

## INFEKT-INFO

**Herausgeber:** Infektionsepidemiologie des Hygiene Institutes • 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 6 / 2002**  
22. März 02

### **Aktuelle Trends bei Meningokokken-Infektionen und Masern in Hamburg**

#### **Meningokokken: Beobachtete Zunahme setzt sich gegenwärtig in Hamburg nicht fort**

Als wir zuletzt über die Häufigkeit von Meningokokken-Infektionen in Hamburg berichteten (INFEKT-INFO Ausgabe 23 vom 30. 11. 2001), war eine von insgesamt niedrigem Niveau ausgehende, aber dennoch unübersehbare Zunahme der zwischen Januar und Oktober 2001 registrierten Fälle im Vergleich zum Vorjahr aufgefallen. Die Entwicklung wurde mit dem RKI und dem Nationalen Referenzzentrum für Meningokokken mit dem Ergebnis erörtert und analysiert, dass insgesamt kein konkreter Hinweis auf ein außergewöhnliches epidemiologisches Geschehen jenseits der bei diesem Erreger üblichen Häufigkeitsschwankungen gefunden werden konnte.

In den folgenden Monaten, insbesondere seit Beginn dieses Jahres, deuten erfreulicherweise alle Anzeichen darauf, dass sich der Anstieg derzeit nicht weiter fortsetzt.

Nachstehende Tabelle zeigt die Häufigkeit der in den Wochen 1 bis 10 in Hamburg erfassten Meningokokken-Infektionen mit Vergleichszeiträumen aus den Vorjahren:

**Tab. 1: erfasste Meningokokken-Infektionen in Hamburg in vergleichbaren Beobachtungszeiträumen 1997 – 2002**

Beobachtungszeitraum	Anzahl Fälle
2002: Wochen 1 bis 10	4
2001: Wochen 1 bis 10	11
2000: 1. Quartal	10
1999: 1. Quartal	5
1998: 1. Quartal	6
1997: 1. Quartal	6

**Masern: niedriges Niveau in Hamburg aber zunehmende Tendenz –  
Nachlassen der Impfbemühungen wäre fatal**

Weltweit schätzungsweise 30 Millionen Erkrankungsfälle pro Jahr, davon eine Million Todesfälle, verantwortlich für 10 % aller Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren in Entwicklungsländern - die globalen epidemiologischen Dimensionen dieser tückischen Infektionskrankheit sind nicht zu leugnen oder zu verniedlichen. Da uns mit der Masern-Impfung ein wirksames Instrument zu Gebote steht, diesem Wüten ein Ende zu bereiten, gibt es zu den weltweiten Eradikationsbemühungen auf der Basis möglichst effizienter Impfprogramme keine ethisch vertretbare und vernünftige Alternative.

Auch die Bundesrepublik ist den Eradikationszielen der WHO verpflichtet, und auf dem Gebiet der Masern- respektive der Masern-, Mumps-, Röteln- Immunisierung ist in den letzten Jahren einiges geschehen und erreicht worden. Allerdings deutet noch keine unserer Impfstatistiken darauf hin, dass das Ziel

der für die Unterbindung der Masern-Wildvirus-Zirkulation erforderlichen Impfquote von 95% schon erreicht werden konnte.

Auch die Surveillance der Masern-Morbidität ist hierzulande vergleichsweise spät – ab Ende 1999 durch ein Sentinel-System der Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM), seit 2001 dann endlich auf der Grundlage einer allgemeinen gesetzlichen Meldepflicht - etabliert worden. Einen ersten Vergleich, der von den beiden Systemen gelieferten Daten hat das RKI im vergangenen September publiziert<sup>1</sup>. Mittlerweile liegen auch die vorläufigen Zahlen der im Jahr 2001 nach IfSG gemeldeten Masern-Fälle vor (Epidemiologisches Bulletin 3/2002, Seite 23). Die Gesamtzahl der im vergangenen Jahr in Deutschland erfassten Masern-Fälle beträgt demnach 5780; dabei springen eklatante regionale Unterschiede ins Auge, die sich auch in den Masern-Inzidenzen der einzelnen Bundesländer niederschlagen.

In Hamburg wurden im vergangenen Jahr 7 Masernfälle erfasst, während es in Bayern 315mal so viele, nämlich sage und schreibe 2208 Fälle waren. Damit erreichte Bayern eine Inzidenz von beinahe 20 Fällen pro 100 000 Einwohner, während Hamburg mit weniger als 1 Fall pro 100 000 Einwohner in Erscheinung trat und damit zusammen mit den anderen Stadtstaaten und den neuen Bundesländern zu den Regionen mit vergleichsweise niedriger Inzidenz gehört (Epidemiologisches Bulletin 7/2002, Seite 54). Es stellt sich die Frage, ob diese Regionen möglicherweise besonders stark von *underreporting* betroffen sind und ihre tatsächlichen Fallzahlen höher liegen. Die Tatsache, dass die Meldedaten mit den Daten des Masern-Sentinels der AGM auch regional ziemlich gut korrespondieren, spricht allerdings eher dagegen.

Offenbar haben vor allem einzelne regionale Ausbruchseignisse die Gesamtzahl der Masernfälle in verschiedenen Bundesländern stark in die Höhe getrieben. Angesichts der enormen Kontagiosität der Masern gehen bei Ausbrüchen in entsprechend empfänglichen Subpopulationen die Fallzahlen leicht

---

<sup>1</sup> RKI, AGM. Masern-Surveillance mit zwei Erfassungssystemen. Erster Vergleich der Meldedaten nachdem IfSG und dem Sentinel der AGM. Epidemiologisches Bulletin 2001; 39: 295 – 298.

in die Hunderte. Ob tatsächlich regionale Unterschiede in der Empfänglichkeit (ggf. zum Beispiel ablesbar an regional unterschiedlichen Impfraten) für die Unterschiede bei den Erkrankungsraten verantwortlich waren, oder ob es reines Glück war, dass Regionen wie Hamburg bisher offenbar von derartigen Ausbruchsgeschehen verschont geblieben sind, muss momentan noch dahingestellt bleiben. Die Lehre aus diesem Phänomen ist aber schon jetzt eindeutig: Defizite bei der Populationsimmunität mit entsprechenden Pools von Empfänglichen können zu gewaltigen Ausbrüchen mit hohen Fallzahlen und hoher Manifestationswahrscheinlichkeit von Komplikationen oder sogar letalen Verläufen führen. Dabei ist es völlig unerheblich, ob das erforderliche Immunitätsniveau noch nicht erreicht ist, oder durch nachlassende Impfbemühungen bereits wieder absinkt. Daher wäre es fatal, von einer regional zunächst niedrig erscheinenden Masern-Morbidität umgehend auf eine ausreichend hohe Immunität der Bevölkerung und ein niedriges individuelles Erkrankungsrisiko zu schließen. Die logische Konsequenz ist, dass die Immunsierungsbemühungen mit aller Energie weiter betrieben werden müssen, bis bevölkerungsmedizinische Daten den dauerhaften Stopp der Viruszirkulation unzweifelhaft belegen.

Auch in Hamburg kann von einer Unterbrechung der Viruszirkulation noch keine Rede sein. Vielmehr deutet sich in diesem Jahr sogar eine gewisse Zunahme der Erkrankungszahlen an. So sind in den ersten 10 Wochen 2002 bereits 5 Masern-Fälle registriert worden, während im gesamten Vorjahr – wie bereits erwähnt – nur 7 Fälle zu verzeichnen waren.

### **Übersicht über die erfassten Erkrankungsfälle in Hamburg 2001**

Nachfolgend die aktuelle Übersicht über die in Hamburg registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten der Kalenderwochen 10 und 11 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 10. Bei dem in der 10. KW gemeldeten Fall von Dengue-Fieber handelt es sich um eine Person, die sich mehrere Monate in Brasilien aufgehalten hat und dort auch erkrankte. Es handelte sich um einen nicht-hämorrhagischen Verlauf, der aber immerhin zu einem zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt führte.

Abb.1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2002, 10. KW (n=109) - vorläufige Angaben

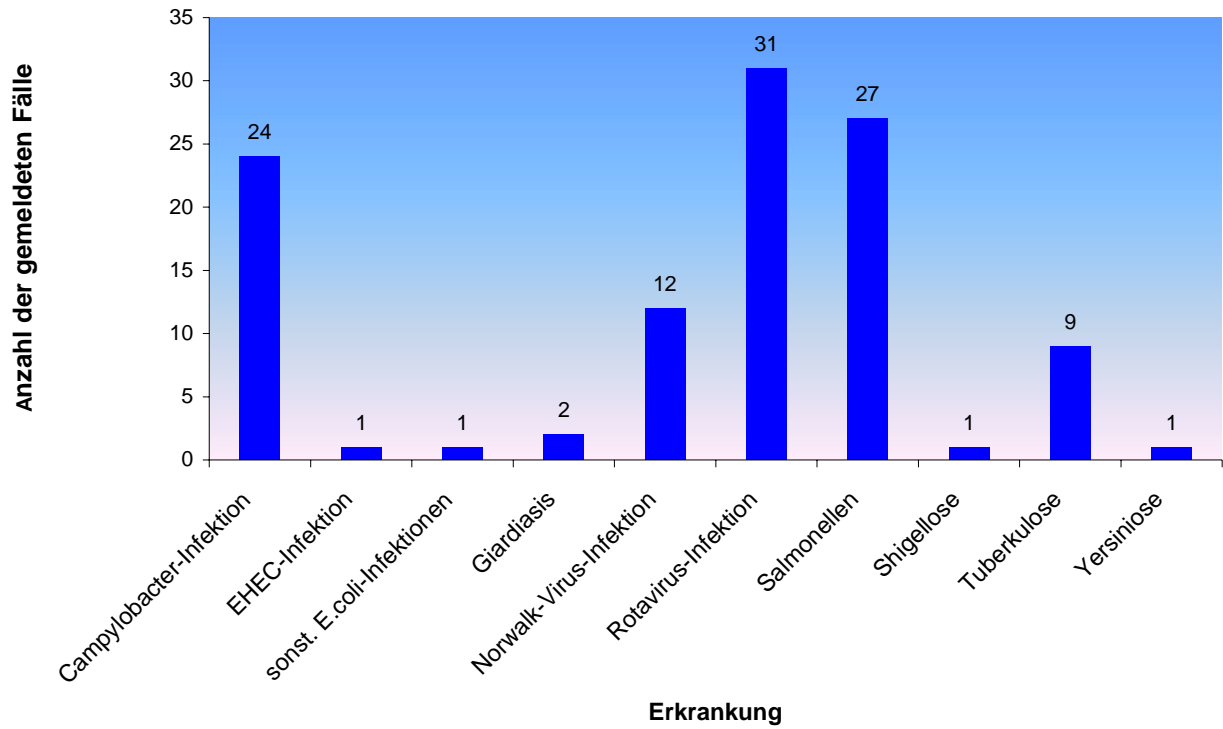
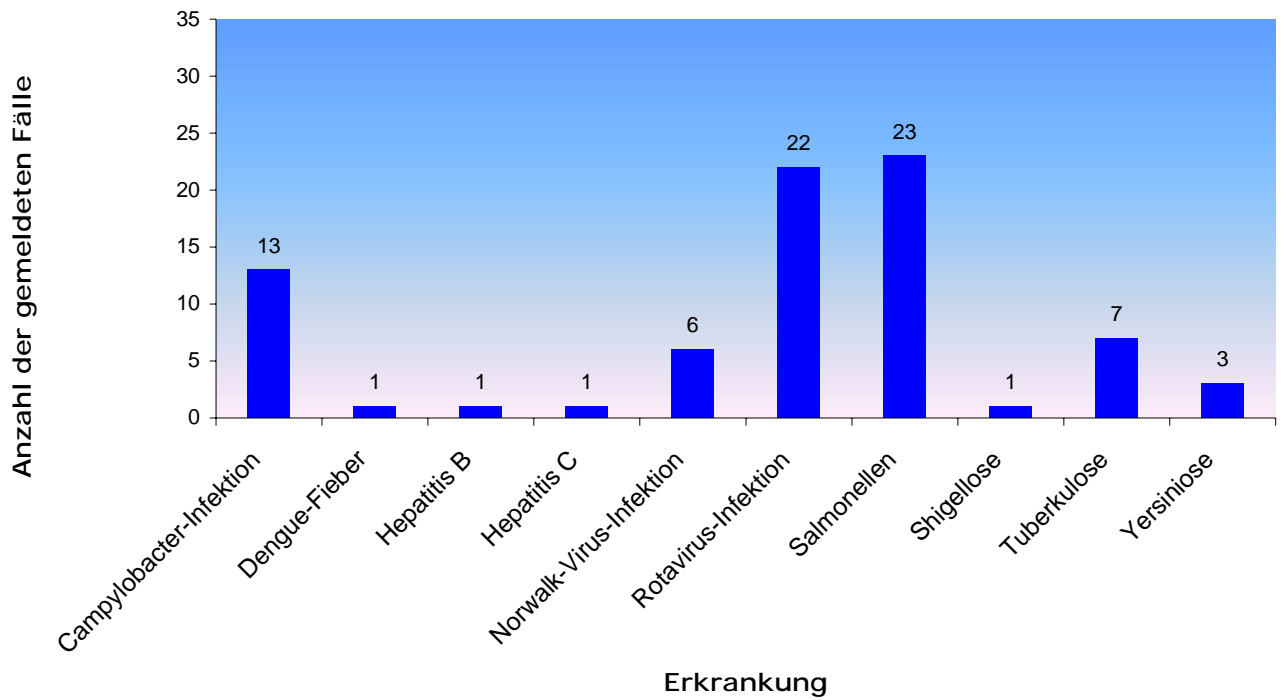
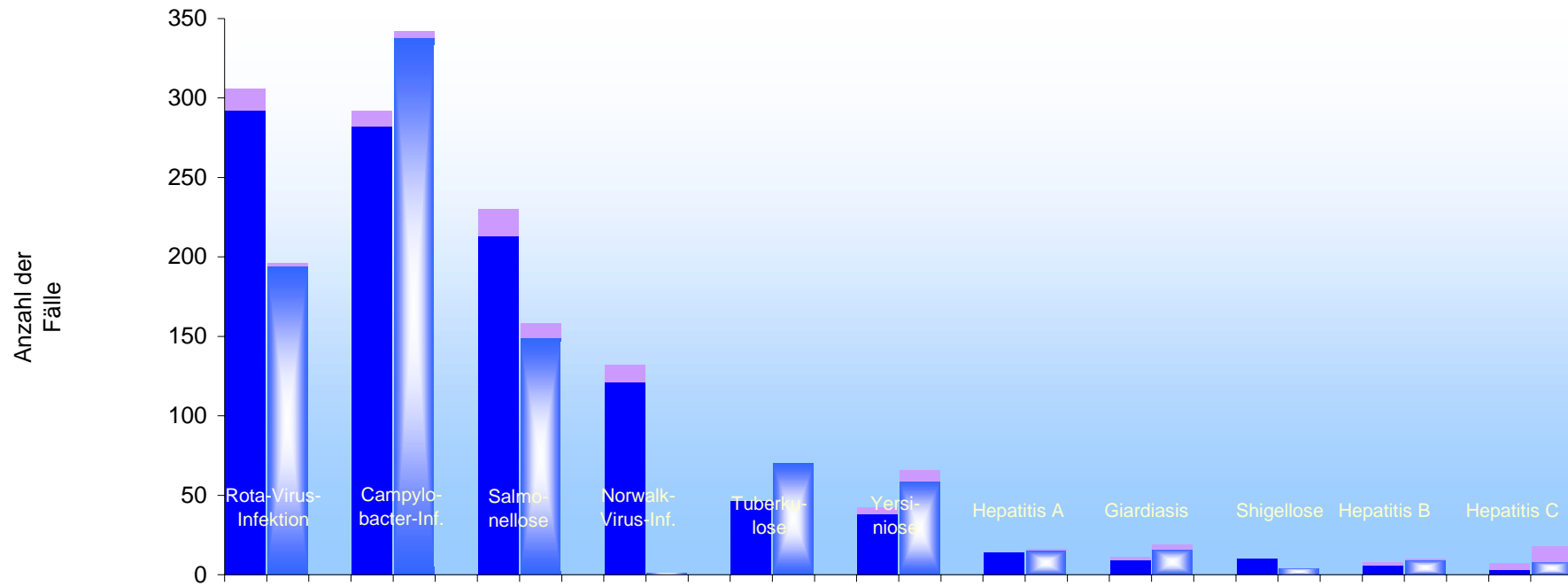


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2002, 11.KW (n=78) - vorläufige Angaben



Tuberku-  
lose

Abb. 3: Die häufigsten registrierten Erkrankungen und Erregernachweise in Hamburg KW 1-10 kumulativ (n= 1098) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr - vorläufige Angaben



reine Erregernachweise	14	2	10	4	17	9	11			4	7		1	2	3			2	1	4	10	
Krankheitsfälle	292	194	282	338	213	149	121	1	46	70	38	59	14	15	9	16	10	4	6	9	3	8

Erkrankungen

■ = aktuelle Fälle    
 ■ = Fälle im Vergleichszeitraum 2001    
 ■ = reine Erregernachweise

**Tab. 2: Sonstige registrierte Erkrankungsfälle Hamburg, 2002 für die Kalenderwochen 1-10 kumulativ (n=33) im Vergleich zum selben Zeitraum 2001 – vorläufige Angaben -**

Meldepflichtige Infektionskrankheiten		
	Anzahl der Fälle 2002	Anzahl der Fälle 2001
EHEC	7	4
Sonstige E.coli-Infektionen	7	2
Masern	5	
Influenza	4	10
N. Meningitidis-Infektion	4	11
Dengue-Fieber	3	
Brucellose	1	
Listeriose	1	
Typhus	1	1
Legionellose		1
Q-Fieber		1