



# Epidemiologisches Bulletin

16. November 2001 / Nr. 46

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Vorsorge vor eventuellen bioterroristischen Anschlägen

Zu Aktivitäten und Angeboten des Robert Koch-Instituts  
im Kontext der Bekämpfung von Seuchengeschehen

Mit dem 11. September 2001 haben sich auch in Deutschland Aufgaben des vorbeugenden Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung ergeben, für die es bisher keinen Vergleich und naturgemäß auch keine fertigen Lösungen gibt und die aktuell bewältigt werden müssen.

*»Die Gesundheit der Bevölkerung gegen eventuelle Bedrohungspotentiale durch bioterroristische Anschläge wirksam zu schützen, hat höchste Priorität. Deshalb wurde schon am Abend des 11. September im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Krisenstab eingerichtet, der unverzüglich Ansprechpartner in den Ressorts und auf Länderebene kontaktiert hat. Ebenso schnell wurde angesichts der neuen Lage eine erste Analyse durchgeführt, welche Gefährdungsbereiche im Gesundheitswesen bestehen und wie die Versorgungsmöglichkeiten im Krisenfall sind. Darüber wurden Gespräche auf Ressortebene mit den Ländern geführt.«* (Auszug aus der Pressemitteilung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vom 7. November 2001).

Das BMG hat unmittelbar nach dem 11. September vorhandene Krisenpläne überprüft und aktualisiert, unter anderem auch das Kommunikationsnetzwerk mit den Instituten im Geschäftsbereich, mit dem Bundeskanzleramt und den weiteren zuständigen Bundesministerien, insbesondere für Verteidigung (BMVg) und Inneres (BMI). Die Arbeitssitzungen zu Maßnahmen der Seuchenabwehr auf verschiedenen Ebenen und natürlich auch mit den Ländern werden je nach Situation flexibel gestaltet und streben zielorientierte, klare Handlungsanweisungen an.

Der dem Robert Koch-Institut als der zentralen Forschungs- und Referenzeinrichtung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf dem Gebiet der biomedizinischen Wissenschaften – insbesondere der Infektionskrankheiten – erteilte Auftrag umfasst sowohl die Beobachtung des Auftretens von Krankheiten und relevanter Gesundheitsgefahren in der Bevölkerung als auch das Ableiten erforderlicher Empfehlungen für Maßnahmen zum wirkungsvollen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. In dieser Funktion ergeben sich in der aktuellen Situation für das RKI eine Reihe spezieller Aufgaben. Die im RKI die vorhandene Expertise zur Verhütung und Bekämpfung der Seuchengeschehen, mit denen in einer normalen Situation gerechnet werden muss, wurde genutzt und ergänzt, um sich auf die in ihrer Art völlig neue Bedrohung durch mögliche bioterroristische Anschläge einzustellen.

Mit einer Darstellung wichtiger Aktivitäten der letzten Tage und Wochen und der bisher geschaffenen Kapazitäten und Angebote, die – durch Umfang und Komplexität bedingt – nur zusammenfassend erfolgen kann, soll an dieser Stelle auf an das Institut herangetragene Fragen eingegangen und gezeigt werden, wie sich das RKI diesen aktuellen zusätzlichen Aufgaben und Problemen gestellt hat.

Diese Woche 46/2001

### Seuchenabwehr:

RKI zu Aktivitäten und Angeboten zur Vorsorge vor möglichen bioterroristischen Anschlägen

### Tuberkulose:

Jahresbericht 2000

### Schutzimpfungen:

Zum Impfstatus bei Kindern von Asylbewerbern

### Shigellose:

Hinweis auf vermehrte Erkrankungen nach Rückkehr aus Tunesien

### Publikationshinweis:

RKI-Schrift zur Kindergesundheit

### Mitteilung:

NRZ für Systemische Mykosen neu ernannt

### Meldepflichtige

### Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
Stand vom 14. November 2001  
(43. Woche)



Selbstverständlich werden alle Aktivitäten eng mit der politischen Leitung, der Fach- und der Dienstaufsicht des BMG abgestimmt. Eine gute Kooperation war und ist von entscheidender Bedeutung, hier besonders das enge Zusammenwirken mit den Landesbehörden und anderen Bundesinstituten wie dem Paul Ehrlich Institut (PEI), dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV), dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und anderen Instituten, wie z. B. dem Bernhard-Nocht-Institut (BNI) oder universitären Einrichtungen (z. B. Institut für Umwelt- und Tierhygiene, Universität Stuttgart-Hohenheim).

### Spezielle Aktivitäten und Angebote des RKI

#### 1. Aufgabenbereich Infektionsepidemiologie

- ▶ Das Zentrum für Infektionsepidemiologie (IfSG) am RKI (ZI) koordiniert bundesweit das Meldewesen nach dem Infektionsschutzgesetz und führt die zentrale Datenbank der nach dem IfSG meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Es besteht eine Online-Vernetzung mit den Landesgesundheitsbehörden und den 430 Gesundheitsämtern. Die Meldungen werden zeitnah ausgewertet und zur Verfügung gestellt.
- ▶ Das ZI gewährleistet täglich (auch an Sonn- und Feiertagen) eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, um im Seuchenefall entsprechend reagieren zu können.
- ▶ Im Rahmen der ›Aufsuchenden Epidemiologie‹ stehen Teams von Epidemiologen nach Anforderung durch Länder oder Kommunen für Untersuchungen vor Ort kurzfristig zur Verfügung.
- ▶ Ein Ausbildungsprogramm für ›Aufsuchende Epidemiologie‹, das vom BMG finanziert wird, stärkt die entsprechende Qualifikation der Fachkräfte der Länder und Kreise.
- ▶ Die Wissenschaftler im RKI arbeiten Strategien zur Bekämpfung von Seuchengeschehen, die sich im Falle von Anschlägen mit verschiedenen Erregern ergeben könnten. Dazu erfolgt eine Abstimmung mit dem BMG und den zuständigen Behörden der Länder.
- ▶ Das ZI ist Ansprechpartner für Deutschland im *Early Warning System* der EU und wirkt in den europäischen Programmen zur Surveillance spezieller Infektionskrankheiten mit.

#### 2. Aufgabenbereich Labordiagnostik

- ▶ Die am RKI angesiedelten fünf Nationalen Referenzzentren (NRZ) und drei Konsiliarlaboratorien bieten gemeinsam mit den externen NRZ und Konsiliarlaboratorien Beratung, spezielle Diagnostik und Weiterbildung an.
- ▶ Sicherheitslaboratorien (L3) stehen im Robert Koch-Institut in den Bereichen Berlin und Wernigerode zur Verfügung und bieten Untersuchungsmöglichkeiten für spezielle Infektionserreger, die im Zusammenhang mit bioterroristischen Anschlägen relevant sein könnten (bisher wurde vor allem die Diagnostik von *Bacillus anthracis*, *Yersinia pestis*, *Francisella tularensis* und Botulinustoxin vorbereitet). Die mikrobiologische Diagnostik aller

gegenwärtig für bioterroristische Anschläge als besonders geeignet angesehenen Erreger – das sog. *Dirty Dozen* – soll etabliert werden. Dies erfolgt in Zusammenarbeit, insbesondere methodischer Abstimmung, mit anderen Instituten (z. B. BNI, PEI, BgVV, Universität Stuttgart-Hohenheim).

Im Rahmen der Aufgabenteilung erfolgen Untersuchungen von verdächtigen Proben im RKI insbesondere dann, wenn Bundeseinrichtungen betroffen sind oder regionale Laboratorien Unterstützung erbitten.

- ▶ Das EU-Netzwerk *European Network on Imported Viral Diseases* (ENIVD) wird seit mehreren Jahren durch Mitarbeiter des RKI koordiniert.

#### 3. Aufgabenkomplex der Kommunikation und Information

- ▶ Am RKI wurde eine Zentrale Informationsstelle des Bundes zur Seuchenabwehr (ZIBS) – zunächst als ›Informationsstelle für biologische Kampfstoffe‹ bezeichnet – eingerichtet. Das zugehörige Bürgertelefon (Tel.: 01888.754-3430) steht werktags von 9.00–19.00 Uhr zur Verfügung und wird seit seinem Bestehen intensiv in Anspruch genommen.
- ▶ Ergänzend stellt die Pressestelle einschlägige Informationen für die Medien bereit.
- ▶ Das Internet-Angebot auf der Homepage des RKI (<http://www.rki.de>) wurde situationsgerecht erweitert, damit stehen ständig aktualisierte Informationen zu verschiedenen Aspekten der relevanten Infektionen und des Seuchengeschehens zur Verfügung. Die hohe Inanspruchnahme dieses Mediums signalisiert den großen Bedarf (im Oktober 2001 waren 830.000 Abfragen spezieller Seiten zu verzeichnen, das war das Dreifache der normalen Zugriffe).
- ▶ Das spezielle Angebot im Internet umfasst u. a. Empfehlungen zum richtigen Verhalten bei Verdacht auf Kontamination mit gefährlichen Erregern, z. B. in Poststellen, und gibt in einer speziellen Rubrik Antworten auf häufig gestellte Fragen, die ständig aktualisiert werden.
- ▶ Mit dem *Epidemiologischen Bulletin* des RKI steht ein geeignetes Instrument für aktuelle Berichte und Statistiken zum Auftreten von Infektionskrankheiten zur Verfügung. Eine Auflage von rund 5.000 Exemplaren ermöglicht wöchentlich die Information der Gesundheitsbehörden und anderer Behörden sowie von Ärzten in Kliniken, Praxen, Laboratorien und wissenschaftlichen Einrichtungen.
- ▶ Der bestehende Alarmplan zum Schutz vor lebensbedrohenden importierten Infektionskrankheiten wurde aktualisiert. Mit den *Standard Operating Procedure* (SOP) ›Seuchenalarm‹ werden im RKI klare Entscheidungsstrukturen festgelegt. Ein Kommunikationsnetzwerk sichert die Kontakte zu den Ansprechpartnern in den Ländern (insbesondere Oberste Landesgesundheitsbehörden, Gesundheitsämter).
- ▶ Die traditionell im RKI erarbeiteten Reihen ›Merkblätter für Ärzte‹ und ›Ratgeber Infektionskrankheiten‹ wurden kurzfristig um Ratgeber zu Erregern ergänzt, die

für bioterroristische Zwecke eingesetzt werden könnten. Diese werden nur zu einem Teil im Internet angeboten, weiteres Material steht Fachleuten auf Anfrage zur Verfügung.

- Zur Fort- und Weiterbildung für den ÖGD und Einsatzkräfte im Seuchenfall werden gegenwärtig Konzepte und Materialien vorbereitet. Zur Information und Weiterbildung von Ärzten und Medizinstudenten besteht eine Kooperation mit der Bundesärztekammer und dem *Deutschen Ärzteblatt*.

Bei allen diesen Aktivitäten muss berücksichtigt werden, dass eine Bundeseinrichtung wie das Robert Koch-Institut so gut wie keine direkte operative Verantwortung besitzt. Diese liegt nach dem Grundgesetz bei den Ländern und Kommunen. Das RKI stellt in erster Linie Expertenwissen zur Verfügung und kann darüber hinaus im Rahmen seiner Aufgaben im Bund-Länder-Informationsverfahren nach

dem Infektionsschutzgesetz koordinierende Aufgaben übernehmen.

Es soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es – wie auch Bundesgesundheitsministerin Schmidt in ihrer Mitteilung am 7. November d. J. betonte – derzeit keine konkreten Hinweise auf besondere Bedrohungslagen in der Bundesrepublik Deutschland gibt. Es wird aber für richtig gehalten, vorbereitet zu sein, sachlich zu informieren und in der gegenwärtigen Diskussion Gelassenheit zu üben, was nicht mit Nachlässigkeit verwechselt werden darf. Bisher ist das Institut noch nicht zu einem »Zentrum der Hysterie« geworden, wie es in einem bekannten deutschen Nachrichtenmagazin kürzlich zu lesen war.

Dieser kurze Bericht soll auf aktuelle Angebote und Leistungen des Robert Koch-Instituts aufmerksam machen. Die in Zukunft möglicherweise auf uns zukommenden Probleme können jedoch nur in Zusammenarbeit und mit Unterstützung von außen bewältigt werden.

## Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten im Jahr 2000 Tuberkulose in Deutschland

Obwohl die Tuberkulosesituation auf der Basis der Melde- daten für das Jahr 2000 nicht als bedrohlich zu bezeichnen ist, gehört Deutschland nicht zu den *low incidence countries* und es sind weiterhin konsequente Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose erforderlich! Eine effektive Tuberkulosebekämpfung wird vorrangig durch die rasche Entdeckung erkrankter und infektiöser Personen erzielt, dabei müssen die bekannten Risikogruppen besondere Beachtung finden.

Die Zahl der in Deutschland für das Jahr 2000 (noch nach dem Bundes-Seuchengesetz) gemeldeten Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose betrug 9.064. Das entspricht einer Inzidenz von 11,0 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (1999: 12,2). Damit hat sich die bereits in den Vorjahren bestehende insgesamt rückläufige Tendenz von Tuberkulose-Erkrankungen weiter fortgesetzt (1999: 9.974 Erkr., 1998: 10.440 Erkr.; 1997: 11.163 Erkr.).

Wie auch in den Vorjahren, sind Männer mit einer Inzidenz von 14,0 (5.619 gemeldete Erkr.) häufiger betroffen als Frauen mit einer Inzidenz von 8,2 (3.445 Erkr.). 446 Neuerkrankungen (4,9 %) betrafen Kinder unter 15 Jahren; im Jahr 1999 waren 425 Kinder an Tuberkulose erkrankt. Damit erhöhte sich die Zahl der Neuerkrankungen im Kindesalter im Jahr 2000 um 17 Fälle (4,9 %). Dieser Anstieg der Erkrankungszahlen im Kindesalter ist insofern bedeutsam, als Kinder aufgrund der häufigen und zeitnahen Erkrankung nach Infektion als Indikator für das Tuberkulosegeschehen gelten können. Der in den Vorjahren leicht angestiegene Anteil von Erkrankungen bei Ausländern ist im Jahr 2000 mit 33,6 % etwa gleich geblieben (1999: 33,1%; 1998: 31,5 %).

### Klinische Manifestation

Eine Tuberkulose der Atmungsorgane war bei 83,1 % der Erkrankten nachweisbar, 16,9 % der Patienten wiesen eine

Tuberkulose anderer Organe auf. Unter den Tuberkulose-Erkrankungen anderer Organe standen mit 48,5 % die Tuberkulose der peripheren Lymphknoten und mit 20,4 % die Tuberkulose des Urogenitaltraktes im Vordergrund. Zu den seltener diagnostizierten Tuberkulosen anderer Organe gehört die Tuberkulose der Knochen und Gelenke (11,8 %) und die Meningitis tuberculosa (3,3 %). – Bei 70 % der an Tuberkulose der Atmungsorgane Erkrankten wurde die Erkrankung durch den Erregernachweis gesichert.

Bundesland	Inzidenzrate (Erkr. pro 100.000 Einw.)		
	1998	1999	2000
Hamburg	16,8	19,1	17,2
Hessen	15,6	15,8	14,0
Berlin	15,4	14,4	14,0
Saarland	13,8	12,0	13,8
Nordrhein-Westfalen	14,3	13,6	12,6
Bremen	13,0	14,4	11,2
Bayern	13,4	11,9	11,0
Baden-Württemberg	11,2	10,9	10,7
Rheinland-Pfalz	12,3	12,4	10,1

Tab. 1: Tuberkulose in Deutschland in Bundesländern mit relativ hohen bzw. mittleren Inzidenzraten in den Jahren 1998–2000

Bundesland	Inzidenzrate (Erkr. pro 100.000 Einw.)		
	1998	1999	2000
Niedersachsen	9,9	5,6	9,1
Mecklenburg-Vorpommern	12,2	12,4	9,1
Sachsen-Anhalt	12,0	11,9	9,1
Schleswig-Holstein	9,4	8,7	8,2
Thüringen	10,8	8,1	8,1
Brandenburg	10,3	9,0	7,9
Sachsen	11,0	10,3	7,6

Tab. 2: Tuberkulose in Deutschland in Bundesländern mit niedrigen Inzidenzraten in den Jahren 1998–2000

### Regionale Besonderheiten der durch Meldung erfassten Tuberkulosemorbidity

In der Bundesrepublik besteht eine regional unterschiedliche Häufigkeit von Tuberkulose-Erkrankungen. Die für die einzelnen Bundesländer ermittelten Inzidenzraten lagen zwischen 17,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in Hamburg und 7,6 in Sachsen.

Nur im Saarland sind steigende Inzidenzraten zu verzeichnen, in allen anderen Bundesländern waren die Inzidenzen gleichbleibend oder geringer als im Jahr 1999 (Einzelheiten s. Tab. 1 und 2, S. 351).

### Zur Erregerresistenz

Eine besondere Rolle spielen weiterhin durch multiresistente Erregern verursachte Tuberkulose-Erkrankungen (definiert als resistent gegen Isoniazid und Rifampizin). Diese weisen seit Jahren die Tendenz einer stetigen Zunahme auf.

Nach den Daten des Nationalen Referenzzentrums für Mykobakterien in Borstel wurde im Jahr 2000 in 5,5 % der Fälle eine Multiresistenz nachgewiesen (1999: 4,4 %; 1998: 4,8 %). Diese Angaben sind zwar nicht repräsentativ für die Bundesrepublik, da sie auf einer selektionierten Stichprobe (Untersuchungsmaterial von Patienten mit Therapieproblemen) beruhen und damit einen relativ hohen Anteil der Multiresistenz ausweisen. Da die Einsendeklientel sich nicht verändert hat, besteht aber angesichts des über Jahre zu beobachtenden Trends kein Zweifel an einer Zunahme von multiresistenten Erregern auch in Deutschland.

Wichtig sind die im Arbeitskreis Mykobakterien (AKM) ermittelten Aussagen: Der AKM wertete für das Jahr 2000 2.912 Stämme von *M. tuberculosis* aus 52 Laboratorien aus, bei denen ein Sensibilitätstest durchgeführt worden war. Es fanden sich 73 multiresistente Stämme (2,5 %). Auch dieser Wert lag höher als der im Vorjahr ermittelte Anteil.

Infektionen mit multiresistenten Erregern betreffen insbesondere sozial benachteiligte Gruppen sowie Zuwanderer aus Ländern mit hohem Infektionsrisiko an Tuberkulose. Wegen der schlechteren Therapierbarkeit erhöht sich das Risiko tödlicher Verläufe. Bei Infektionen mit multiresistenten Erregern sind konsequente Maßnahmen der Infektionshygiene, die eine Unterbrechung von Infektketten garantieren, unverzichtbar.

### Zur Surveillance der Tuberkulose in Deutschland

Die bisherigen, nach dem BseuchG erhobenen Meldedaten bedurften der Ergänzung, weil sie keine detaillierten Aussagen zur Verbreitung der Tuberkulose in bestimmten Bevölkerungsgruppen und zu sozialen Determinanten ermöglichten. Diese Daten zur Struktur der Tuberkulose-Morbidity wurden daher bis zum Jahr 2000 in einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern zusätzlich erhoben. Für das Jahr 2000 standen sie bisher noch nicht zur Verfügung und werden nach Abschluss der laufenden Auswertungen publiziert.

Mit dem Inkrafttreten des IfSG erfassen die Gesundheitsämter zusätzlich diagnostische, klinische und soziodemographische Begleitangaben und stellen diese dem Robert Koch-Institut auf dem Meldewege direkt zur Verfügung. Dadurch wird eine zeitnahe und detaillierte Beurteilung der Situation durch das RKI möglich.

### Anmerkungen zur globalen Situation

Weltweit haben sich die Zahlen der Tuberkulose-Erkrankungs- und -Sterbefälle trotz aller Gegenmaßnahmen, insbesondere des verbreiteten Einsatzes der Strategie DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*), der kontrollierten, kombinierten Therapie, bisher insgesamt noch weiter erhöht. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkrankten 1999 etwa 8,4 Millionen Menschen neu an Tuberkulose (1998: 8 Millionen).

Die Häufigkeit der Tuberkulose hängt stark von den Lebensbedingungen ab. Daher besitzt diese Krankheit eine besonders große Bedeutung in Entwicklungsländern; hier treten weltweit mehr als 90 % der Erkrankungen auf und sterben jährlich zwei bis drei Millionen Menschen an Tuberkulose.

Der aktuell zu beobachtende Anstieg ist vor allem auf die mit der HIV/AIDS-Epidemie in Afrika assoziierte Zunahme der Tuberkulose-Erkrankungen in dieser Region zurückzuführen. Sollte sich dieser Trend fortsetzen, werden für das Jahr 2005 10,2 Millionen neuer Fälle erwartet, dabei könnte Afrika extrem betroffen sein.

Auch das verstärkte Auftreten multiresistenter Erreger ist vor allem in armen Ländern ein gravierendes Problem, in denen die kontinuierliche Versorgung mit Medikamenten sowie die medizinische Infrastruktur unzureichend sind. Hinsichtlich der Multiresistenz bestehen weiterhin kritische Situationen in Teilen Asiens (Indien, China) und Südamerikas sowie in Osteuropa, einer Region, in der gegenwärtig jährlich etwa eine Viertelmillion neue Tuberkulose-Erkrankungen auftreten. Durch vielfältige Kontakte und Migrationsprozesse besitzt dieses Potenzial multiresistenter Stämme auch eine unmittelbare Bedeutung für Deutschland und andere europäische Länder.

Der vorliegende Jahresbericht des RKI zur Tuberkulose in Deutschland im Jahr 2000 beruht auf den Meldedaten des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden, sowie auf Daten aus dem NRZ für Mykobakterien in Borstel (Frau Dr. S. Rüsck-Gerdes), dem Arbeitskreis Mykobakterien, vertreten durch Herrn Dr. R. Küchler, Krankenhaus Neukölln, Berlin, und aus dem WHO-Report 2001 *Global Tuberculosis Control*. Dank gilt allen Gesundheitsbehörden, Laboratorien und Kliniken, die durch Daten und Befunde zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben.

## Zum Impfstatus der Kinder von Asylbewerbern

Die Ständige Impfkommission empfiehlt, Schutzimpfungen bei Aussiedlern, Flüchtlingen oder Asylbewerbern in Gemeinschaftsunterkünften möglichst frühzeitig durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder durch vom ÖGD beauftragte Ärzte zu beginnen. Dabei sollten vorliegende Impfdokumentationen nach Möglichkeit berücksichtigt und die Empfehlungen der STIKO dem Vorgehen zugrunde gelegt werden (s. a. *Epid. Bull.* 28/01). In jüngerer Zeit wurde nicht quantifiziert, wie hoch der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist, für die Impfungen indiziert sind.

Das Gesundheitsamt Karlsruhe führte im Sommer 2001 eine orientierende Untersuchung zu dieser Frage durch. Studienpopulation war eine konsekutive Serie von 200 Asylbewerbern im Alter bis zu 20 Jahren, die zwischen Juni und August 2001 in der Landesaufnahmestelle für Asylbewerber in Karlsruhe aufgenommen wurden und aus 14 verschiedenen Ländern stammten. Bei der Aufnahmeuntersuchung wurde auf BCG-Impfnarben geachtet. Ein Arzt erfragte, ob ein Impfdokument vorlag und versuchte, von den Sorgeberechtigten bzw. den älteren Jugendlichen, anamnestic Angaben zu durchgeführten Impfungen zu eruieren.

### Ergebnisse

Nur für zwei Kleinkinder aus Bosnien-Herzegowina konnten Impfausweise vorgelegt werden. Bei 19 Personen (9,5%) waren weder BCG-Impfnarben erkennbar, noch wurden Angaben zu irgendeiner erhaltenen Impfung gemacht. Für 179 weitere Personen (89,5%) waren entweder

BCG-Impfnarben erkennbar oder es wurde angegeben, dass die betreffende Person eine oder mehrere Impfungen erhalten hatte. Nur im Ausnahmefall war jedoch eingrenzbare, gegen welche Krankheiten eine Impfung erfolgt sei. Zu keiner Person wurden Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln oder Hepatitis B angegeben. Nach Auskunft der Befragten existieren Impfprogramme im Irak, Iran, Türkei, Jugoslawien, Russland, Togo und Kamerun. Im Irak und im Iran umfassen die Programme Schutzimpfungen gegen Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Pertussis und Tetanus. Allerdings werden Familien in abgelegenen Wohngegenden häufig nicht von bestehenden Impfprogrammen erreicht. Letztlich konnte im Einzelfall mangels eines Impfdokuments nicht verlässlich ermittelt werden, welche Impfungen tatsächlich verabreicht worden waren.

### Schlussfolgerungen

Zwar deuteten BCG-Impfnarben bei vielen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen darauf hin, dass diese durch ein Impfprogramm erreicht worden sind. Im Einzelfall kann jedoch bei der Entscheidung über die Indikation zur Impfung nur ausnahmsweise auf Impfdokumente zurückgegriffen werden. Nach den Empfehlungen der STIKO sind für fast alle asylsuchenden Kinder und Jugendlichen alle empfohlenen Impfungen angezeigt. Diese sollten dann sobald sich die Möglichkeit ergibt, durchgeführt werden.

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Frau Dr. Elisabeth Schacher, Gesundheitsamt Karlsruhe, und Herrn Dr. Hamid Schakeriyan, Karlsruhe.

### Hinweis auf außergewöhnliche Häufung: Vermehrt Shigellosen nach Rückkehr aus Tunesien

Bundesweit sind in der 42. und 43. Meldewoche je 16 Shigellosen gemeldet worden, bei denen Tunesien als Infektionsland genannt wurde. Bei den in der 42. und 43. Meldewoche insgesamt 115 gemeldeten Shigellosen fehlte bei 15 Meldungen Angaben zum Infektionsland.

Die beobachteten 16 Fälle pro Woche übersteigen die Grenze des Erwartungsbereiches deutlich. Die hier erwähnten Fälle wurden dem RKI aus folgenden Bundesländern übermittelt: Niedersachsen (6 Fälle), Sachsen-Anhalt (6), Rheinland-Pfalz (6), Baden-Württemberg (3), Hessen (3), Thüringen (2), Sachsen (2), Berlin (2), Bayern (1), Nordrhein-Westfalen (1). Von 27 Fällen mit Angaben zum Serotyp wurde in 25 Fällen (93%) *S. sonnei* angegeben. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass es sich hierbei um ein außergewöhnliches Häufungsgeschehen handelt.

Ein Ausbruch ließe sich allerdings erst durch Nachrecherchen durch diejenigen Gesundheitsämter bestätigen, die entsprechende Meldungen erhalten haben. Hierfür können auf Wunsch vorbereitete Erhebungsbögen beim RKI angefordert werden (Ansprechpartner s. unten).

Auch für Gesundheitsämter, die kürzlich keine Shigellosen mit Infektionsland Tunesien gemeldet bekommen haben, kann es sinnvoll sein, bestehende Fälle mit fehlenden Angaben zum Infektionsland daraufhin zu überprüfen.

Durch weiterführende Erkenntnisse könnten in internationaler Zusammenarbeit Maßnahmen zur Identifikation und ggf. Beseitigung der Infektionsquelle eingeleitet werden. Außerdem könnte bei entsprechender Kenntnislage eine Warnung an des EU-Netzwerk abgesetzt werden.

Es wird gebeten, Hinweise oder weiterführende Informationen zu dieser Häufung über die zuständigen Landesstellen an das **Zentrum für Infektionsepidemiologie** des Robert Koch-Institutes zu senden.

Ansprechpartner:  
Frau Dr. Ammon  
Tel.: 01888.754-3402  
E-Mail: AmmonA@rki.de.

### RKI-Schrift 2/01 erschienen: Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter

Die vom RKI herausgegebene Schrift (Autor: Andreas Schoppa) schlägt Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter vor. Sie beruhen auf einer Analyse in Deutschland verfügbarer Daten mit Trendbeschreibungen. Einbezogen wurden Befragungen von Experten, von praktizierenden Kinderärzten und von jungen Eltern sowie Gesundheitsziele für Kinder in anderen Ländern.

Der Band (277 Seiten) kann über den Buchhandel zum Preis von 48,95 (97,90 DM) bezogen werden (ISBN 3-86094-169-0).

### Neu ernannt: Nationales Referenzzentrum für Systemische Mykosen

**Nationales Referenzzentrum für Systemische Mykosen**  
c/o Georg-August-Universität Göttingen  
Abteilung für Bakteriologie  
Kreuzberggring 57  
37075 Göttingen  
Ansprechpartner: Herr Prof. Dr. med. Uwe Groß  
Tel.: 0551.39-5806, -5801, Fax: 0551.39-5861  
E-Mail: ugross@gwdg.de

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 14.11.2001 (43. Woche)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.
	2001		2000	2001		2000	2001		2000	2001		2000+	2001		2000+
Baden-Württemberg	230	8521	7423	0	9	13	1	9	10	4	120		16	510	
Bayern	226	7938	9127	0	11	13	0	11	9	5	161		13	430	
Berlin	61	2376	2118	0	6	2	0	7	4	0	9		6	240	
Brandenburg	88	2825	2715	0	0	0	0	1	1	0	8		6	192	
Bremen	2	429	435	0	2	0	0	0	1	2	10		3	61	
Hamburg	28	1456	1232	0	2	1	0	3	2	0	16		1	28	
Hessen	138	4195	4556	0	2	7	0	11	7	0	44		2	194	
Mecklenburg-Vorpommern	48	2291	2725	0	0	0	0	0	1	3	39		8	235	
Niedersachsen	177	5339	6612	0	4	1	0	7	5	1	87		7	168	
Nordrhein-Westfalen	251	10352	12408	0	13	8	0	18	13	3	213		18	567	
Rheinland-Pfalz	119	3168	3683	0	2	3	0	6	2	2	40		1	105	
Saarland	14	492	841	0	1	1	0	0	0	0	5		0	30	
Sachsen	106	4509	4447	0	2	1	0	0	1	1	55		9	583	
Sachsen-Anhalt	131	4145	2928	0	0	3	0	0	0	0	34		11	364	
Schleswig-Holstein	56	1982	2084	0	3	0	0	3	1	0	15		0	46	
Thüringen	87	3924	3039	0	1	0	0	2	3	0	25		10	362	
<b>Gesamt</b>	<b>1762</b>	<b>63942</b>	<b>66373</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>78</b>	<b>60</b>	<b>21</b>	<b>881</b>		<b>111</b>	<b>4115</b>	

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C		
	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.
	2001		2000	2001		2000	2001		2000 +
Baden-Württemberg	17	261	169	12	410	289	31	1001	
Bayern	6	180	243	0	291	678	9	632	
Berlin	9	157	155	3	79	110	0	39	
Brandenburg	1	32	19	0	32	26	0	68	
Bremen	3	77	17	0	15	30	1	17	
Hamburg	0	64	120	1	65	103	0	35	
Hessen	8	163	168	4	170	307	2	311	
Mecklenburg-Vorpommern	0	8	16	0	19	15	1	63	
Niedersachsen	3	179	166	5	173	498	14	400	
Nordrhein-Westfalen	10	500	824	8	706	1131	9	1304	
Rheinland-Pfalz	5	69	94	2	82	269	4	162	
Saarland	0	9	5	1	20	48	0	24	
Sachsen	1	42	52	2	66	66	0	56	
Sachsen-Anhalt	1	24	22	1	32	52	0	97	
Schleswig-Holstein	0	56	44	1	40	81	0	49	
Thüringen	0	21	25	0	13	20	1	27	
<b>Gesamt</b>	<b>64</b>	<b>1842</b>	<b>2139</b>	<b>40</b>	<b>2213</b>	<b>3723</b>	<b>72</b>	<b>4285</b>	

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 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, jedoch

Stand v. 14.11.2001 (43. Woche)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen														Land	
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
43.	1.-43.	1.-43.	43	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.		1.-43.
2001		2000 +	2001		2000	2001		2000 +	2001		2000 +	2001			2000 +
110	5204		7	229	174	12	454		7	782		23	4553		Baden-Württemberg
112	4622		6	152	152	15	467		0	217		20	4047		Bayern
96	3239		7	108	78	7	192		3	565		5	1386		Berlin
46	1752		0	46	17	12	251		0	339		13	2090		Brandenburg
5	406		0	2	4	1	35		0	59		0	269		Bremen
36	1902		6	53	60	1	164		0	108		8	728		Hamburg
83	2476		5	93	53	7	298		0	131		11	1696		Hessen
35	1265		0	22	11	7	265		1	71		13	2167		Mecklenburg-Vorpommern
91	3294		6	55	41	17	522		0	577		19	3877		Niedersachsen
178	9719		2	117	91	11	906		0	514		21	5499		Nordrhein-Westfalen
68	2276		3	79	49	4	286		2	344		9	1818		Rheinland-Pfalz
17	694		1	3	4	1	56		0	153		1	359		Saarland
96	3339		8	182	109	13	596		16	2435		21	5985		Sachsen
51	1245		6	46	57	12	485		5	1088		27	4241		Sachsen-Anhalt
24	1818		0	26	9	1	168		0	15		2	1012		Schleswig-Holstein
50	1686		2	86	59	21	519		4	83		23	3077		Thüringen
<b>1098</b>	<b>44937</b>		<b>59</b>	<b>1299</b>	<b>968</b>	<b>142</b>	<b>5664</b>		<b>38</b>	<b>7481</b>		<b>216</b>	<b>42804</b>		<b>Gesamt</b>

Meningokokken-Erkr.										Masern			Tuberkulose			Land
43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.					
2001		2000	2001		2000 +	2001		2000 +								
2001		2000	2001		2000 +	2001		2000 +								
0	67	72	0	680		12	727							Baden-Württemberg		
2	73	66	9	2011		26	843							Bayern		
3	38	30	1	42		15	273							Berlin		
1	19	20	0	10		0	155							Brandenburg		
1	7	5	0	4		5	62							Bremen		
1	37	20	0	5		2	154							Hamburg		
2	30	39	0	118		3	574							Hessen		
0	25	24	0	2		0	114							Mecklenburg-Vorpommern		
0	69	55	1	464		6	457							Niedersachsen		
2	173	148	11	1450		20	999							Nordrhein-Westfalen		
0	14	22	1	180		1	252							Rheinland-Pfalz		
0	9	7	0	13		1	85							Saarland		
1	25	26	0	24		2	181							Sachsen		
0	23	23	0	35		9	224							Sachsen-Anhalt		
0	29	11	0	235		0	73							Schleswig-Holstein		
0	20	27	1	14		6	135							Thüringen		
<b>13</b>	<b>658</b>	<b>595</b>	<b>24</b>	<b>5287</b>		<b>108</b>	<b>5308</b>							<b>Gesamt</b>		

ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. Im laufenden Jahr 2001 sind Vergleichswerte zum Vorjahr entweder nur bedingt aussagefähig oder nicht verfügbar, weil mit dem IfSG grundsätzliche Veränderungen des Meldewesens erfolgten. – Für das **Quartal** und das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

+ z.Z. keine Angabe von Vergleichswerten

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Stand v. 14.11.2001 (43. Woche)

Krankheit	43. Woche 2001	1.–43. Woche 2001	1.–43. Woche 2000	1.–52. Woche 2000
Adenovirus-Infektion +	3	89		
Influenza +	2	2407		
Legionellose +	4	247		
FSME +	5	151		
Haemophilus-infl.-Infektion +	0	59		
Humane spongif. Enz. +	0	33		
Listeriose +	2	161		
Brucellose	1	18	20	27
Hantavirus-Infektion +	2	155		
Leptospirose	4	31	32	45
Ornithose	0	46	66	86
Q-Fieber	2	237	201	206
Tularämie	0	1	3	3
Giardiasis +	78	3127		
Kryptosporidiose +	46	1119		
Trichinellose	0	7	4	4

+ z. Z. keine Angabe von Vergleichswerten

**Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:****► Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF):**

1. Hamburg, 31 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand
2. Hamburg, 34 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand
3. Bayern, 26 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand
4. Rheinland-Pfalz, 48 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Malaysia (43. bis 46. Dengue-Fall in diesem Jahr)

**Hinweis auf Ausbrüche von besonderer Bedeutung:**

- **Shigellose:** Nach den vorliegenden aktuellen Meldungen werden bundesweit vermehrt Shigellose-Erkrankungen im Zusammenhang mit Reisen nach Tunesien beobachtet (s. Kurzbericht auf S. 353 dieser Ausgabe).

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, HUS, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von HUS oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Infektionen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Humanen spongiformen Enzephalopathie enthalten.

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20  
13353 BerlinTel.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2328  
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 01888.754-2457  
E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455  
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

**Vertrieb und Abonentenservice**Vertriebs- und Versand GmbH  
Düsterhauptstr. 17  
13469 Berlin  
Abo-Tel.: 030.403-3985**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen Netzwerkes 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 DM 96,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,- 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: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

**Druck**

Paul Fieck KG, Berlin

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273