd-Korea, Australien, Kanada oder Uruguay.

Monat, Schiff, Jahr	Schiff, Flagge	Route	Crew, Passagiere	Meldung durch	Erkrankte	Kontrollmaßnahmen	Infektionsquelle, Bemerkungen
11/07	Feeder-schiff Zypern	Ostsee	Crew: 13	niedergelassener Arzt	2. Offizier 41 Jahre (Sri Lanka)	Information des Zielhafens	Schiff hatte Hafen zum Meldezeitpunkt bereits verlassen, Infektionsquelle nicht mehr feststellbar
12/07	Kreuzfahrtschiff Bahamas	Europa	Crew: 377 Passagiere: 776 (v.a. UK)	Kapitän (Seegesundheits- erklärung)	Kellner 42 Jahre Exanthem seit 6 Tagen (Indonesien) Kellner 33 Jahre Exanthem seit 4 Tagen (Philippinen)	Kohorten-Isolation in der Kabine schriftliche Information an Crew/Passagiere, Angebot der postexpositionellen Impfung bzw. VZIG* bei spez. Risiko Information des Zielhafens	Index Fall: wahrscheinlich ein erkranktes Kind (UK), das nicht mehr an Bord war
02/08	Container-schiff Liberia	Mittelmeer	Crew: 28	Wasserschutzpolizei (Kapitän hatte Erkrankung in Seegesundheits- erklärung nicht benannt)	1. Offizier 26 Jahre Exanthem seit 8 Tagen (Sri Lanka)	Isolation in der Kabine Information des Zielhafens	Indexfall: Crewmitglied (Sri Lanka) war drei Wochen zuvor erkrankt und aus seinem Heimatland an Bord gekommen
04/08	Kreuzfahrtschiff Malta	USA, Karibik	Crew: 882 keine Passagiere (Schiff in Werft)	Kapitän (Seegesundheits- erklärung)	Stewart 35 Jahre Exanthem seit 7 Tagen (Indonesien)	Isolation in der Kabine antivirale Therapie schriftliche Information, an Crew und Passagiere und Information des Ziel- und Herkunftshafens	Indexfall: Crewmitglied (Indonesien) kam drei Wochen vorher an Bord, war zuvor in seinem Heimatland Passagiere hatten das Schiff am Vortag in England verlassen, Schiff kam dann zu Werftarbeiten nach Hamburg

Tab. 1: Angaben zu Untersuchungen bei Windpocken-Erkrankungen auf Schiffen im Rahmen der Tätigkeit des Hafenzentralen Dienstes Hamburg, 11/2007 bis 04/2008; * VZIG = Varizella-Zoster-Immunglobulin

Komplexer ist die Bewertung der Immunitätslage bei Personen aus tropischen und subtropischen Regionen. Studien haben gezeigt, dass die Serokonversion in diesen Ländern weniger häufig und oft erst später im Leben auftritt als in nicht-tropischen Ländern. Darüber hinaus scheint bei Personen, die in Städten aufwachsen häufiger eine Immunität zu bestehen, als bei Personen, die aus ländlichen Regionen kommen.⁷

Die Mannschaft auf Passagier- und Kauffahrteischiffen ist meist multikulturell zusammengesetzt. Ein großer Teil der Seeleute kommt aus Asien und Osteuropa, aber auch andere Weltregionen können vertreten sein. Passagiere auf Kreuzfahrtschiffen kommen ebenfalls aus unterschiedlichen Ländern. Für die Risikobeurteilung ist darüber hinaus von Bedeutung, dass je nach Art der Reise und medizinischer Versorgung an Bord, z. B. der Möglichkeit zur Dialyse, oft ältere Personen mit chronischen Erkrankungen oder auch Familien mit Kleinkindern und Schwangere an Bord sind.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Hafenärzte, Schiffsärzte, Reisemediziner aber auch Reiseveranstalter und Schiffsführung?

- ▶ Reiseveranstalter und Reisemediziner sollten Reisende generell über die Bedeutung eines ausreichenden Impfschutzes vor einer Kreuzfahrt informieren.
- ▶ Schiffsführung und Schiffsarzt sollten die Passagiere bei Reiseantritt auf die Notwendigkeit der Vorstellung im Bordhospital bei entsprechenden Symptomen einer ansteckenden Erkrankung hinweisen.
- ▶ Reiseveranstalter sollten Kriterien und Mechanismen der finanziellen Kompensation bei Reiserücktritt oder Abbruch der Reise durch eine ansteckende Erkrankung schaffen, z. B. wenn eine Windpockenerkrankung bei einem Geschwisterkind vor Reiseantritt auftritt oder wegen eines Reiseabbruchs bzw. einer Isolationsmaßnahme während der Reise.
- ▶ Bei Crewmitgliedern sollte vor Dienstantritt an Bord durch den Betreiber eine Überprüfung des Immunstatus impfpräventabler Erkrankungen veranlasst bzw.

ermöglicht werden und ggf. das Angebot einer Impfung erfolgen.

- ▶ Schiffsärzten müssen die Handlungsanweisungen zu notwendigen Kontrollmaßnahmen und Meldepflichten beim Auftreten von Windpocken auf Passagierschiffen vorliegen.
- ▶ Hafenäztliche Dienste müssen mit der globalen Epidemiologie der Erkrankung vertraut sein. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut⁸ und des *European Centre for Disease Prevention and Control*⁵ zur Indikation der postexpositionellen Impfung und des Einsatzes von Immunglobulinen bei Risikopersonen müssen bei der Anordnung von Kontrollmaßnahmen berücksichtigt werden.

Literatur:

1. Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) vom 23. Mai 2005 vom 20. Juli 2007. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007 Teil II Nr. 23
2. Verordnung zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften in Häfen und auf dem Nord-Ostseekanal (IGV 1969) vom 11.11.1971 (BGBl. I, S. 1811; BGBl. II, S. 8656)
3. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20.7.2000 (BGBl. I, S. 1045)
4. Hafengesundheitsverordnung (HGesVO). Vom 20. Juli 1982 (HmbGVBl. S. 254)
5. ECDC. Risk Assessment – 12 May 2008. Risk assessment for varicella virus transmission of affected cruise ship crew members to passengers. www.ecdc.eu
6. Nardone A, et al.: The comparative sero-epidemiology of varicella zoster virus in 11 countries in the European region. *Vaccine* 2007; 25 (45): 7866–7872
7. Lee BW: Review of Varicella Zoster seroepidemiology in India and Southeast Asia. *Tropical Medicine and International Health* 1998; 3 (11): 886–890
8. Robert Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2008. *Epid Bull* 2008; 30: 235–254

Für diesen Bericht danken wir Dr. Clara Schlaich, Dr. Marcus Oldenburg und Matthias Kalkowski, Hamburg Port Health Center, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin sowie Jan-Gerd Hagelstein, Allgemeinmediziner in Hamburg. **Ansprechpartner** ist Dr. Schlaich (E-Mail: HPHC@bsg.hamburg.de).

Veranstaltungshinweise

International Summer School: Infectious Disease Epidemiology (IDE)

Termin: 7.–11. September 2009

Veranstaltungsort: Universität Bielefeld

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Alexander Krämer, Universität Bielefeld, und Dr. Mirjam Kretzschmar, Utrecht Centre for Infection Dynamics and Centre for Infectious Disease Control

Anmeldung und Information: Regine Myska, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
Postfach 100 131, 33501 Bielefeld
Tel.: 05 21 . 1 06–68 89, 05 21 . 5 21–3530
Fax: 05 21 . 1 06–29 68
E-Mail: Regine.Myska@uni-bielefeld.de
Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summerschoolIDE/index.html

3. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin

Termin: 8.–10. Oktober 2009

Veranstaltungsort: Haus der Wirtschaft, Stuttgart

Veranstalter: Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP)

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Günter Schmolz, Leiter des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, Stuttgart

Anmeldung und Information: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Martin Singer
Markt 8, 07743 Jena
Tel.: 036 41 . 35 33 12
Fax: 036 41 . 35 33 2 72
E-Mail: ghup2009@conventus.de
Internet: www.ghup2009.de

Informationen zu DEGS: Das ärztliche Interview

DEGS
Studie zur Gesundheit Erwachsener
in Deutschland

Seit November 2008 führt das Robert Koch-Institut (RKI) die Feldarbeit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) durch. Die Studienpopulation besteht aus ehemaligen Teilnehmern des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 (BGS98) sowie aus Personen, die per Zufallsauswahl neu aus den Einwohnermelde-registern der 180 Studienorte (*Sample Points*) gezogen werden (s. *Epid Bull* 49/2008). Das Untersuchungsprogramm umfasst schriftliche Befragungen (s. *Epid Bull* 10/2009), körperliche Untersuchungen und Funktionstests, Laboranalysen von Blut- und Urinproben, ein Arzneimittel-Interview sowie ein ärztliches Interview.

Im Folgenden werden die Inhalte des ärztlichen Interviews vorgestellt:

Das computergestützte Interview zielt in erster Linie auf die Erhebung von aus bevölkerungsmedizinischer Sicht besonders relevanten nicht-übertragbaren und übertragbaren Erkrankungen. Darüber hinaus wird die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen erfasst.

Bei den spezifisch erfragten Erkrankungen handelt es sich um Herzkreislaufkrankungen (Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall), Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hyperurikämie), Asthma bronchiale, Allergien, Schilddrüsenerkrankungen, Magen-Darmerkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems (Arthrosen, rheumatoide Arthritis und Osteoporose), neurodegenerative Erkrankungen (Morbus Parkinson), psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen und Burn-out-Syndrom) und Infektionskrankheiten (Hepatitis, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Herpes Zoster).

In Übereinstimmung mit zahlreichen nationalen und internationalen epidemiologischen Studien wird standardisiert nach ärztlich diagnostizierten Krankheiten gefragt, um sowohl die Lebenszeitprävalenz, als auch die 1-Jahres- und 4-Wochen-Prävalenz bestimmen zu können. Für bestimmte Erkrankungen werden zusätzlich versorgungsrelevante Informationen erhoben. So wird beispielsweise bei Vorliegen eines Diabetes mellitus auch erfragt, wie häufig eine erkrankte Person einer

notärztlichen Versorgung bei Blutzuckerentgleisungen bedurfte, ob Blutzuckerkontrollen selbst durchgeführt werden und wann zuletzt Kontrolluntersuchungen des Augenhintergrundes, der Füße und des glykierten Hämoglobins (HbA1c) als Marker für die Blutzuckereinstellung erfolgten.

Die Validität der Selbstangaben der Studienteilnehmer wird bei einzelnen Erkrankungen durch ergänzende Messungen und/oder die Bestimmung von spezifischen Laborwerten erhöht. So kann durch die standardisierte Ruhe-Blutdruckmessung ein bisher undiagnostizierter Hypertonus erkannt oder durch die Nüchtern-Blutzuckerbestimmung und weitere Laborparameter ein bisher unerkannter Diabetes mellitus diagnostiziert werden. Durch die Bestimmung von infektionserologischen Parametern können darüber hinaus Aussagen zu akuten oder früher durchgemachten Infektionserkrankungen oder auch zum Immunstatus getroffen werden. Die Angaben der Teilnehmer zu Schutzimpfungen werden durch die Informationen aus dem mitgebrachten Impfpass ergänzt.

Semi-diagnostische Instrumente wie der *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) – zur Erfassung von aktuellen depressiven Stimmungen und Selbstangaben über Beschwerden und Schmerzen im Gesundheitsfragebogen – ergänzen die Angaben zum Gesundheitszustand der Studienteilnehmer.

Das ärztliche Interview in DEGS stellt ein zentrales Instrument dar, um die Prävalenz von Erkrankungen und den Versorgungszustand in der Bevölkerung zu bestimmen. Durch die Fachkompetenz des Arztes können z.B. Unsicherheiten der Teilnehmer in den Bezeichnungen der einzelnen Erkrankungen, diagnostischen Maßnahmen und Therapieformen vor Ort geklärt und damit validere Auskünfte erwartet werden. Entscheidend für die Aussagen, die in DEGS letztlich getroffen werden können, ist das Zusammenspiel von Selbstangaben durch die Studienteilnehmer mit objektivierbaren Angaben aus Arzneimittelerfassung und Mess- bzw. Untersuchungsergebnissen.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Anfragen** zu DEGS unter degs@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: **Januar 2009** (Datenstand: 01.04.2009) Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern (Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektionen		Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.						
	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.					
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008					
Baden-Württemberg	18	18	23	27	27	19	6	6	12	3	3	1	0	0	1
Bayern	40	40	32	37	37	16	6	6	14	4	4	2	0	0	1
Berlin	35	35	60	34	34	22	2	2	4	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	1	1	5	3	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	0	0	2	4	4	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Hamburg	13	13	19	21	21	18	5	5	5	1	1	0	0	0	0
Hessen	14	14	16	24	24	18	2	2	2	2	2	1	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	3	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	9	9	25	14	14	18	3	3	3	3	3	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	70	70	84	53	53	59	11	11	7	2	2	1	1	1	0
Rheinland-Pfalz	6	6	11	7	7	12	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Saarland	1	1	2	2	2	3	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Sachsen	19	19	23	6	6	9	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	2	2	6	4	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	2	2	4	3	3	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Thüringen	2	2	3	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	236	236	318	244	244	222	37	37	54	16	16	7	1	1	2

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

11. Woche 2009 (Datenstand: 01.04.2009)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	88	997	927	2	14	13	3	41	46	25	330	549	1	20	10
Bayern	96	1.141	925	2	23	26	8	146	201	44	520	716	3	25	11
Berlin	30	300	359	0	10	2	5	72	31	19	97	139	0	6	6
Brandenburg	19	286	276	3	6	2	3	63	55	10	130	199	0	5	1
Bremen	4	38	64	0	0	0	0	4	11	0	26	48	0	0	2
Hamburg	16	252	296	0	5	3	1	6	8	4	137	99	0	3	4
Hessen	54	549	480	0	1	0	2	17	22	30	257	398	0	9	7
Mecklenburg-Vorpommern	26	240	253	0	1	2	7	51	50	30	152	159	0	1	0
Niedersachsen	70	717	741	9	24	8	11	76	53	43	465	655	0	1	9
Nordrhein-Westfalen	192	2.204	2.260	1	27	38	25	217	245	93	1.100	1.374	0	8	16
Rheinland-Pfalz	45	447	505	3	14	13	5	53	55	26	278	364	1	3	5
Saarland	11	155	190	0	2	0	0	6	9	7	74	99	0	1	0
Sachsen	58	744	890	1	8	16	25	120	192	27	311	446	0	5	1
Sachsen-Anhalt	19	238	205	0	1	3	9	71	93	22	190	338	0	3	2
Schleswig-Holstein	21	307	337	0	5	3	1	9	17	11	129	178	0	1	0
Thüringen	39	299	302	0	0	0	19	123	162	38	215	346	1	3	1
Deutschland	788	8.914	9.010	21	141	129	124	1.075	1.250	429	4.411	6.107	6	94	75

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	1	16	15	1	14	20	21	168	220
Bayern	5	38	36	1	25	19	12	225	290
Berlin	1	15	19	1	14	14	12	132	162
Brandenburg	0	2	1	0	1	3	0	13	22
Bremen	0	4	1	0	1	0	0	6	12
Hamburg	0	4	15	0	4	3	3	33	18
Hessen	0	19	10	0	7	15	5	63	77
Mecklenburg-Vorpommern	0	8	4	1	2	6	3	13	9
Niedersachsen	0	11	21	0	8	20	3	65	73
Nordrhein-Westfalen	6	41	40	2	33	39	11	163	204
Rheinland-Pfalz	2	9	9	1	11	13	5	63	76
Saarland	1	1	10	0	1	5	4	15	13
Sachsen	0	5	5	0	8	3	7	37	75
Sachsen-Anhalt	0	6	3	0	1	3	0	30	29
Schleswig-Holstein	0	10	5	0	8	4	7	45	55
Thüringen	0	6	4	0	4	3	2	36	18
Deutschland	16	195	198	7	142	170	95	1.107	1.353

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,

11. Woche 2009 (Datenstand: 01.04.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	
2	28	46	580	9.671	11.989	149	1.020	2.055	8	103	115	0	2	16	Baden-Württemberg
4	69	87	802	12.799	11.219	315	2.577	2.954	13	174	176	0	6	13	Bayern
1	19	22	183	3.138	4.295	125	1.367	1.039	4	60	63	0	11	11	Berlin
3	20	29	279	4.716	5.361	259	2.283	2.145	3	26	24	1	5	2	Brandenburg
0	3	3	41	1.151	529	30	148	95	0	10	7	0	0	4	Bremen
1	22	14	169	2.516	2.533	65	625	647	1	14	22	0	2	2	Hamburg
6	44	43	417	5.737	6.502	149	1.028	1.228	5	49	67	0	7	7	Hessen
0	16	21	232	2.339	4.768	234	1.264	1.923	5	29	38	2	14	7	Mecklenburg-Vorpommern
5	55	82	514	8.206	11.919	328	1.881	2.032	6	31	33	1	11	18	Niedersachsen
9	127	125	1.614	24.083	25.007	451	3.601	4.906	11	118	164	3	25	24	Nordrhein-Westfalen
3	36	40	311	4.747	6.303	129	975	1.648	4	55	53	1	5	3	Rheinland-Pfalz
1	9	8	95	1.389	2.056	27	319	334	0	9	6	1	2	1	Saarland
8	93	124	672	8.963	10.224	443	2.500	5.304	5	53	62	0	13	13	Sachsen
7	33	44	349	4.979	4.419	259	1.668	2.383	1	24	28	0	0	2	Sachsen-Anhalt
1	28	41	289	3.141	4.659	56	405	810	3	11	11	0	1	1	Schleswig-Holstein
4	62	87	369	4.685	7.056	247	1.100	2.174	1	30	7	0	5	4	Thüringen
55	664	816	6.916	102.260	118.839	3.266	22.761	31.677	70	796	876	9	109	128	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
2	19	19	0	5	70	12	107	116	Baden-Württemberg	
3	38	27	1	7	18	9	111	143	Bayern	
2	17	7	1	12	14	3	47	77	Berlin	
0	3	5	0	2	2	1	17	17	Brandenburg	
0	2	2	0	0	1	2	20	5	Bremen	
0	4	2	19	127	0	6	51	35	Hamburg	
1	6	7	1	10	9	6	85	77	Hessen	
0	3	4	0	0	6	1	24	18	Mecklenburg-Vorpommern	
0	13	8	3	29	0	9	69	85	Niedersachsen	
5	35	30	2	55	2	18	222	271	Nordrhein-Westfalen	
2	12	6	0	2	2	2	39	46	Rheinland-Pfalz	
0	0	2	0	0	0	2	18	12	Saarland	
1	8	8	0	0	0	2	24	40	Sachsen	
1	4	3	0	0	1	1	21	43	Sachsen-Anhalt	
1	11	3	0	1	2	7	27	12	Schleswig-Holstein	
0	4	2	0	0	0	2	21	29	Thüringen	
18	179	135	27	250	127	83	903	1.026	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 (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

11. Woche 2009 (Datenstand: 01.04.2009)

Krankheit	11. Woche 2009	1.–11. Woche 2009	1.–11. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	4	25	35	180
Brucellose	0	3	4	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	11	24	123
Dengue-Fieber	3	45	47	273
FSME	0	1	2	288
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	9	6	59
Hantavirus-Erkrankung	0	11	80	243
Hepatitis D	0	0	1	7
Hepatitis E	1	13	26	104
Influenza	595	25.782	12.283	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	51	26	152
Legionellose	8	79	63	524
Leptospirose	1	17	12	66
Listeriose	6	55	59	307
Ornithose	0	2	9	22
Paratyphus	1	7	6	86
Q-Fieber	13	31	52	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	4	4	15
Typhus abdominalis	3	11	8	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur Situation bei ARE/Influenza in der 13. Kalenderwoche (KW) 2009

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) liegt bundesweit in der 13. KW geringfügig oberhalb der Hintergrundaktivität. Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de/agi>.

Europa: Auch in der 12. KW 2009 berichtete die russische Föderation über eine hohe Intensität der Influenza-Aktivität. Viele Länder in Zentral- und Osteuropa beobachteten noch mittlere Intensität, während in Westeuropa die saisonale Grippewelle vorbei ist. Weitere Informationen unter <http://www.eiss.org>.

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland und international: Keine Nachweise von hochpathogenen aviären Influenza A/H5N1-Viren in Deutschland oder Europa bei Geflügel oder Wildvögeln. Informationen zu aviärer Influenza unter <http://www.fli.bund.de>, zum internationalen Geschehen unter <http://www.oie.int/eng/info>.

Aviäre Influenza bei Menschen

International: Das ägyptische Gesundheitsministerium hat einen weiteren Fall einer humanen Infektion mit A/H5N1 bei einem zweieinhalbjährigen Mädchen aus dem Distrikt Qena (Regierungsbezirk Qena) bestätigt. Das Mädchen erkrankte am 23. März, kam am 24. März ins Qena Fever Hospital, dort wurde sofort mit der Oseltamivir-Therapie begonnen. Der Zustand des Kindes ist stabil. Untersuchungen zur Infektionsquelle erbrachten Hinweise auf Kontakt zu totem bzw. krankem Geflügel vor Symptombeginn. Weitere Informationen unter http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 13. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

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, Lepra, 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.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadat@rki.de
► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de
► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann
Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-2459

Vertrieb und Abonnentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde
Tel.: 030.9487813
Fax: 030.9484781-50
E-Mail: info@pvsberlin.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen 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 vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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** unter 03018.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

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