



Epidemiologisches Bulletin

14. Oktober 2005 / Nr. 41

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welternährungstag 2005:

Bekämpfung von Hunger und Unterernährung durch verstärkten Austausch landwirtschaftlicher Erfahrungen

Vor nunmehr 60 Jahren wurde von den Vereinten Nationen die *Food and Agriculture Organization* (FAO) gegründet. Seit 1979 werden am Tag der Gründung, dem 16. Oktober, am Welternährungstag, die weltweiten Probleme der Ernährung der besonderen Aufmerksamkeit der Weltöffentlichkeit empfohlen.

Nach Schätzungen der FAO sind weltweit immer noch Leben und Gesundheit von mehr als 850 Millionen Menschen durch Hunger oder Unterernährung bedroht. Obwohl das auf dem *World Food Summit* 2002 beschlossene Programm eine Halbierung dieser Zahl bis zum Jahr 2015 vorsieht, sind die Fortschritte bei der Reduzierung dieser gewaltigen Zahl bisher nicht sehr eindrucksvoll. Die Suche nach Möglichkeiten, weitere Erfolge im Kampf gegen den Hunger und die Unterernährung in der Welt zu erreichen, gewinnt eine immer größere Bedeutung. In diesem Jahr wird das Potenzial eines umfassenden regionalen, nationalen und internationalen Austauschs von Erfahrungen besonders herausgearbeitet; der Welternährungstag 2005 wurde unter das Leitthema „*Agriculture and intercultural dialogue*“ gestellt.

Die Landwirtschaft eines jeden Landes und einer jeden Region ist neben den geo-ökologischen Grundlagen von regionalen, historischen und kulturellen Besonderheiten geprägt. Zur Sicherung der Ernährung werden von Land zu Land sehr verschiedenartige und vielfältige Beiträge aus der Landwirtschaft geleistet. Die FAO ruft anlässlich des Welternährungstages dazu auf, sich in einem offenen Dialog über Erfahrungen und Ergebnisse in der praktischen Arbeit wie auch in der Forschung und Entwicklung zu engagieren. Dies erscheint zunächst selbstverständlich und vielleicht auch leicht machbar, das ist es aber offensichtlich nicht immer und überall... Der Austausch von Erfahrungen auf dem Gebiet der Pflanzenproduktion und der Tierzucht kann beträchtliche Reserven erschließen. Erheblicher Nutzen ergab sich beispielsweise in der Vergangenheit durch die Einführung der Kartoffel aus Südamerika nach Nordeuropa, die Einführung des Mais, der aus Amerika stammte, nach Afrika, die Verbreitung der Nutzung von Kamelen aus den arabischen in verschiedene afrikanische Länder. Auch in der heutigen Zeit versprechen Vergleiche landwirtschaftlicher Expertise und Technologien, die in verschiedener Weise und auf verschiedenen Ebenen mit vergleichsweise geringem Aufwand möglich sind, Vorteile. Besonders wichtig ist dieser Austausch für Entwicklungsländer mit ähnlichen Problemen der Landwirtschaft und der Ernährung. So hat sich im Rahmen einer „Süd-Süd-Kooperation“ bereits eine Reihe von an örtliche Bedingungen adaptierten Lösungen ergeben. Die FAO betont, dass in den internationalen Vergleich und Dialog auch die politischen Rahmenbedingungen der Erzeugung landwirtschaftlicher Produkte sowie die Fairness der Handelsbeziehungen einbezogen werden sollten.

Angesichts der durch eine ernste Ernährungssituation weithin bedrohten Gesundheit und einer Weltgemeinschaft, in der Information und Kommunikation viel leichter als früher zu realisieren sind, sollte der dringliche Appell der Welternährungsorganisation zu möglichst vielfältigen und effizienten Aktivitäten führen!

Diese Woche

41/2005

Welternährungstag 2005:
Hunger und Unterernährung gefährden weltweit Leben und Gesundheit

Staphylokokken:
Situationsbericht des NRZ zur Verbreitung von MRSA in Deutschland 2004

Tuberkulose:
Engpass bei der Tuberkulinversorgung beseitigt

Schutzimpfungen:

- ▶ Europäische Impfwochen der WHO
- ▶ 1. NRW-Imfpftag
- ▶ Fortschritte bei den Durchimpfungsraten

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:
Aktuelle Statistik
38. Woche 2005
(Stand: 12. Oktober 2005)

Dengue-Fieber:
Zu Infektionshäufungen in Mittelamerika (Update)

Zur MRSA-Situation in Deutschland im Jahr 2004:

Bericht aus dem Nationalen Referenzzentrum für Staphylokokken

Die nachstehend mitgeteilten Daten sind aus der Auswertung und Typisierung von insgesamt 3.702 Einsendungen an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Staphylokokken hervorgegangen. Die eingesandten Stämme repräsentieren Infektionen und Besiedlungen bei Patienten in Krankenhäusern und in der Bevölkerung. Die Einsendungen erfolgen aus Laborpraxen, diagnostischen Laboratorien von Krankenhäusern sowie aus den Instituten für Medizinische Mikrobiologie der Universitäten und medizinischen Hochschulen. Dabei gab es insgesamt 235 Einsender aus dem gesamten Bundesgebiet.

Zur MRSA-Situation in den vorangegangenen Jahren siehe die Berichte des NRZ im *Epidemiologischen Bulletin* 35/2003, 5/2004 und 42/2004.

Geographische Verbreitung der Epidemiestämme in Deutschland

Eine Übersicht zur geographischen Verbreitung der Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-(MRSA)-Stämme in Deutschland zeigt Abbildung 1. Bemerkenswert ist das vorwiegende Auftreten des Rhein-Hessen-Epidemiestammes in der südlichen Hälfte Deutschlands und des Barnim-Epidemiestammes in der Nordhälfte.

Dynamik der Verbreitung der Epidemiestämme

Für den Barnim-MRSA- und den Rhein-Hessen-MRSA-Stamm gibt es erneut einen Anstieg der Häufigkeit, während ein weiterhin abnehmender Trend für den Süddeutschen Epidemiestamm und den Berliner Epidemiestamm beobachtet wurde (s. Tab. 1).

Antibiotikaresistenz bei MRSA

Die Häufigkeit von Resistenzen gegen ausgewählte wichtige Antibiotika ist in Tabelle 2 zusammengestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es einen leichten Anstieg der Gentamicin-Resistenz. Der leicht angestiegene Wert für Fusidinsäure-Resistenz von 4,6% resultiert aus der verstärkten Einsendung von Fusidinsäure-resistenten Einzelisolaten im Zusammenhang mit der Abklärung der Verbreitung von *community* MRSA des Multi-Locus-Sequenz-Typs (MLST) 80. Bei 3 Isolaten eines Einsenders (ST5) lag Resistenz gegen Teicoplanin vor; diese Isolate waren aber in der PCR negativ für die bei Enterokokken bekannten übertragbaren Resistenzgene (*vanA*, *vanB*, *vanD*). Keines der eingesandten 3.071 MRSA-Isolate zeigte erhöhte MHK-Werte (> 2 mg/l) für Linezolid.

Community MRSA

Sog. *community* MRSA (cMRSA) sind definiert als MRSA mit *lukS-lukF*-Determinante (für Panton-Valentin-Leukoizidin), die eigentlich unabhängig von Krankenhäusern auftreten. Tabelle 3 gibt eine Übersicht zur klinischen Herkunft von cMRSA, die aus verschiedenen Infektionen im gesamten Bundesgebiet seit Ende 2002 eingesandt wurden.

Der überwiegende Anteil dieser Isolate gehört zum MLST80. Besondere Aufmerksamkeit verdienen Isolate, die klonalen Linien angehören, die auch als epidemische Hospitalstämme bekannt sind (ST22, ST30). Bei Patienten, die von Infektionen mit cMRSA der MLST 1 und 8 betroffen waren, wurde eine direkte Beziehung zu Bürgern der USA (dort weit verbreitete cMRSA) nachgewiesen. Abbildung 2 zeigt die geographische Verbreitung der verschiedenen klonalen Linien der cMRSA.

Daten zum Auftreten von cMRSA in anderen europäischen Ländern sind in Tabelle 4 zusammengestellt. Zur Häufigkeit des Auftretens von Haut-Weichteilgewebe-Infektionen mit cMRSA liegen Daten aus einer Studie vor, die gemeinsam mit der Hautklinik der Universität Heidelberg durchgeführt wird. Unter ambulant behandelten Patienten betrug der Anteil insgesamt 1,4%, dies entsprach 2,7% aller Patienten mit einer *S.-aureus*-Infektion.

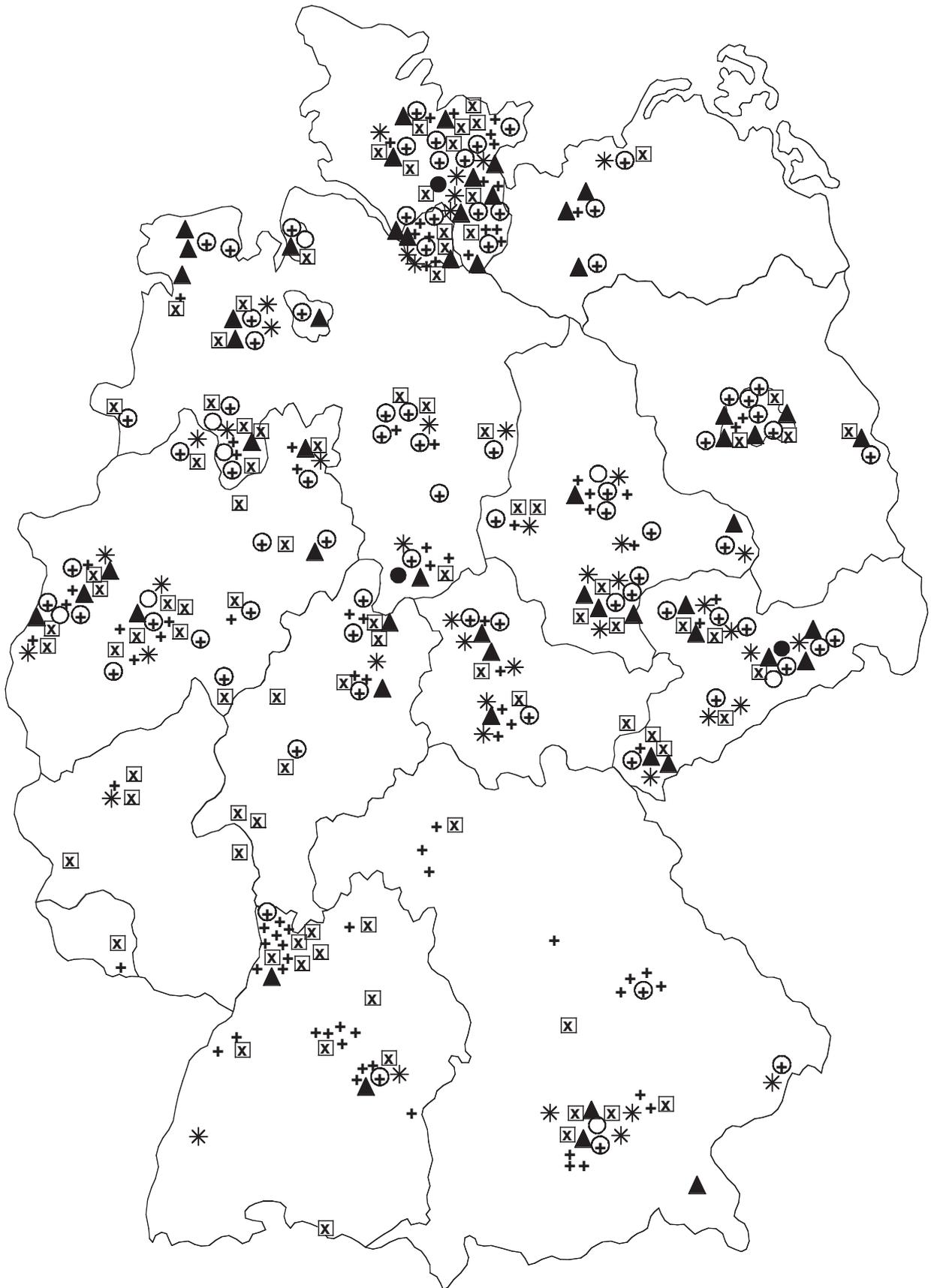
Durch epidemische MRSA verursachte Infektionen

Daten zur Art der Infektionen, die durch die häufigsten epidemischen MRSA ausgelöst wurden, sind in Tabelle 5 zusammengestellt. Es ist dabei auf den beträchtlichen Anteil an Isolaten aus Sepsis und aus Pneumonien hinzuweisen.

Häufigkeitsverteilung aus verschiedenen klinischen Disziplinen

Wie in den Vorjahren stehen Einsendungen aus der Chirurgie, der Intensivmedizin und der Inneren Medizin im Vordergrund; dabei stehen die Isolate bei den beiden letztgenannten vor allem im Zusammenhang mit Beatmungspneumonien. Nach wie vor seltener sind Einsendungen aus der Gynäkologie, Orthopädie, Urologie und Dermatologie (s. Tab. 6).

Bericht aus dem Nationalen Referenzzentrum für Staphylokokken am RKI, Bereich Wernigerode. **Auskunft und Beratung:** Prof. Dr. Wolfgang Witte (Tel.: 039 43 679 246; E-Mail: WitteW@rki.de).



- Norddeutscher Epidemiestamm (ST247)
- ▲ Berliner Epidemiestamm (ST45)
- Hannoverscher Epidemiestamm (ST254)
- * Süddeutscher Epidemiestamm (ST228)
- ⊕ Barnim-Epidemiestamm (ST22)
- ⊠ Rhein-Hessen-Epidemiestamm (ST5)
- + andere

Abb. 1: Ausbreitung von MRSA-Epidemiestämmen in Deutschland im Jahr 2004 (Daten des NRZ für Staphylokokken)

Gruppierung gemäß molekularer Typisierung	Resistenzphänotyp	Häufigkeit des Auftretens von <i>Epidemiestämmen</i> in unterschiedlichen Krankenhäusern ¹ (Ausbrüche und sporadische Infektionen)					
		1994 (n=121)	1996 (n=140)	1998 (n=337)	2000 (n=567)	2002 (n=747)	2004 (n=430)
Norddeutscher Epidemiestamm	PEN, OXA, GEN, ERY, CLI, OTE, SXT, RIF, CIP	22,0%	17,0%	13,0%	1,3%	0,4%	0,1%
Süddeutscher Epidemiestamm	PEN, OXA, ERY, CLI, CIP, (GEN) ² , (OTE) ³	16,0%	34,0%	29,0%	36,8%	15,2%	11,8%
Hannoverscher Epidemiestamm	PEN, OXA, GEN, ERY, CLI, SXT, CIP	32,0%	16,0%	15,0%	3,5%	0,7%	0,3%
Rhein-Hessen-Epidemiestamm	PEN, OXA, ERY, CLI, CMP, CIP	5,0%	1,0%	–	–	23,3%	26,5%
Wiener Epidemiestamm	PEN, OXA, GEN, ERY, CLI, SXT, CIP, OTE, (FUS)	4,0%	1,0%	1,0%	0,1%	0,2%	0,04%
Berliner Epidemiestamm	PEN, OXA, CIP, (GEN, ERY, ERY-CLI, SXT)	11,0%	22,0%	26,0%	26,7%	18,2%	10,2%
Barnim-Epidemiestamm	PEN, OXA, ERY, CLI, CIP			9,0%	19,8%	28,0%	35,3%
Lysogruppe I MRSA	PEN, OXA, (ERY, CLI)	1,0%		2,0%	1,5%	0,7%	0,3%
Andere	variabel	10,0%	8,0%	5,0%	10,3%	13,3%	15,5%
Anzahl der Krankenhäuser mit <i>Epidemiestämmen</i>		98	130	241	309	333	197

Tab. 1: Resistenzphänotypen von MRSA mit überregionaler Verbreitung in Deutschland (Daten des NRZ für Staphylokokken) (CIP = Ciprofloxacin, CLI = Clindamycin, ERY = Erythromycin, FUS = Fusidinsäure, GEN = Gentamicin, OXA = Oxacillin, OTE = Oxytetracyclin, PEN = Penicillin, RAM = Rifampicin, SXT = Trimethoprim/Sulfamethoxazol)

1 Krankenhäuser, die MRSA zur Typisierung eingesandt haben; 2 Phänotypen in Klammern treten selten auf; 3 Rückgang nach 1994

Antibiotika	Anzahl	Prozent
Oxacillin	3.071	100
Ciprofloxacin	2.880	93,8
Erythromycin	2.202	71,7
Clindamycin	2.038	66,4
Gentamicin	518	16,9
Oxytetracyclin	190	6,2
Trimethoprim	111	3,6
Rifampicin	60	2,0
Fusidinsäure	141	4,6
Mupirocin	88	2,9
Quinupristin/Dalfopristin	0	0,0
Vancomycin	0	0,0
Teicoplanin	3	0,1
Linezolid	0	0,0

Tab. 2: Häufigkeit der Resistenzen gegen wichtige Antibiotika der im Jahr 2004 untersuchten MRSA (Daten des NRZ für Staphylokokken)

A. 19 Fälle sporadischer Infektionen, die in Krankenhäusern isoliert wurden (9 Isolate ST8o, 10 ST22)
2 Wundinfektionen, Chirurgie
7 Abszesse
1 Septikämie, Chirurgie
1 Wundinfektion, Innere Medizin
4 Pneumonien, innere Medizin
2 Wundinfektionen, Dermatologie
2 Besiedlungen
B. 70 Fälle von Infektionen in der Bevölkerung ohne Beziehung zu Krankenhäusern (56 Isolate ST8o, 10 ST22, 2 ST3o, 2 ST8, 1 ST1)
1 Panaritium
1 nicht bullöse Impetigo
49 Abszesse, tiefe Haut-Weichteilgewebsinfektionen
10 Furunkel
1 Ulcus cruris
4 Pneumonien
3 Septikämien

Tab. 3: Klinische Herkunft und Multi-Locus-Sequenz-Typen von *community* MRSA in Deutschland (Dezember 2002 bis Dezember 2004, Daten des NRZ für Staphylokokken)

MLST	Länder	MLST	Länder
1	Deutschland, Schweden, Schweiz	8o	Deutschland, Belgien, Frankreich, Griechenland, Niederlande, Schweden, Schweiz
5	Niederlande, Slowenien	152	Deutschland, Kosovo
8	Deutschland, England und Wales, Niederlande	154	Schweden (Mongolei)
22	Deutschland, Schottland		
59	Schweden		

Tab. 4: Multi-Locus-Sequenz-Typen von *community* MRSA in europäischen Ländern

	Barnim-Epidemiestamm (ST22)		Berliner Epidemiestamm (ST45)		Rhein-Hessen-Epidemiestamm (ST5)		Süddeutscher Epidemiestamm (ST228)		Summe
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
Abszess (allgemein)	15	41,7 %	4	11,1 %	13	36,1 %	4	11,1 %	36
Bakteriämie, Sepsis	62	48,4 %	15	11,7 %	33	25,8 %	18	14,1 %	128
Bronchitis	1	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1
Bypass	2	66,7 %	0	0,0 %	1	33,3 %	0	0,0 %	3
Cystitis	2	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2
Decubitus	2	15,4 %	2	15,4 %	8	61,5 %	1	7,7 %	13
Ekzem	1	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1
Endokarditis	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	100,0 %	2
Enteritis	0	0,0 %	0	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	1
Fistel	1	16,7 %	2	33,3 %	3	50,0 %	0	0,0 %	6
Gangrän (diabet.)	4	44,4 %	2	22,2 %	1	11,1 %	2	22,2 %	9
Gangrän/Nekrose	6	85,7 %	0	0,0 %	1	14,3 %	0	0,0 %	7
Harnwegsinfektion	35	29,9 %	21	17,9 %	52	44,4 %	9	7,7 %	117
Herpes zoster	0	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1
Impetigo/Pyodermie/Pemphigus	0	0,0 %	0	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	1
Infektion (allgemein)	6	35,3 %	2	11,8 %	7	41,2 %	2	11,8 %	17
keine Infektion (Besiedlung)	331	48,6 %	63	9,3 %	192	28,2 %	95	14,0 %	681
Konjunktivitis	1	16,7 %	2	33,3 %	2	33,3 %	1	16,7 %	6
Lebensmittelvergiftung	0	0,0 %	0	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	1
Meningitis	1	33,3 %	2	66,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3
Osteomyelitis/Otitis	0	0,0 %	1	33,3 %	2	66,7 %	0	0,0 %	3
Otitis	2	25,0 %	3	37,5 %	2	25,0 %	2	12,5 %	8
Pankreatitis	3	60,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	5
Peritonitis	2	40,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	5
Phlegmone	3	60,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	5
Pneumonie	91	45,3 %	20	10,0 %	43	21,4 %	47	23,4 %	201
Pustel	0	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1
Tonsillitis/Pharyngitis	1	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1
Toxic Shock Syndrom	2	66,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	33,3 %	3
Tumor/Carcinom	8	57,1 %	2	14,3 %	1	7,1 %	3	21,4 %	14
Ulcus	7	38,9 %	1	5,6 %	9	50,0 %	1	5,5 %	18
Ulcus cruris	0	0,0 %	3	33,3 %	6	66,7 %	0	0,0 %	9
unbekannt	123	38,0 %	37	11,4 %	103	31,8 %	61	18,8 %	324
Verbrennung/Verbrühung	2	25,0 %	1	12,5 %	5	62,5 %	0	0,0 %	8
Wundinfektion	294	40,6 %	97	13,4 %	255	35,2 %	79	10,9 %	725
Wundinfektion, postoperativ	4	66,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	33,3 %	6
Summe	1.012	42,7 %	285	12,0 %	743	31,3 %	332	14,0 %	2.372

Tab. 5: Art der unterschiedlichen Infektionen, in deren Zusammenhang die vier häufigsten epidemischen MRSA isoliert wurden (Daten des NRZ für Staphylokokken)

	Gesamt	Innere Medizin	Intensivstation	Chirurgie	Neurochirurgie	Dermatologie	Orthopädie	Urologie	Gynäkologie	„ambulant“	andere
Harnwegsinfektion	1	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0
Pneumonie	249	66 26,5%	130 52,2%	8 3,2%	8 3,2%	0 0,0%	2 0,8%	0 0,0%	0 0,0%	12 4,8%	23 9,2%
Sepsis	144	49 34,0%	56 38,9%	18 12,5%	0 0,0%	4 2,8%	3 2,1%	4 2,8%	0 0,0%	3 2,1%	7 4,9%
Wundinfektion	936	147 15,7%	68 7,3%	339 36,2%	23 2,5%	68 7,3%	30 3,2%	31 3,3%	3 0,3%	151 16,1%	76 8,1%
Gesamt	1.330	262 19,7%	254 19,1%	365 27,4%	31 2,3%	72 5,4%	35 2,6%	35 2,6%	3 0,2%	166 12,5%	107 8,0%

Tab. 6: Ausbreitung von MRSA-Epidemiestämmen in Deutschland im Jahr 2004 (Daten des NRZ für Staphylokokken)

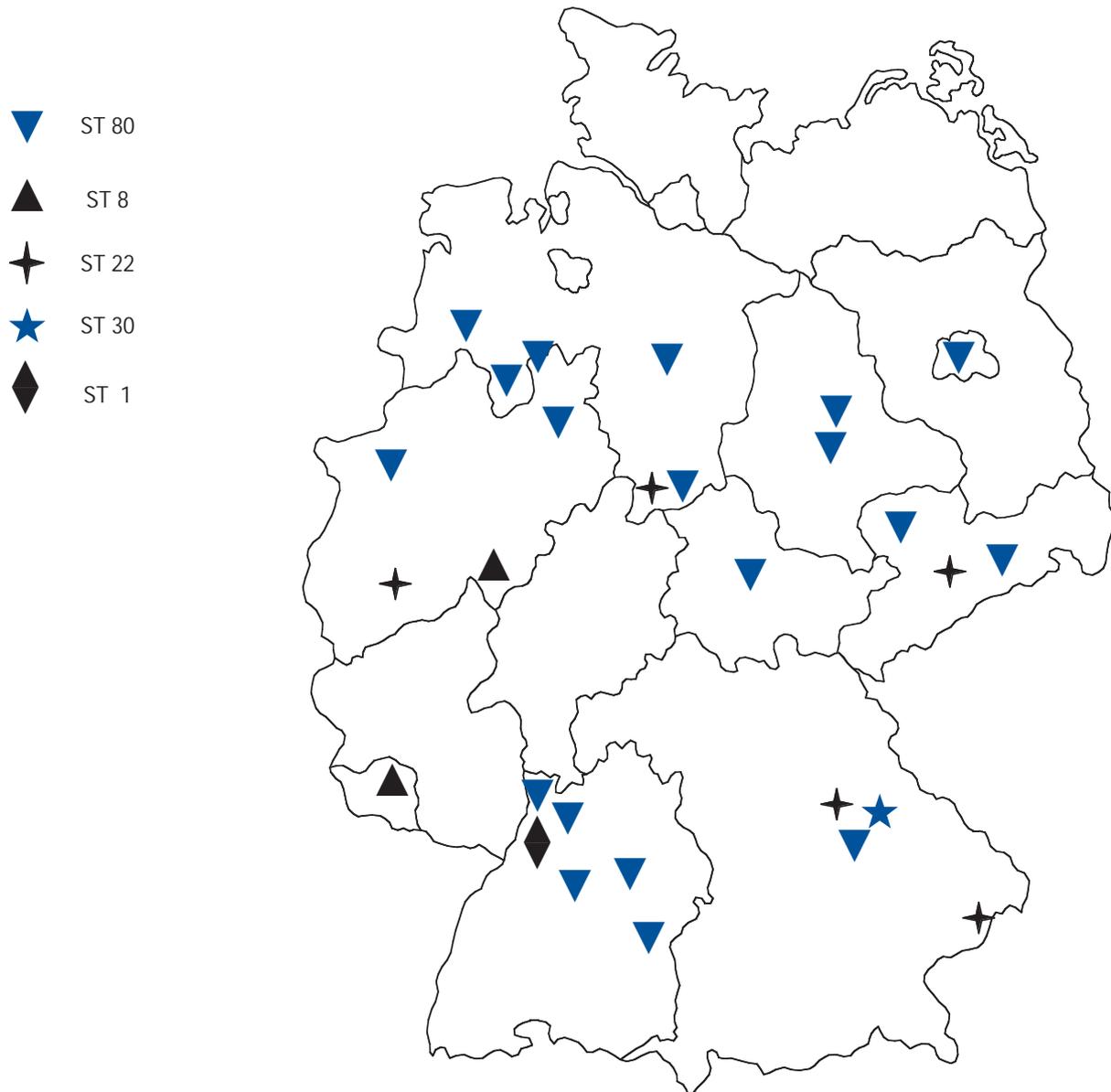


Abb. 2: Geographische Verbreitung unterschiedlicher *community*-MRSA-Genotypen in Deutschland im Jahr 2004.

Von der WHO empfohlenes Tuberkulin PPD RT 23 SSI in Deutschland zugelassen

In der Ausgabe 7/2005 des *Epidemiologischen Bulletins* wurde in einer gemeinsamen Mitteilung des DZK und des RKI auf einen Engpass bei der Tuberkulinversorgung in Deutschland hingewiesen. Im August/ September 2005 erfolgte die Zulassung und Chargenfreigabe von Tuberkulin PPD RT 23 SSI des Statens Serum Institut (Kopenhagen, Dänemark) durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), so dass nun in Deutschland wieder ein Tuberkulin zur Testung nach Mendel-Mantoux zur Verfügung steht (s.a. kurze Mitteilung im *Epid. Bull.* 37/2005). Es ist somit wieder ein einheitliches Tuberkulin für alle Regionen in Deutschland verfügbar, wodurch ein standardisiertes Vorgehen bei der Infektionsdiagnostik und die Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene gewährleistet werden. Wichtige Hinweise zum PPD RT 23 SSI finden sich im nachfolgenden Text, eine ausführlichere Version dieser Mitteilung wird in der November-

ausgabe des *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (Band 48, Heft 11, 2005) erscheinen.

Das PPD RT 23 SSI wird seit 1963 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der *International Union against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD) als Standardtuberkulin für den Mendel-Mantoux-Test empfohlen. Es ist das weltweit am längsten angewandte Tuberkulin und in der Mehrzahl der europäischen Länder bereits eingeführt.

Es wird angenommen, dass die Tuberkuline folgender Dosen bioäquivalent sind: 5 TU PPD-S mit 2 TU RT 23 (SSI) sowie 10 TE Behring (TU = Tuberculin Units; TE = Tuberkulineinheiten). Bioäquivalenz der Tuberkulinreaktion bedeutet nach Hirtl, dass ein hochgereinigtes Tuberkulin eine Hautreaktion hervorruft, die die gleiche Größe + 20% der Hautreaktion auf 5 TU PPD-S aufweist.

Sowohl die WHO als auch die IUATLD empfehlen 2 TE in 0,1 ml von PPD RT 23 SSI als Standarddosis. Das SSI liefert 1,5-ml-Ampullen (evtl. auch 5-ml-Ampullen). Nach Herstellerangaben gelingt schätzungsweise die Entnahme von mindestens 10 Testdosen aus den 1,5-ml-SSI-Ampullen. Entsprechend den Herstellerempfehlungen sollen geöffnete Ampullen nicht länger als 24 Stunden verwendet und ungeöffnet nicht länger als 36 Monate gelagert werden. Die Tuberkulinreaktion sollte etwa 3 Tage nach der intradermalen Tuberkulininjektion abgelesen werden. Nach Herstellerangaben wird für das PPD RT 23 SSI ein Indurationsdurchmesser von 0 bis 5 mm als negativ, von 6 bis 14 mm als positiv und von 15 mm oder mehr als stark positiv bewertet. Das DZK weist ergänzend darauf hin, dass ein Durchmesser von mindestens 15 mm als Starkreaktion bezeichnet wird. Die Bewertung der Induration unter Berücksichtigung des individuellen Risikos (Interventions-Cut-off) sollte nach den bisherigen Empfehlungen des DZK erfolgen.

Zunächst sind die Beschriftungen des in Deutschland erhältlichen Tuberkulins PPD RT 23 SSI nicht in vollem Umfang auf Deutsch verfügbar, jeder Packung liegt jedoch eine deutschsprachige Produktinformation zum Tuberkulin PPD RT 23 SSI bei. Das Präparat kann in Deutschland über alle Apotheken bezogen werden.

Weitere Produktinformationen zu PPD RT 23 SSI finden sich auf folgenden Internetseiten:

- ▶ Paul-Ehrlich-Institut (PEI): www.pei.de
- ▶ Statens Serum Institut (SSI): www.ssi.dk

Dank für diese Mitteilung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), Berlin, gilt Herrn D. Sagebiel MPH, Herrn Dr. K. Magdorf sowie Herrn Prof. Dr. R. Loddenkemper, HELIOS Klinikum E.v. Behring, Lungenklinik Heckeshorn, Berlin (E-Mail: loddheck@zedat.fu-berlin.de, Tel.: 030. 81 02 24 35).

Literatur:

1. Sagebiel D, Hauer B, Haas W, Magdorf K, Priwitzer M, Loddenkemper R: Zukünftige Tuberkulinversorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005; 48: 477–482
2. Schaberg T, Hauer B, Haas W, Hohlfeld J, Kropp R, Loddenkemper R, Loytved G, Magdorf K, Rieder HL, Sagebiel D: Latente tuberkulöse Infektion: Empfehlungen zur präventiven Therapie bei Erwachsenen in Deutschland. Pneumologie 2004; 58: 255–270
3. Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Richtlinien zur Tuberkulindiagnostik. Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen 1996; 93 (18): 1199–1201

Hinweis zu Stellungnahmen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) zu neueren Tb-Diagnostika

Eine ausführliche Stellungnahme des DZK zum DiaVita Tuberkulose-Schnelltest (TB-ST) erscheint in der Oktober-Ausgabe der Zeitschrift *Pneumologie*; eine Stellungnahme zu neu auf dem Markt befindlichen γ -Interferon-Assays erscheint ebenfalls in *Pneumologie*, voraussichtlich in der November-Ausgabe.

Europäische Impfwoche der WHO vom 17.–23. Oktober 2005

Unter dem Motto „Vorbeugen – Schützen – Impfen“ führt die WHO vom 17.–23. Oktober erstmalig in der Region eine Europäische Impfwoche durch, um Impfungen stärker in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses zu rücken. Die Kampagne zur Stärkung des Impfgedankens und zur Erhöhung der Impfraten bündelt vielfältige Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über Nutzen von Impfungen, Folgen der Nichtimpfung sowie über die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen. Durch zielgerichtete Aktivitäten sollen insbesondere gefährdete und schwer erreichbare Personengruppen angesprochen werden und es soll das Bewusstsein der nationalen Entscheidungsträger über den Nutzen von Impfungen erhöht werden, um mehr politische Unterstützung und Aufmerksamkeit zu gewinnen. Ausgangspunkt dafür sind das Bedürfnis und das Recht jedes Kindes auf Impfschutz.

Das WHO-Regionalbüro unterstützt selbst die diesjährige Planung und Durchführung der Impfwoche in 5 Mitgliedsstaaten: in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, in Irland, in Serbien und Montenegro, in Tadschikistan und in Weißrussland. Alle anderen Mitgliedsstaaten sind zu eigenen Aktivitäten entsprechend ihren Möglichkeiten aufgerufen. Ab 2006 wird die Europäische Impfwoche auf die gesamte Region ausgeweitet.

Ein Beispiel für Aktivitäten in **Deutschland** ist der **1. NRW-Impftag**, der am 19.10. in Nordrhein-Westfalen organisiert wurde, um die Impfbereitschaft in der Bevölkerung weiter zu verbessern, noch vorhandene Impflücken zu schließen und die Abstimmung zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen weiter zu intensivieren.

Im Rahmen dieses NRW-Impftages findet am 19.10. in Düsseldorf ein ganztägiges Symposium statt, bei dem die Schwerpunktthemen Influenza, Impfungen bei Kindern und Impf-Management behandelt werden. Außerdem im Programm eine Podiumsdiskussion zur Frage „Was hilft und was hindert beim Impfen?“

Weitere Informationen: Frau Burat, Institut für Virologie, Universitätsklinikum Essen, Tel.: 0201.723.3551.

Fortschritte bei den Durchimpfungsraten

Eine aktuelle Auswertung der bei den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Durchimpfungsraten zeigt, dass in den letzten Jahren in Deutschland doch einige Fortschritte bei der Durchimpfung erzielt werden konnten. Bezogen auf die Kinder, bei denen der Impfausweis zur Kontrolle vorgelegen hatte (90,56% aller Kinder des untersuchten Jahrgangs), lagen die Durchimpfungsraten im Jahre 2004 (in Klammer Vergleichszahl aus 1996) für Diphtherie bei 97,4% (93,9%), für Tetanus bei 97,7% (94,1%), für Pertussis bei 90,1% (34,5%), für *Haemophilus influenzae* b (Hib) bei 92% (54,7%), für Polio bei 94,4% (93,5%) und für Hep B bei 83,6% (7,8%). 92% bis 93,6% der Kinder haben mindestens eine Impfdosis gegen Masern, Mumps und Röteln erhalten und eine zweite Dosis haben 64,2% bis 65,6% der Kinder erhalten. Im Jahre 1999 lag der Anteil der Kinder, die eine zweite Dosis erhalten hatten, noch bei 14% bis 15%.

Mitteilung aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG 33. **Ansprechpartnerin** ist Frau Dr. Sabine Reiter, E-Mail: ReiterS@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 12.10.2005 (38. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	214	4.340	4.461	5	87	80	11	207	192	134	4.535	3.614	4	98	114
Bayern	392	5.857	6.211	5	201	148	35	680	569	153	5.256	4.522	6	143	118
Berlin	55	1.311	1.475	2	28	16	2	125	120	79	2.332	1.920	4	77	89
Brandenburg	70	1.390	1.820	0	36	9	4	176	167	55	1.781	1.484	1	19	20
Bremen	10	188	225	0	4	3	0	25	19	13	444	335	0	2	4
Hamburg	23	624	888	0	23	21	0	23	23	40	1.504	1.317	1	34	27
Hessen	74	2.353	2.718	1	20	10	0	99	65	73	2.699	2.329	3	70	42
Mecklenburg-Vorpommern	23	821	1.151	0	10	8	3	205	206	70	1.558	1.431	5	13	10
Niedersachsen	148	3.247	3.586	3	95	64	6	160	139	107	3.965	3.257	2	34	34
Nordrhein-Westfalen	288	6.700	6.472	10	186	147	24	790	692	356	12.198	9.346	1	69	84
Rheinland-Pfalz	93	2.437	2.759	6	58	68	6	213	178	56	2.240	1.973	6	63	38
Saarland	25	474	546	0	9	4	0	27	13	23	756	666	0	2	6
Sachsen	60	2.709	3.026	0	37	29	10	537	528	48	3.793	3.170	0	80	69
Sachsen-Anhalt	93	1.549	1.853	2	26	11	17	440	391	37	1.376	1.244	1	25	19
Schleswig-Holstein	25	1.026	1.226	2	42	32	3	90	98	41	1.741	1.528	0	15	4
Thüringen	66	1.588	1.832	0	12	13	16	347	319	45	1.309	1.265	2	72	31
Deutschland	1.659	36.614	40.249	36	874	663	137	4.144	3.719	1.330	47.487	39.401	36	816	709

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B +			Hepatitis C +		
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
	2005		2004	2005		2004	2005		2004
Baden-Württemberg	3	57	151	2	96	92	13	812	888
Bayern	9	137	214	2	112	118	23	1.292	1.410
Berlin	1	70	97	1	69	57	14	715	707
Brandenburg	1	26	23	0	10	14	2	78	74
Bremen	2	12	12	2	9	11	2	26	23
Hamburg	1	27	29	0	20	17	0	36	59
Hessen	5	79	111	1	66	82	9	346	409
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	15	0	15	15	3	59	68
Niedersachsen	4	79	104	4	88	90	15	528	580
Nordrhein-Westfalen	5	197	412	1	200	245	16	1.000	1.280
Rheinland-Pfalz	1	49	69	2	77	83	3	422	413
Saarland	0	5	9	0	12	19	3	39	21
Sachsen	0	19	34	0	26	30	2	204	220
Sachsen-Anhalt	2	19	39	1	55	28	5	150	126
Schleswig-Holstein	0	27	22	0	18	24	0	171	162
Thüringen	0	16	24	0	22	20	6	133	101
Deutschland	34	825	1.365	16	895	945	116	6.011	6.541

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. 12.10.2005 (38. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
8	242	270	50	3.887	1.730	23	2.806	2.377	24	470	493	7	85	47	Baden-Württemberg
17	408	411	4	3.684	1.627	27	5.609	3.753	24	616	518	2	44	32	Bayern
1	124	169	34	3.507	1.280	5	2.141	1.362	3	249	237	1	46	42	Berlin
3	171	168	17	3.829	1.931	6	3.416	2.083	3	60	60	1	37	16	Brandenburg
0	25	36	10	467	358	0	229	127	1	37	22	0	19	14	Bremen
2	91	87	0	1.269	504	0	926	620	1	88	82	0	12	8	Hamburg
10	177	233	1	2.271	743	7	1.891	1.551	6	172	163	2	45	17	Hessen
5	125	130	19	3.210	2.020	13	3.278	2.114	3	148	212	1	95	48	Mecklenburg-Vorpommern
14	400	481	13	4.772	2.484	10	3.123	2.187	5	175	173	4	97	55	Niedersachsen
18	646	792	10	8.549	3.009	23	6.780	4.138	21	634	595	3	191	142	Nordrhein-Westfalen
5	251	270	53	3.298	1.954	1	2.183	1.833	6	138	129	1	22	30	Rheinland-Pfalz
5	85	71	4	752	198	1	476	239	0	27	36	0	2	4	Saarland
6	490	500	4	6.914	5.435	10	8.332	4.683	4	294	263	1	130	51	Sachsen
9	252	261	53	2.227	1.058	12	4.349	2.699	6	123	107	1	40	15	Sachsen-Anhalt
6	155	151	1	1.223	639	1	918	600	1	46	37	0	7	4	Schleswig-Holstein
11	391	349	13	3.242	2.171	7	3.248	2.736	0	69	46	1	26	8	Thüringen
120	4.033	4.379	286	53.101	27.141	146	49.705	33.102	108	3.346	3.173	25	898	533	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
0	42	48	1	19	13	8	520	579	Baden-Württemberg	
0	67	57	1	313	12	9	740	697	Bayern	
0	19	16	0	35	9	4	253	276	Berlin	
1	19	9	0	7	1	0	97	118	Brandenburg	
0	6	4	0	1	0	1	47	50	Bremen	
0	9	9	1	7	1	7	144	153	Hamburg	
0	27	30	0	255	14	13	431	414	Hessen	
0	9	16	0	1	0	1	86	95	Mecklenburg-Vorpommern	
0	51	35	0	33	7	5	329	331	Niedersachsen	
3	124	137	0	25	23	19	1.084	1.290	Nordrhein-Westfalen	
1	17	22	0	20	5	5	192	222	Rheinland-Pfalz	
0	9	5	0	0	1	1	61	72	Saarland	
0	20	21	0	13	1	2	131	179	Sachsen	
0	12	20	0	2	1	4	120	149	Sachsen-Anhalt	
0	14	10	0	6	4	0	91	122	Schleswig-Holstein	
0	23	21	0	1	1	2	100	94	Thüringen	
5	468	460	3	738	93	81	4.426	4.841	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. 12.10.2005 (38. Woche 2005)

Krankheit	38. Woche 2005	1.–38. Woche 2005	1.–38. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	0	102	621	652
Brucellose	0	19	20	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	55	58	78
Dengue-Fieber	1	105	86	121
FSME	18	319	216	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	3	62	34	54
Hantavirus-Erkrankung	5	386	155	242
Influenza				
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5 0	12.657 50	3.388 45	3.486 68
Legionellose	6	358	328	475
Leptospirose	3	35	30	58
Listeriose	7	309	222	295
Ornithose	0	31	11	15
Paratyphus	2	37	80	106
Q-Fieber	36	210	97	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	0	1	2	3
Typhus abdominalis	2	53	62	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Dengue-Fieber:****Zahl der Meldungen aus Mittelamerika (Festland) weiter gestiegen, aktuell aber rückläufig**

Im III. Quartal 2005 wurden an das Robert Koch-Institut insgesamt 20 Fälle von Dengue-Fieber übermittelt, bei denen die Infektion in Mittelamerika (nur Festlandsstaaten) erworben wurde (Vorjahre 2001 bis 2004 im III. Quartal: 0 bis 3 Fälle). Folgende Reiseländer wurden genannt (24 Nennungen – 3 Erkrankte hatten mehr als ein Land in der Region bereist): Costa Rica (9 Nennungen), Nicaragua (5), Guatemala (3), Panama, El Salvador und Mexiko (je 2) sowie Honduras (eine Nennung). Nach der 37. Meldewoche wurden keine neuen Fälle mehr im Zusammenhang mit dieser Region übermittelt. Der letzte genannte Erkrankungsbeginn lag im Zeitraum Ende August.

Mit einem Fall aus Guadeloupe (zu Frankreich gehörend) wurde in diesem Quartal nun erstmals auch eine der karibischen Inseln als Infektionsort genannt (Vorjahre: 0 bis 7 Fälle im III. Quartal). Im Hinblick auf die ökologischen Veränderungen im weiteren Verlauf dieser Hurrikan-Saison, die aktuell auch das mittelamerikanische Festland stark betrifft, sind die weiteren Infektionstrends bezüglich Dengue schwer abzuschätzen. Auch weiterhin sollten sich Reisende vor einem geplanten Aufenthalt in Mittelamerika reisemedizinisch beraten lassen und auf Schutz vor tag- und nachtaktiven Überträgermücken achten.

Mitteilung aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI;
Ansprechpartnerin ist Frau Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de).

Hinweis: Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

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

Redaktion

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

Sylvia Fehrmann

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

Vertrieb und Abonentenservice

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

Das Epidemiologische Bulletin

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

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

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

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

Druck

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A 14273