



Epidemiologisches Bulletin

2. März 2007 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zu einem Norovirus-Ausbruch in einem Pflegeheim

Ablauf des Geschehens und Maßnahmen des Gesundheitsamtes

Am Freitag, dem 08.12.2006, wurde dem Fachdienst Gesundheit eines Gesundheitsamtes in Sachsen-Anhalt aus einem Pflegeheim gemeldet, dass 5 Bewohner an Durchfall und Erbrechen erkrankt waren. Später stellte sich heraus, dass es noch weitere Erkrankte gab, die aber zum Zeitpunkt des Telefonats mit dem Fachdienst Gesundheit noch nicht als erkrankt gemeldet waren (s. Abb. 1).

Aufgrund der Häufung von Magen-Darm-Erkrankungen und der klinischen Symptomatik wurden Noroviren als Ursache verdächtigt. Sofort wurden die wichtigsten empfohlenen **Maßnahmen** zur Eindämmung solcher Ausbrüche wie **Desinfektion**, **Isolierung** der betroffenen Patienten und deren Unterweisung hinsichtlich korrekter **Händehygiene** eingeleitet. Außerdem wurden zur ätiologischen Klärung **Stuhlproben** veranlasst, die jedoch am 08.12.2006 nicht mehr entnommen werden konnten.

Am folgenden Tag, Samstag den 09.12.2006, wurde eine Mitarbeiterin des Fachdienstes Gesundheit von der Rettungsleitstelle der Kreisverwaltung informiert, dass weitere Erkrankungen aufgetreten waren. Die Mitarbeiterin erfuhr durch ihren Anruf bei der Pflegedienstleitung, dass bereits 3 Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden mussten und dass auch Personal erkrankt sei. Den Bewohnern des Heimes wurde empfohlen, sich nach Möglichkeit in ihren Zimmern aufzuhalten und auch dort das Essen einzunehmen. Die laufenden Desinfektionsmaßnahmen wurden wie empfohlen durchgeführt. Zur **Händedesinfektion** wurde ein viruzides Mittel verwendet („Sterilium Virugard“), zur **Flächendesinfektion** das Präparat „Teta Q“.

Während der Zeit des Ausbruchs wurden alle Veranstaltungen inklusive Friseur- und Fußpflegetermine abgesagt. Die Bewohner hielten sich nach Möglichkeit in ihren Zimmern auf und nahmen dort auch ihre Diät-Mahlzeiten ein. Es erfolgte kein Personalaustausch zwischen den einzelnen Wohnbereichen und Besucher mussten sich erst beim Personal anmelden. Außerdem erfolgte

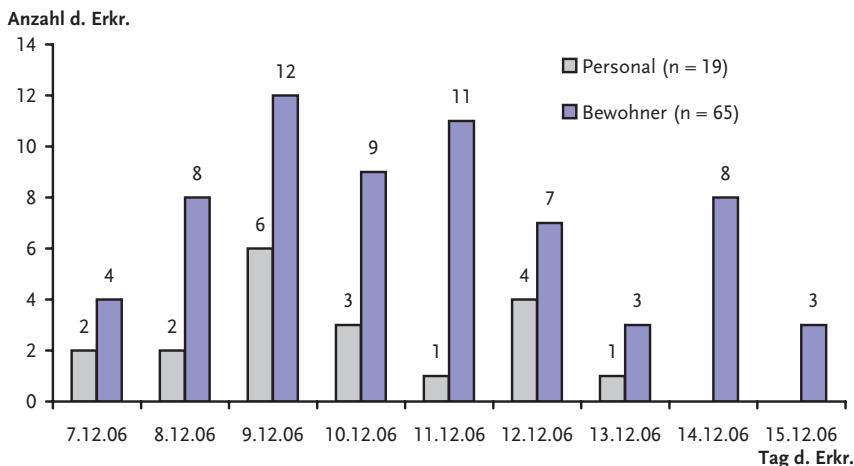


Abb. 1: Norovirus-Erkrankungen in einem Pflegeheim nach dem Erkrankungstag, LK Wittenberg, Dezember 2006 (n=84)

Diese Woche

9/2007

Norovirus-Infektionen:

Zu einem Ausbruch
in einem Pflegeheim

Leptospirose:

Fallbericht – Erkrankung
nach Rattenbiss

Veranstaltungshinweis:

Fortbildungsveranstaltung
für den ÖGD 2007

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

Körperlich-sportliche Aktivität
im Survey KiGGS

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik
nichtnamentlicher Meldungen
des Nachweises
ausgewählter Infektionen
Dezember 2006
(Stand: 1. März 2007)
- ▶ Aktuelle Statistik
6. Woche 2007
(Stand: 28. Februar 2007)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur aktuellen Situation



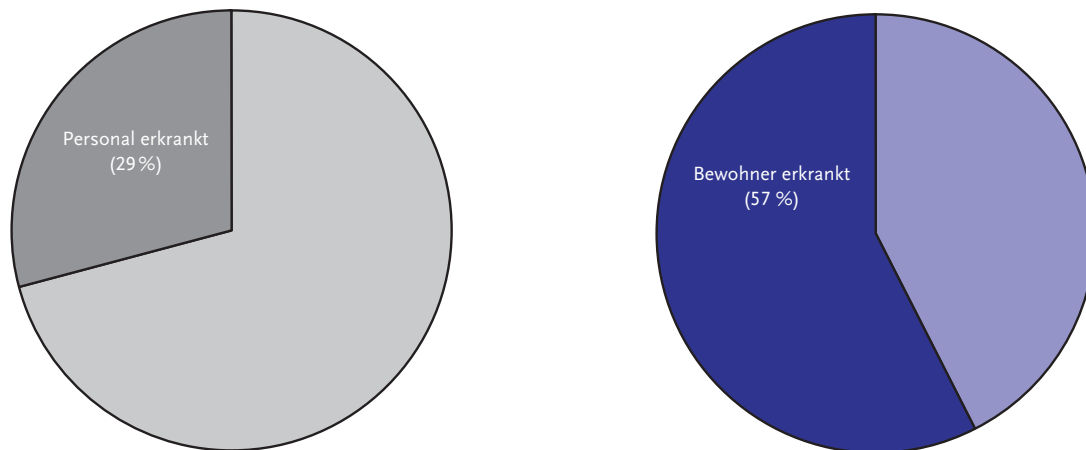


Abb. 2: Anteil der Norovirus-Erkrankungen bei Personal und Bewohnern eines Pflegeheims, LK Wittenberg, Dezember 2006

eine tägliche Wischdesinfektion patientennaher Bereiche. Die Zimmer der Erkrankten wurden nur mit Schutzkittel, Mundschutz, Handschuhen und Füßlingen betreten.

Beim nächsten telefonischen Kontakt am 10.12.2006 stellte sich heraus, dass sich inzwischen 9 Bewohner im Krankenhaus befanden und 7 weitere Erkrankungen aufgetreten waren. Auch hier traten im Laufe des Tages noch zusätzliche Erkrankungsfälle auf (s. Abb. 1). Für die 9 stationär aufgenommenen Bewohner wurde im Krankenhaus eine komplette Station freigeräumt, um weitere Erkrankungen innerhalb des Hauses zu verhindern.

Trotz der intensiven Maßnahmen konnte die Infektionskette nicht unterbrochen werden. Am 14.12.2006 kam es mit 8 Fällen noch einmal zu einem Anstieg der Neuerkrankungen, am 15.12. traten die letzten 3 Erkrankungen auf.

Insgesamt wurden bei 6 Bewohnern Stuhlproben entnommen. Bei 5 Bewohnern erfolgte die Entnahme während ihres stationären Aufenthaltes und eine Probe wurde über den Fachdienst Gesundheit dem Landesamt für Verbraucherschutz zugesandt. In allen entnommenen Stuhlproben konnte Norovirus nachgewiesen werden.

Auswertung des Geschehens

Im Verlauf von 9 Tagen erkrankten bis zum 15.12.2006 insgesamt 84 Personen, darunter 19 Angehörige des Personals (29%) und 65 Bewohner des Pflegeheims (57%, s. Abb. 2). Die Altersgruppe mit den meisten Erkrankungen bei den Pflegeheimbewohnern waren die über 70-Jährigen; Männer erkrankten prozentual häufiger als Frauen. Von 83 weiblichen Bewohnern erkrankten 43 (52%) und von 30 männlichen Bewohnern erkrankten 22 (76%). 14% der Erkrankten wurden in einem Krankenhaus behandelt, der Altersdurchschnitt der im Krankenhaus Behandelten lag bei 79 Jahren. Die Dauer der stationären Behandlung betrug 3–4 Tage.

Ausbrüche von Norovirus-Infektionen treten häufig in Gemeinschaftseinrichtungen wie Altenpflegeheimen auf. Bei dem hier berichteten Ausbruch konnte trotz einer schnellen Meldung an das Gesundheitsamt und sofort eingeleiteter geeigneter Maßnahmen zur Unterbrechung der Infek-

tionskette das Auftreten neuer Norovirus-Erkrankungen nicht verhindert werden. Es kam sogar zwischenzeitlich zu einem Anstieg der Erkrankungszahlen in den folgenden Tagen. Bemerkenswert ist der relativ hohe Anteil an erkranktem Personal.

Anzumerken ist, dass die Angaben zur Viruswirksamkeit des hier zur Flächendesinfektion eingesetzten „Teta Q“ nicht der vom Arbeitskreis „Viruzidie“ definierten und von Fachkreisen akzeptierten Deklaration entsprechen.

Der vorliegende Bericht zeigt einmal mehr, wie infektiös und umweltstabil Noroviren sind und wie außerordentlich schwierig Infektionsketten zu unterbrechen sind. Dass in 9 Fällen eine Krankenhausbehandlung erforderlich wurde, belegt, dass Norovirus-Infektionen im höheren Lebensalter durchaus schwer verlaufen können.

Es konnte nachträglich nicht mehr geklärt werden, welche Lücken im antiepidemischen Regime im einzelnen zu weiteren Infektionen führten. Zur genaueren Klärung von Schwachstellen bei den antiepidemischen Maßnahmen wären weitere genauere Analysen bei Ausbrüchen von Norovirus-Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen sinnvoll.

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Frau Dr. med. Sebnem Kaynak, MSc, Frau Silke Pohl und Frau Stephanie Kubasch, Fachdienst Gesundheit des Landkreises Wittenberg. **Ansprechpartnerin** für Rückfragen ist Frau Dr. Kaynak (E-Mail: sebnem.kaynak@landkreis.wittenberg.de).

Publikationshinweis:

RKI-Ratgeber „Erkrankungen durch Noroviren“ wird aktualisiert

Der RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte „Erkrankungen durch Noroviren“ (Erstveröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin* 4/2000) wurde unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse und Erfahrungen aktualisiert.

Die aktualisierte Fassung ist in Kürze im Internet auf der Homepage des RKI unter www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter bzw. www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z verfügbar.

Fallbericht: Leptospirose unter dem Bild eines Multiorganversagens nach Rattenbiss

Eine 21-jährige immunkompetente Frau aus Dinslaken/Nordrhein-Westfalen entwickelte während eines Besuches bei einem Bekannten in Fürth/Bayern am 30.12.06 eine akute **grippeähnliche Symptomatik** mit hohem Fieber, nachdem sie am Vortag von einer Hausratte ihres Bekannten gebissen worden war. Die Ratte stammte aus einer Zoohandlung in Nürnberg, wo sie zusammen mit anderen Ratten im Oktober 2006 gekauft worden war. Am 01.01.07 kamen heftigste **Wadenschmerzen** hinzu, am nächsten Tag Erbrechen und Übelkeit. Die Frau wurde am 03.01.07 bei beginnendem **Nieren- und Leberversagen** sowie **hohem Fieber** stationär aufgenommen.

Wegen zunehmender Verschlechterung der vitalen Funktionen (Beatmungs- und Dialysepflichtigkeit), einer Perimyokarditis sowie Multiorganversagen wurde die Patientin am folgenden Tag auf eine Intensivstation verlegt. Aufgrund klinischer Zeichen einer hämorrhagischen Diathese mit Einblutungen in Lunge und Niere wurde zunächst an eine Hantavirus-Infektion (hämorrhagisches Fieber mit renaler Beteiligung nach Rattenkontakt) gedacht. Differenzialdiagnostisch wurden eine Leptospirose, Rattenbissfieber durch *Streptobacillus moniliformis* oder eine Sepsis verursacht durch Bakterien aus der Mundflora der Ratte erwogen. Alle mikrobiologischen (insbesondere Blutkulturen) und serologischen Untersuchungen (u. a. Hantaviren und Leptospiren), waren zunächst einmal negativ.

Da sich zu diesem Zeitpunkt 5 Ratten – darunter die Ratte, die gebissen hatte – in der Wohnung des Bekannten in Fürth befanden, ließ das Gesundheitsamt Fürth nach Rücksprache mit der „Task Force Infektiologie“ am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) die Ratten durch die Feuerwehr unter entsprechenden Eigenschutzmaßnahmen sicherstellen und zur weiteren mikrobiologischen Untersuchung ins LGL bringen. Die Wohnung des Rattenhalters wurde anschließend desinfiziert. Zusätzlich wurden weitere 31 Ratten aus der Zoohandlung, die zum Teil aus demselben Wurf stammten wie die Ratte, die gebissen hatte, bis zum Ausschluss einer möglichen Hantavirus-Infektion abgesondert. Nachdem bekannt geworden war, dass auch in der Wohnung der Patientin in Dinslaken zwei Ratten, darunter eine aus dem im Oktober 2006 in Nürnberg getätigten Einkauf lebten, wurden diese vom Veterinäramt in Wesel ebenfalls zum Ausschluss einer Hantavirus-Infektion sichergestellt und an das Friedrich-Loeffler-Institut gesandt.

Die an das LGL gesandten 5 Ratten (Muttertier und 4 Jungtiere) wurden im S3-Labor des LGL tierschutzgerecht euthanasiert und sezziert. Alle Ratten waren klinisch gesund und wiesen keine pathologisch-anatomischen Veränderungen auf. Es wurden von jedem Tier Lunge, Leber, Niere, Urin, Herzblut sowie ein Maulhöhlentupfer zur weiteren mikrobiologischen und serologischen Diagnostik entnommen.

Zwischenzeitlich waren die serologischen Testergebnisse der Patientin auf Hantaviren (IgM und IgG) am 05.01.07 negativ ausgefallen. Eine zweite serologische Test-

reihe, die am Konsiliarlaboratorium für Hantaviren am Institut für Medizinische Virologie der Charité in Berlin durchgeführt wurde, erbrachte ebenfalls einen negativen Befund. Die am Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr in München vorgenommenen serologischen und molekularbiologischen Untersuchungen der von den Ratten entnommenen Organe auf Hantavirus fielen ebenso negativ aus. Der Nachweis von *Streptobacillus moniliformis* am LGL war für alle 5 Ratten negativ.

Nachdem sich der Zustand der Patientin trotz der Gabe von Carbapenemen aufgrund kardialer und pulmonaler Probleme lebensbedrohlich verschlechtert hatte, fanden sich am 11.01.07 in einem weiteren am Institut für Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Universität Erlangen mittels Direktagglutination untersuchten Patientenserum Antikörper gegen Leptospiren. Zeitgleich gelang am LGL der Nachweis von Leptospiren-DNA mittels PCR aus Nierenmaterial und Urin der Mutter-Ratte. Alle 5 Ratten waren serologisch unauffällig.

Daraufhin wurden das in Erlangen positiv getestete Patientenserum sowie ein 7 Tage altes Vorserum am LGL mittels Mikroagglutinationstest und ELISA untersucht und ein **signifikanter Antikörpertiteranstieg für *Leptospira interrogans* Serovar icterohaemorrhagiae von 1:100 auf 1:800** festgestellt (das 7 Tage alte Vorserum war ursprünglich mittels Direktagglutination getestet worden, der nun vorliegende grenzwertige Titer für Leptospiren wurde bei dieser ersten Untersuchung nicht detektiert). Mittlerweile waren Leptospiren auch in den aus Nierenmaterial und Urin der PCR-positiven Ratte angelegten Kulturen angezüchtet worden.

Nach zunehmender klinischer Besserung insbesondere der pulmonalen und kardialen Funktionen bei noch anhaltender Leberschädigung konnte die Patientin wieder von der Intensivstation auf eine periphere Station verlegt werden.

Diskussion: Der Fall wirft neben dem eindrucksvollen Zusammenspiel zahlreicher Institutionen bei der praktischen Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes und bei der auch für die Patientin relevanten Infektionsdiagnostik einige aus epidemiologischer Sicht interessante Aspekte auf, wobei zunächst die Assoziation mit dem Rattenbiss sowohl für die klinische als auch für die infektionsepidemiologische Beurteilung des Falls im Vordergrund stand. Normalerweise beträgt die Inkubationszeit für eine Leptospirose beim Menschen 1–2 Wochen (Maximum 30 Tage), wobei direkter oder indirekter Kontakt – meist über kleinste Hautverletzungen, aber auch über Konjunktiven oder die Schleimhaut des Rachenraums – mit Urin, Blut oder Gewebe von infizierten Tieren einen möglichen Infektionsweg darstellen. Mit Tierurin kontaminiertes Wasser stellt einen häufigen Ansteckungsweg dar (s. *Epid. Bull.* 38/2006). Der ungewöhnlich akute Krankheitsverlauf der Patientin innerhalb nur weniger Stunden nach Rattenbiss könnte folgendermaßen erklärt werden:

Die Ratte könnte selbst akut infiziert gewesen sein und daher, wie gelegentlich beschrieben, Leptospiren im Speichel gehabt haben, die dann durch den Biss auf die Patientin übertragen wurden; ein indirekter Hinweis auf diese Möglichkeit besteht darin, dass die vier anderen gehaltenen Ratten negativ für Leptospiren waren, demnach also noch keine Möglichkeit der Übertragung von der infizierten Ratte auf die anderen Ratten stattgefunden hatte. Gegen eine generalisierte Leptospirose der Ratte spricht der pathologisch-anatomische Befund. Der Bekannte der Patientin wurde ebenfalls mehrfach von derselben Ratte gebissen gab aber an, keinerlei Symptome entwickelt zu haben.

Eine weitere Möglichkeit wäre eine Übertragung der Leptospiren über Rattenurin auf der Haut der Patientin, wobei durch den Rattenbiss die Eintrittspforte gesetzt und Leptospiren dabei in hoher Konzentration gleichsam injiziert worden sein könnten. Die direkte Inokulation einer großen Erregermenge könnte dann den fulminanten und lebensbedrohlichen Verlauf dieses Morbus Weil erklären.

Alternativ könnte sich die Patientin auch schon in ihrer Heimat Dinslaken auf dem „klassischen“ Weg infiziert haben und dann nach entsprechend längerer Inkubationszeit symptomatisch geworden sein. Für diese Möglichkeit spräche, dass am 08.02.07 Leptospiren-DNA im Nierengewebe der beiden in Nordrhein-Westfalen sichergestellten Ratten mittels einer am LGL durchgeführten PCR nachgewiesen werden konnte. Die Leptospiren-Infektion bei beiden Hausratten der Patientin könnte dadurch entstanden sein, dass die Ratten der Patientin häufig längeren „Auslauf“ im Garten hatten und sich dabei mit Leptospiren über den Urin wildlebender Mäuse oder Ratten infiziert haben könnten.

Für diesen Fallbericht danken wir Herrn PD Dr. Andreas Sing, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Dank gilt ferner Prof. Dr. Dr. Mathias Büttner, Dr. Heribert Raschel, Frau PD Dr. Angela Hafner-Marx, Dr. Stefan Hörmansdorfer, Dr. Hans Lepper, Dr. Karl-Heinz Bogner, Dr. Wolfgang Hautmann (LGL); Dr. Werner Hähnlein (Gesundheitsamt Fürth), Dr. Alice Schaffer (Gesundheitsamt Nürnberg); Dr. Kerstin Finger (Bay. StMUGV); Dr. Gerhard Dobler (Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr); Dr. Christian Forster (Universitätsklinikum Erlangen, Medizinische Klinik 4), Dr. Christoph Schoerner (Institut für Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Universität Erlangen), Dr. Susanne Diekmann, Dr. Antonius Dicke (Veterinäramt Wesel), PD Dr. Rainer Ulrich (Friedrich-Loeffler-Institut). Weiterhin war an den Untersuchungen Konsiliarlabor für Hantaviren am Institut für Medizinische Virologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, beteiligt.

Die **Leptospirose** ist eine durch Spirochäten des Genus *Leptospira*, Spezies *Leptospira interrogans* verursachte, zu den Zoonosen zählende Infektionskrankheit mit einem typischen biphasischen Verlauf. Sie ist weltweit verbreitet, wird in Deutschland aber gegenwärtig nur selten beobachtet. Die Leptospirose tritt vor allem in den Sommer- und Herbstmonaten auf. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch direkten oder indirekten Kontakt mit dem Urin infizierter Tiere, die den Erreger in hoher Keimzahl ausscheiden können ohne dabei selbst erkrankt zu sein. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch kommt nur sehr selten vor. Zahlreiche Tierarten können als Reservoir fungieren. In Deutschland kommen dabei insbesondere Hunde aber auch Ratten, Mäuse, Füchse, Schweine und Rinder als Überträger in Frage. Leptospiren-Serovare, die in Deutschland auftreten können sind z. B. Icterohaemorrhagiae, Canicola oder Grippotyphosa.

Die Klinik kann sehr vielseitig sein, von grippeähnlichen Symptomen bis zu schweren fulminanten Verläufen. Der „Morbus Weil“ als schwere Verlaufsform mit hepatorener Manifestation wird u. a. durch das Serovar Icterohaemorrhagiae verursacht.

Veranstaltungshinweis: Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2007

Vom **19. bis 21. März 2007** findet in Berlin die jährliche Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst statt. Die Teilnahme ist kostenlos. Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Zentral-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer staatlicher Einrichtungen. Die Anerkennung als Fortbildung für Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärzte wurden erteilt. Die Veranstaltung ist durch die Apothekerkammer zertifiziert.

Termin und Ort der Veranstaltung: 19. bis 21. März 2007
Hörsaal des Bundesinstituts für Risikobewertung
Diedersdorfer Weg 1, 12277 Berlin (Marienfelde)

Anmeldung: Bundesinstitut für Risikobewertung, Pressestelle
Thielallee 88–92, 14195 Berlin,
Fax 030-8412-4970, E-Mail oegd@bfr.bund.de

Veranstalter: Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA).
Weitere beteiligte Einrichtungen: BfArM, DIMDI, Iögd NRW, PEI.

Montag, 19.03.2007

Gesundheits- und Infektionsschutz:

- Kinder- und Jugendgesundheitsstudie: Impfquoten
- Impfkationen der Gesundheitsämter: Eine bundesweite Erhebung
- Bewertung von Impfkomplicationen
- Zur Untersuchung von Masernausbrüchen
- Pandemieplanung Update
- Internationale Gesundheitsvorschriften und Massenveranstaltungen
- Listeriose: Aktuelle Trends

- Health Technology Assessment: Basis für Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen

Dienstag, 20.03.2007

- Neues aus der Kommission für Krankenhaushygiene
- Möglichkeiten und Grenzen der Beratung durch das RKI

Umwelt, Gesundheit, Verbraucherschutz

- Die Umsetzung der EU-Badegewässer-Richtlinie
- Ultrafeine Partikel im Innenraum: Entstehung und Vorkommen
- Ergebnisse aus dem Kinder-Umwelt-Survey
- Umweltrelevanz von Humanarzneimitteln
- Allergien – Daten, Fakten, medizinische Hintergründe
- Wie verbreitet sind Allergien? – Ergebnisse aus der Studie KiGGS
- Allergische und nichtallergische Lebensmittelunverträglichkeiten
- Verbrauchernahe Produkte und Kontaktallergien
- Luftgetragene Kontaktallergene – häufige Ursache von Ekzemen?

Mittwoch, 21.03.2007

Verbraucherschutz

- Risikokommunikation und das Verhalten der Verbraucher
- Nanotechnologie: Ergebnisse der 1. deutschen Verbraucherkonferenz
- Salmonellenmonitoring bei Tieren – Umsetzung d. Zoonosen-Richtlinie
- Erfahrungen mit dem bundesweiten Erfassungssystem für Lebensmittel, die an Krankheitsausbrüchen beteiligt sind
- Perfluorierte Tenside in Lebensmitteln
- Illegale Arzneimittel: Die Situation in Deutschland
- Verdachtsproben und ihre Bearbeitung
- Nahrungsergänzungsmittel – Vertrieb über Ärzte und Apotheker
- Rechtliche Rahmenbedingungen

Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen



Regelmäßige körperliche Aktivität kann in jedem Alter einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Sport- und bewegungsfördernde Maßnahmen sind deshalb ein fester Bestandteil von Public Health in Deutschland. Mit KiGGS steht nun eine bundesweit repräsentative Datenbasis zur Verfügung, die eine umfassende Analyse des Bewegungsverhaltens in der heranwachsenden Generation erlaubt und damit die Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Interventionen unterstützt.

Die ersten Ergebnisse zur körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen basieren auf Informationen aus dem KiGGS-Kernsurvey, die mittels eines Selbstausfüllfragebogens erhoben wurden. Bei Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren wurden die Eltern um eine Einschätzung zur Häufigkeit der sportlichen Aktivität gebeten. Dabei sollte zwischen Sport im Verein und außerhalb eines Vereins unterschieden werden. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden danach gefragt, wie häufig sie in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind (z. B. beim Sport oder Fahrradfahren), dass sie richtig ins Schwitzen oder außer Atem kommen. Außerdem sollten sie angeben, wie viele Stunden dies in etwa in einer Woche sind. Für die Analyse der Sportbeteiligung von 3- bis 10-jährigen Kindern standen 7.698 Datensätze aus der Elternbefragung zur Verfügung. Die Analyse der körperlich-sportlichen Aktivität im Jugendalter basiert auf Selbstangaben von 6.667 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen.

Die ersten Ergebnisse der KiGGS-Studie verdeutlichen, dass ein Großteil der Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren regelmäßig Sport treibt: Etwa drei Viertel der Jungen und Mädchen sind mindestens 1-mal pro Woche sportlich aktiv, mehr als ein Drittel sogar 3-mal oder häufiger in der Woche. Die Sportbeteiligung von Kindern im Grundschulalter ist höher als die von Kindern im Vorschulalter, was sich insbesondere am Anteil der mehrmals wöchentlich Aktiven festmachen lässt. Kinder, die nicht regelmäßig Sport treiben, kommen überproportional häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern. Auch für das Jugendalter lässt sich feststellen, dass Sport und Bewegung weit verbreitet sind. Die aktuelle Empfehlung, die zu körperlich-sportlicher Aktivität an den meisten Tagen in der Woche rät, wird in der Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen aber nur von jedem vierten Jungen und jedem sechsten Mädchen erreicht. Die deutlichsten Aktivitätsdefizite weisen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund auf.

Bereits diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von zielgruppenspezifisch ausgerichteten sport- und bewegungsfördernden Maßnahmen und Programmen im Kindes- und Jugendalter.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Anfragen** zu KiGGS unter: KiGGS@rki.de.



Abb. 1: Häufigkeit der Sportausübung bei 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: **Dezember 2006** (Stand v. 1.3.2007)
Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter 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.			
	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	2005	Dez.	Jan.–Dez.	2005	Dez.	Jan.–Dez.	2005	Dez.	Jan.–Dez.	2005	
Baden-Württemberg	18	292	236	21	285	279	6	87	89	2	30	27	0	2	1
Bayern	32	325	356	31	369	365	2	99	115	2	34	24	1	1	0
Berlin	40	570	562	20	389	386	8	63	40	0	7	4	0	0	2
Brandenburg	1	33	64	3	31	35	0	7	13	0	1	3	0	1	0
Bremen	3	25	36	1	23	41	1	8	13	0	0	1	0	0	0
Hamburg	8	131	164	15	184	204	3	51	69	0	1	0	0	0	1
Hessen	16	273	330	18	198	216	3	44	65	0	8	8	0	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	11	49	39	0	29	28	0	1	4	0	0	1	0	0	1
Niedersachsen	11	181	194	11	175	130	0	40	32	1	10	6	0	2	2
Nordrhein-Westfalen	87	865	774	34	668	543	16	115	124	1	27	33	0	1	4
Rheinland-Pfalz	11	121	106	6	71	72	0	15	17	0	0	9	0	0	1
Saarland	2	26	28	0	17	23	0	3	5	0	3	1	0	0	1
Sachsen	14	135	189	2	63	69	0	17	17	0	0	4	0	0	0
Sachsen-Anhalt	4	56	56	1	36	30	1	3	5	0	2	0	0	1	0
Schleswig-Holstein	6	42	67	3	57	55	1	10	19	0	1	3	0	0	0
Thüringen	3	23	28	1	16	24	0	3	3	0	0	1	0	0	4
Deutschland	267	3.147	3.229	167	2.611	2.500	41	566	630	6	124	125	1	10	18

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

6. Woche 2007 (Datenstand v. 28.2.2007)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	79	692	474	1	12	6	2	26	31	90	452	349	0	8	10
Bayern	76	679	551	7	21	14	16	94	83	78	523	409	2	11	18
Berlin	29	229	170	0	3	1	3	16	9	13	98	128	0	4	4
Brandenburg	26	149	133	1	6	2	4	26	33	24	113	152	0	1	1
Bremen	4	25	29	0	1	0	0	1	8	3	22	25	0	0	1
Hamburg	28	184	177	0	2	1	1	3	4	6	36	43	0	0	5
Hessen	59	330	316	1	3	2	3	11	15	45	287	215	2	3	6
Mecklenburg-Vorpommern	26	139	135	0	1	0	5	26	45	4	82	102	0	0	0
Niedersachsen	64	390	387	1	24	4	2	26	29	71	417	301	2	7	3
Nordrhein-Westfalen	227	1.588	1.506	5	31	25	15	92	159	109	750	692	1	2	6
Rheinland-Pfalz	50	324	289	1	3	6	8	43	37	36	236	238	1	2	2
Saarland	20	126	134	0	0	1	1	7	3	7	53	61	0	0	1
Sachsen	53	417	405	2	5	6	12	78	93	26	226	198	1	13	4
Sachsen-Anhalt	26	137	117	1	3	4	7	57	52	24	160	162	0	0	1
Schleswig-Holstein	17	168	226	1	5	8	1	10	7	12	75	75	0	2	0
Thüringen	28	180	132	0	0	1	14	58	44	35	200	150	0	3	3
Deutschland	812	5.757	5.181	21	120	81	94	574	652	583	3.730	3.300	9	56	65

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	2	19	9	2	14	13	21	141	168
Bayern	2	12	22	0	15	14	26	128	189
Berlin	1	6	7	0	5	4	17	86	101
Brandenburg	0	2	2	0	1	4	5	10	17
Bremen	0	1	3	0	2	1	1	6	4
Hamburg	0	3	2	1	2	8	1	8	7
Hessen	1	7	13	0	3	14	5	36	65
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	2	2	1	4	13	16
Niedersachsen	0	4	14	2	12	12	19	79	80
Nordrhein-Westfalen	3	22	21	5	28	41	18	109	150
Rheinland-Pfalz	2	7	14	0	9	10	5	35	55
Saarland	0	0	2	2	5	3	3	14	7
Sachsen	0	1	2	0	5	7	3	28	32
Sachsen-Anhalt	0	3	3	0	8	2	3	20	20
Schleswig-Holstein	2	6	2	0	2	4	2	19	40
Thüringen	1	6	1	1	4	2	1	18	26
Deutschland	14	101	121	15	117	140	134	750	977

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,

6. Woche 2007 (Datenstand v. 28.2.2007)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	
5	46	34	743	4.208	1.135	71	308	570	14	67	71	0	10	9	Baden-Württemberg
15	74	75	1.076	5.749	1.169	153	776	1.193	17	57	61	0	6	7	Bayern
2	22	20	546	2.691	660	66	293	655	2	21	32	0	3	4	Berlin
1	23	21	379	2.295	574	92	373	920	0	4	6	2	4	3	Brandenburg
0	1	3	28	475	65	7	21	46	0	1	2	0	1	2	Bremen
1	11	11	161	1.085	472	29	93	356	4	20	8	2	5	1	Hamburg
4	23	35	628	2.317	298	83	385	476	3	26	27	0	1	1	Hessen
1	21	24	225	1.363	595	103	437	361	1	12	14	1	14	9	Mecklenburg-Vorpommern
10	75	52	415	2.085	874	57	274	864	5	19	12	0	2	8	Niedersachsen
13	77	95	2.331	9.198	1.174	153	688	1.904	14	65	82	3	19	12	Nordrhein-Westfalen
7	43	30	617	2.604	461	55	246	435	5	24	31	0	2	4	Rheinland-Pfalz
1	11	15	31	216	20	11	54	91	0	2	3	0	0	0	Saarland
16	115	84	215	1.489	1.426	162	698	1.028	4	30	27	1	6	12	Sachsen
6	59	40	305	1.264	681	107	466	436	1	13	10	0	4	3	Sachsen-Anhalt
2	19	27	152	707	206	8	54	168	0	9	11	0	0	2	Schleswig-Holstein
2	52	52	249	1.607	931	46	229	687	3	14	11	1	3	2	Thüringen
86	672	618	8.101	39.353	10.741	1.203	5.395	10.190	73	384	408	10	80	79	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
3	12	3	1	3	28	12	57	74	Baden-Württemberg	
1	8	22	0	3	5	13	64	76	Bayern	
0	1	7	0	0	1	2	19	36	Berlin	
1	4	1	0	0	1	1	5	15	Brandenburg	
0	0	1	0	0	0	0	4	7	Bremen	
0	0	1	0	0	6	2	12	20	Hamburg	
2	4	2	0	1	1	9	44	51	Hessen	
0	1	1	0	0	0	0	14	14	Mecklenburg-Vorpommern	
2	8	9	0	0	1	6	50	44	Niedersachsen	
1	17	32	1	4	28	19	128	155	Nordrhein-Westfalen	
1	4	3	0	1	1	2	18	22	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	1	8	15	Saarland	
0	3	2	0	1	0	1	17	21	Sachsen	
0	1	3	0	0	1	4	24	9	Sachsen-Anhalt	
2	4	4	0	2	0	0	15	21	Schleswig-Holstein	
0	1	2	0	0	0	1	8	17	Thüringen	
13	68	93	2	15	73	73	487	597	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

6. Woche 2007 (Datenstand v. 28.2.2007)

Krankheit	6. Woche 2007	1.–6. Woche 2007	1.–6. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	7	90	57	574
Brucellose	0	3	4	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	8	8	89
Dengue-Fieber	2	19	21	174
FSME	1	4	0	547
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	1	1	63
Hantavirus-Erkrankung	6	34	6	73
Hepatitis D	0	0	2	17
Hepatitis E	0	5	4	52
Influenza	903	1.505	121	3.803
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	8	15	120
Legionellose	7	28	59	571
Leptospirose	0	7	7	45
Listeriose	9	55	66	505
Ornithose	0	1	3	25
Paratyphus	1	3	3	72
Q-Fieber	2	14	7	204
Trichinellose	0	0	0	22
Tularämie	0	1	0	1
Typhus abdominalis	0	2	5	75

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) war, gemessen am Praxisindex, in allen Bundesländern bis auf Mecklenburg-Vorpommern in der vergangenen Woche stark erhöht. Der EISS-Index signalisiert eine Influenza-Ausbreitung im Bereich einer üblichen saisonalen Erkrankungswelle. Unter den im NRZ typisierten Influenzaviren hatten Influenza-A/H3N2-Stämme einen Anteil von 92%. Die Quote der positiven Nachweise lag bei 58%.

Internationale Situation, Europa: Die meisten europäischen Länder berichten über eine ansteigende Influenza-Aktivität.

Zur aktuellen Situation bei der aviären Influenza

Bei Vögeln/Geflügel, international: Aus Afghanistan, Pakistan und Kuwait wurden Ausbrüche von hochpathogenen Influenzaviren vom Subtyp A/H5N1 bei Geflügel gemeldet.

Aviäre Influenza bei Menschen, international: Aus Laos wurde der erste Fall einer humanen H5N1-Infektion bei einem 15-jährigen Mädchen gemeldet.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 8. Woche 2007 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, <http://influenza.rki.de/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, 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 18.754-0
Fax: 030 18.754-26 28
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030 18.754-23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl

Redaktionsassistentz

Sylvia Fehrmann
Tel.: 030 18.754-24 55
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax.: 030 18.754-24 59

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-Abbruffunktion** unter 030 18.754-22 65 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