

## **INFEKT-INFO**

**Herausgeber:** Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt • Beltgens Garten 2 • 20537 Hamburg  
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), E-mail: gerhard.fell@bug.hamburg.de

**Nachdruck :** mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken

**Kurzbericht über die im Rahmen der  
Infektionskrankheiten-Surveillance  
nach IfSG in Hamburg registrierten  
Erkrankungen**

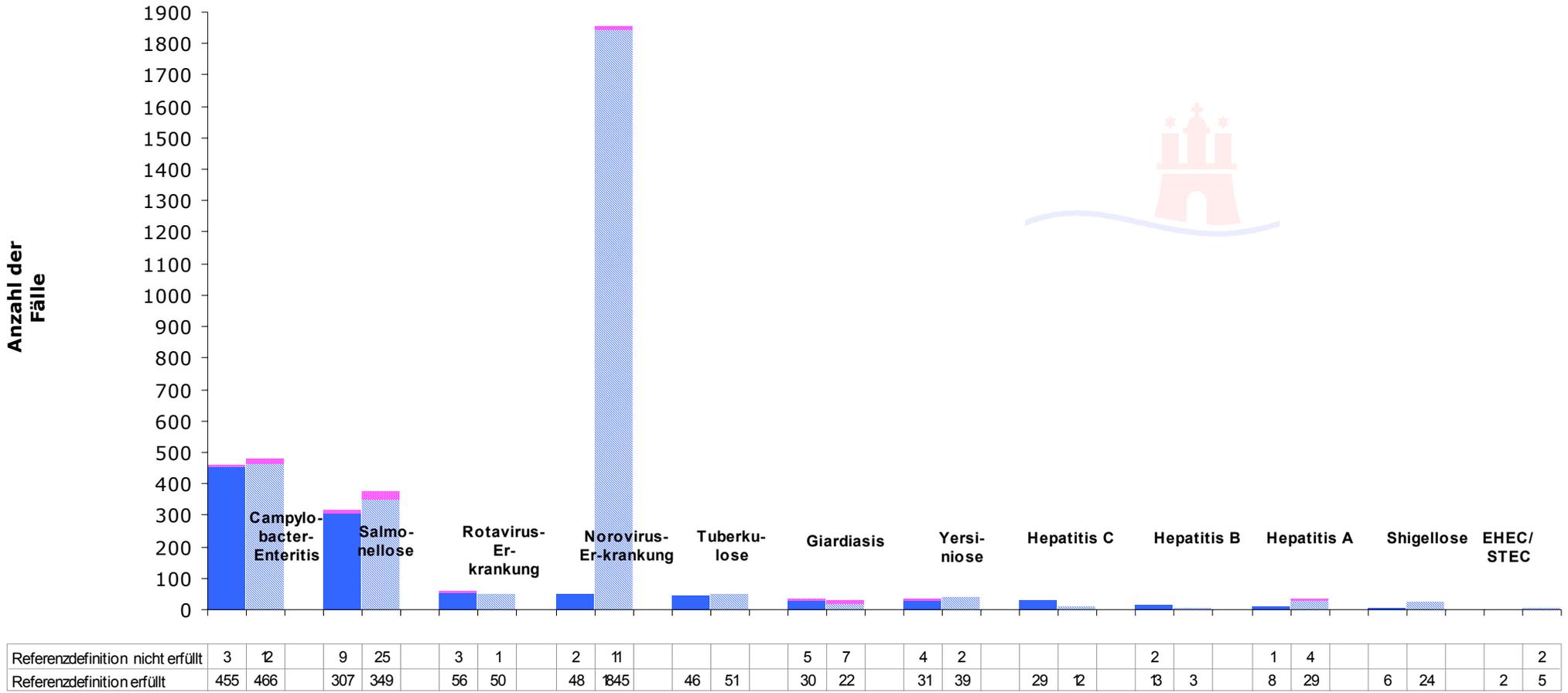
**Ausgabe 3 / 2004**  
**6. Februar 2004**

### **Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Hamburg im 4. Quartal 2003**

Aus der nachfolgenden Abbildung 1 und der Tabelle 1 ergeben sich die Daten aus dem Hamburger Meldegeschehen für den Zeitraum Oktober bis Dezember 2003 mit den Vergleichsdaten des entsprechenden Vorjahreszeitraumes.

Im Vergleich zum Jahr 2002 ist die Gesamtzahl der im 4. Quartal 2003 registrierten Erkrankungen um fast zwei Drittel zurückgegangen. Dieser Rückgang entstand im wesentlichen durch die ‚Normalisierung‘ der Norovirusaktivität, deren exorbitante Zunahme im vergangenen Jahr sich in diesem Winter bisher nicht wiederholt hat.

**Abb. 1 : Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg 4. Quartal 2003 (n=1060) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=2959) - vorläufige Angaben**



**Erkrankungen**

 = Fälle 4. Quartal 2003

 = Fälle 4. Quartal 2002

 = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab.1: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg 4.Quartal 2003 kumulativ (n=64) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=53) – vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle 4. Quartal 2003	Anzahl der Fälle 4. Quartal 2002
E. coli-Enteritis	15	7
Kryptosporidiose	5	2
Meningokokken-Erkrankung	3	2
Dengue-Fieber	2	5
Hepatitis D	1	
Listeriose	1	1
Legionellose		4
Paratyphus		1
LM-Intoxikation	9	
Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen	28	31

Eine gewisse Auffälligkeit ergibt sich bei der Betrachtung der infektiösen Hepatitiden. Während der Trend bei der Hepatitis A rückläufig ist, schiebt sich erstmals die Hepatitis C an die Spitze dieser Krankheitsgruppe und weist wie die Hepatitis B auf niedrigem Gesamtniveau einen deutlichen Zuwachs auf. Indessen bleibt die kumulierte Inzidenz des gesamten Jahres 2003 in Hamburg bei beiden Krankheiten dicht in der Nähe bzw. deutlich unterhalb der für die gesamte Bundesrepublik ermittelten kumulierten Inzidenz. Das Robert Koch Institut hat in dem unlängst veröffentlichten Bericht „Virushepatitis B, C und D im Jahre 2002“ (Epidemiologisches Bulletin 2/2004) auf die generellen Probleme der Hepatitis-Surveillance hingewiesen und die Schwierigkeiten bei der Interpretation der aus dem Meldesystem gewonnenen Daten betont. Insofern ist auch die Interpretation des hier beschriebenen Phänomens schwierig und mit vielen Unsicherheitsfaktoren behaftet.

Eine Detailbetrachtung der Hepatitis-B-Fälle in Hamburg im 4. Quartal 2003 ergab keine besonderen Auffälligkeiten. Bei den Hepatitis-C-Fällen des Berichtszeitraumes lässt sich folgende Alters- und Geschlechtsverteilung feststellen (Tab.2):

**Tab.2: Anzahl der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle in Hamburg, 4. Quartal 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht (n=29)**

---

<u>Altersgruppe</u>	<u>m</u>	<u>w</u>	<u>gesamt</u>
< 1 Jahr	0	1	1
1 – 9 Jahre	0	0	0
10 – 19 Jahre	1	1	2
20 – 29 Jahre	2	1	3
30 – 39 Jahre	3	3	6
40 – 49 Jahre	4	3	7
50 – 59 Jahre	0	4	4
60 – 69 Jahre	1	3	4
70 und älter	2	0	2
<hr/>			
Gesamt	13	16	29

---

Entgegen dem üblichen demographischen Profil der Hepatitis C zeichnet sich hier eine gewisse Betonung des mittleren und höheren Lebensalters, insbesondere bei Frauen ab, allerdings bei sehr kleinen Zahlen in den einzelnen Strata. Betrachtet man die bevölkerungsbezogenen Erkrankungsraten in den einzelnen Bezirken, ergibt sich ein sehr inhomogenes Bild. So verzeichnete der Bezirk Altona die meisten Erkrankungen auf 100 000 Einwohner, gefolgt von Nord, Harburg und Wandsbek, während die Bezirke Bergedorf, Eimsbüttel

und Mitte im Beobachtungszeitraum überhaupt keine Hepatitis-C-Fälle registrierten. Zwei der 29 Fälle bilden einen familiären Cluster, bei den übrigen gibt es keine Hinweise auf einen epidemiologischen Zusammenhang. Bei 17 der Fälle stützt sich die Diagnose auf einen direkten Erregernachweis mittels PCR. Nur bei 4 Fällen bestand eine klinische Symptomatik. Bei der Stratifizierung der Fälle nach Meldewoche bildet sich ein leichter Peak in der 48. Woche ab, der bereits früher kommentiert wurde (siehe INFEKT-INFO 25/2003, Seite 6). Die Auswertung der Angaben zu möglichen infektionsrelevanten Risiken und Expositionen ergab keine besonderen Auffälligkeiten.

Ungeachtet der Tatsache, dass sich in den hier vorgestellten Hepatitis-C-Daten möglicherweise zufällige Schwankungen oder auch Veränderungen bei der Interpretation und Bewertung von eingehenden Meldungen im Zuge der revidierten Referenzdefinition abbilden, empfehlen wir den Gesundheits- und Umweltämtern, vorerst die weitere Entwicklung bei den Hepatitis-C-Meldungen besonders aufmerksam zu verfolgen und die Ermittlungen zur Infektionsquelle besonders bei Personen, die hinsichtlich Alter und Geschlecht aus dem gewohnten demographischen Profil der Erkrankung herausfallen, zu intensivieren. Sachdienliche Hinweise und Informationen jeder Art, auch als Freitext im Anmerkungsfeld der Eingabemaske, werden jederzeit gerne entgegengenommen.



### **Informationen zur aviären Influenza im Internet**

Die Epizootie in den Geflügelbeständen Ostasiens breitet sich offensichtlich weiter aus. Unter folgender URL hält die Welttiergesundheitsorganisation OIE aktuelle Informationen im Internet bereit:

[http://www.oie.int/download/AVIAN\\_INFLUENZA/A\\_AI-Asia.htm](http://www.oie.int/download/AVIAN_INFLUENZA/A_AI-Asia.htm)

Die von der Epizootie ausgehende anhaltende und quantitativ ausgeprägte 'Expositionslast' der örtlichen Bevölkerung führt weiterhin immer wieder zum Überspringen des Erregers auf Menschen, ohne dass es bisher einen Anhalt für eine eigendynamische Ausbreitung in der menschlichen Population gibt. Die WHO ist dazu übergegangen, die Zahl der menschlichen Erkrankungs- und Todesfälle an aviärer Influenza tagesaktuell kumulativ aufzulisten. Der entsprechende ‚link‘ lautet:

[http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2004\\_02\\_05/en/](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2004_02_05/en/)

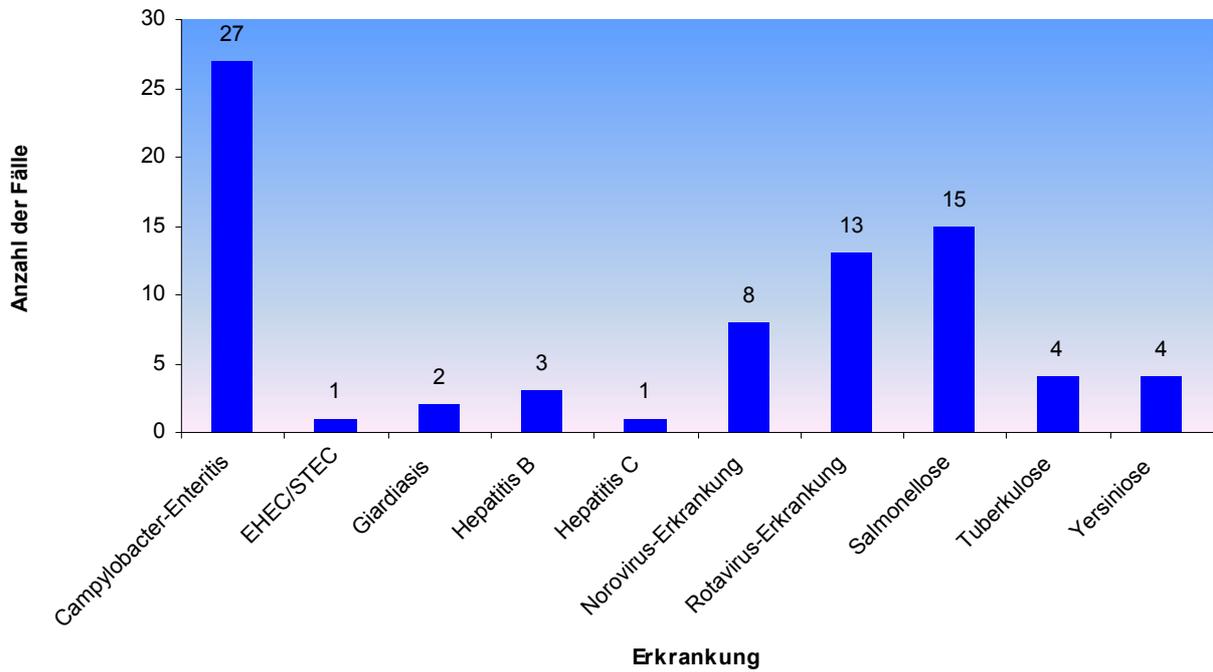
Derweil steigt die Nervosität auch in den Ländern, deren Geflügelbestände frei von aviärer Influenza sind und hat Verdachtsfälle beim Menschen generiert, die sich bislang nicht bestätigt haben. In diesem Zusammenhang wird der Ruf nach einer Falldefinition mit klinischen und epidemiologischen Kriterien immer lauter, mit deren Hilfe ein plausibler Verdacht von einer nervösen Verunsicherung besser abgegrenzt werden kann. Nach Informationen des RKI bereitet die WHO gegenwärtig eine derartige Falldefinition vor. Bis dahin hat das RKI als Interimslösung einen „Vorschlag für eine Vorgehensweise beim Auftreten von Fällen mit Verdacht auf Vogelgrippe“ mit einer entsprechenden Definition zur Verfügung gestellt.



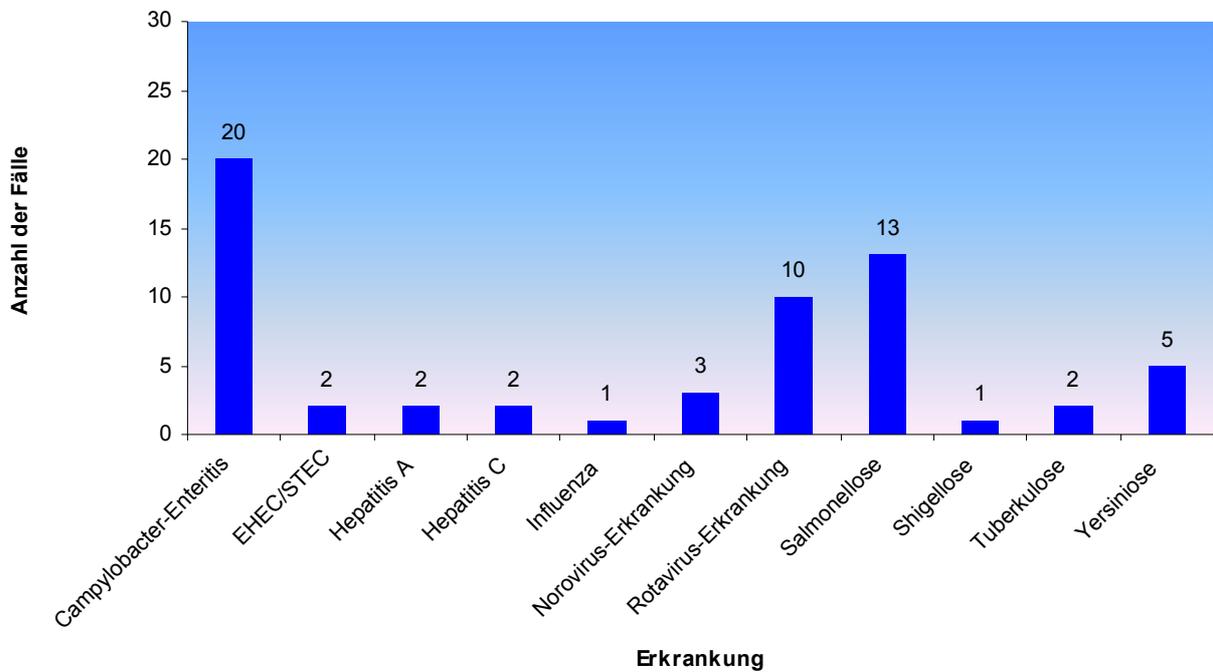
### **Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg**

Die folgenden Abbildungen und die nächste Tabelle zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 4 und 5 des Jahres 2004 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 3. Weiterhin noch nicht in diesen Darstellungen enthalten sind ca. 100 Erkrankungsfälle an akuter Gastroenteritis in der 2. und 3. KW, die Ausbruchsgeschehen in Senioreneinrichtungen zuzuordnen sind. Die Ermittlungen, insbesondere die Labordiagnostik zur Ätiologie dauern noch an.

**Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2004, 4. KW (n=78) -vorläufige Angaben-**



**Abb. 3: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2004, 5. KW (n=61) -vorläufige Angaben-**





Tab.:3 Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-5 2004 kumulativ (n=5) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=8) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-5 2004	Anzahl der Fälle KW 1-5 2003
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	2	3
Influenza	1	
Kryptosporidiose	1	1
Meningokokken-Erkrankung	1	2
Denguefieber		1
Masern		1