



# Epidemiologisches Bulletin

30. März 2007 / Nr. 13

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Weltgesundheitstag 2007:

## Gesund bleiben – sich vor Infektionskrankheiten schützen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erinnert mit dem Weltgesundheitstag, der in jedem Jahr am 7. April weltweit begangen wird, an den Tag ihrer Gründung im Jahr 1948. Sie legt jährlich ein neues Thema von globaler Relevanz für den Weltgesundheitstag fest, um ein bestimmtes Gesundheitsproblem ins Bewusstsein der Weltöffentlichkeit zu rücken. Der Weltgesundheitstag widmet sich in diesem Jahr dem Schutz vor Infektionen – einer gesundheitspolitischen Aufgabe, aus der sich für jedes Land ganz spezifische Herausforderungen ergeben.

„Infektionsschutz“ umfasst einerseits die individuelle Verantwortung jedes Einzelnen, sich selbst, aber auch die Personen in seiner Umgebung vor Infektionen zu schützen (z. B. durch bewusstes Vermeiden bekannter Infektionsrisiken oder das Wahrnehmen von Impfangeboten). Andererseits werden der Staat und die Gesellschaft in die Pflicht genommen, Rahmenbedingungen und Regelungen zu schaffen, die mit hoher Sicherheit dem Entstehen und der Ausbreitung von Infektionen vorbeugen und adäquate Möglichkeiten der Betreuung und Behandlung Erkrankter sichern. – Der diesjährige Weltgesundheitstag bietet Gelegenheit, anhand einiger Beispiele darzustellen, was unter der Zielstellung, den Infektionsschutz in Deutschland zeitgemäß und in guter Qualität weiter zu entwickeln, auf Bundesebene in den letzten Jahren erreicht wurde:

### ► Infektionsschutzgesetz sichert Infektionsschutz in neuer Qualität

Der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland, bestehend aus den Gesundheitsämtern auf kommunaler Ebene, den zuständigen Behörden auf Landesebene sowie dem Robert Koch-Institut auf Bundesebene, hat die Aufgabe, dem Auftreten von Infektionskrankheiten vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das am 1.1.2001 in Kraft trat und das in Vielem veraltete Bundes-Seuchengesetz ablöste, stellt für all diese Aktivitäten die gesetzliche Grundlage dar und regelt unter anderem die infektionsepidemiologische Surveillance (Meldewesen, Sentinelerhebungen), die Maßnahmen des Infektionsschutzes, die durch Gesundheitsbehörden und andere zuständige Behörden zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten zu treffen sind, die Gewährleistung der Infektionshygiene in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen und die Bedingungen des Einsatzes von Schutzimpfungen. Durch das IfSG hat die infektionsepidemiologische Surveillance quantitativ und qualitativ eine neue Dimension erreicht. Die gewonnenen Daten können – besser als vorher – unmittelbar in konkrete Maßnahmen des Infektionsschutzes umgesetzt werden, dienen aber auch dazu, Präventionskonzepte zu entwickeln, zu steuern und zu bewerten.

Das Infektionsschutzgesetz regelt außerdem die Zuständigkeiten der Gesundheitsämter, Landesbehörden und des RKI und unterstützt ein sinnvolles Ineinandergreifen sämtlicher Aktivitäten im Bereich des Infektionsschutzes. Zu den wichtigen neuen im IfSG verankerten Grundsätzen gehören die besondere

Diese Woche

13/2007

### Weltgesundheitstag 2007:

Zum Infektionsschutz  
in Deutschland

#### Masern:

- Zu einem Ausbruch  
in NRW 2006  
– Konsenspapier einer  
Arbeitsgruppe der beteiligten  
Gesundheitsämter
- Kommentar aus dem RKI

#### Dengue-Fieber:

Vermeht Fälle aus der Südsee,  
Mittel- und Südamerika

#### Diphtherie:

Konsiliarlaboratorium in neuer  
Einrichtung weitergeführt

#### Veranstaltungshinweise:

- Symposium zur Hormon-  
therapie bei menopausalen  
Frauen in Deutschland
- International Summer School  
2007 in Bielefeld

#### Meldepflichtige

#### Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
10. Woche 2007  
(Stand: 28. März 2007)

#### Masern:

Ausbruch in Niederbayern

#### ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur aktuellen Situation



Wichtung der Prävention, das Herausarbeiten der Eigenverantwortung der Leiter von Betrieben und Einrichtungen, aber auch jedes Einzelnen für den Schutz vor Infektionen und die neu definierte Rolle von Information, Aufklärung und Beratung in allen Bereichen des Infektionsschutzes.

► **„Abteilung für Infektionsepidemiologie“ – ein wichtiger Beitrag des RKI**

Für das Robert Koch-Institut als Leitinstitut für Aufgaben des Infektionsschutzes in Deutschland ergab sich aus dem Infektionsschutzgesetz eine noch größere Verantwortung im Bereich der Infektionsepidemiologie. Nachdem mit kleineren Struktureinheiten – zuletzt seit Ende 2001 mit einem selbständigen „Zentrum für Infektionsepidemiologie“ – bereits wertvolle Erfahrungen gesammelt werden konnten, wurde im Jahr 2003 den aktuellen Erfordernissen mit der Bildung der Abteilung für Infektionsepidemiologie entsprochen. Diese Abteilung wurde auf die effiziente und kompetente Bewältigung sowohl der laufenden Aufgaben als auch neuer Herausforderungen auf dem Gebiet des Infektionsschutzes vorbereitet und ist weiter im Aufbau. Wichtige Aufgaben sind die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes auf Bundesebene, das Betreiben der erforderlichen Systeme der infektionsepidemiologischen Surveillance, die Beteiligung am Surveillance-Netzwerk der EU, das Wahrnehmen der Funktion einer Schnittstelle für Maßnahmen von internationaler Bedeutung (Aufgaben, die sich aus der Umsetzung der aktualisierten Internationalen Gesundheitsvorschriften – IGV 2005 – ergeben). Infektionsepidemiologische Forschung gilt praktisch wichtigen offenen Fragen. Ein Schwerpunkt der Arbeit ist die fachliche Beratung der Partner im öffentlichen Gesundheitsdienst und im Bedarfsfall auch deren personelle Unterstützung. Hohe Aktivität gilt der Aus- und Weiterbildung von Infektionsepidemiologen, die in den Ländern und Kommunen tätig sind.

► **Spezielle Vorsorge: Zentrum für Biologische Sicherheit am RKI**

Nach den Anschlägen mit Anthraxsporen im Herbst 2001 wurde auf Beschluss der Bundesregierung das Zentrum für Biologische Sicherheit (ZBS) am Robert Koch-Institut eingerichtet. Zentrale Aufgabe des ZBS ist die Beratung der Politik, der Fachöffentlichkeit und der Öffentlichkeit bei Anschlägen mit biologischen Agenzien. Im ZBS werden Konzepte zur Erkennung von Anschlägen mit biologischen Agenzien (Bakterien, Viren, Toxine) sowie Maßnahmen zur Krisenbewältigung im Falle eines Anschlags entwickelt. Die Aufgaben des Zentrums lassen sich unter den vier Schwerpunkten zusammenfassen: Laborgestütztes Erkennen von Anschlägen, Information und Beratung, Konzeption und Koordination von Gegenmaßnahmen.

Ein wesentlicher Teil von ZBS beschäftigt sich mit der laborgestützten Erkennung hochpathogener Erreger und Toxinen. Hierzu werden laufend die diagnostischen Methoden verbessert und das Spektrum der Diagnostik erweitert. Hauptaugenmerk wird dabei auf die schnelle Identifizierung eines Agens sowohl in klinischen als auch

in Umweltproben gelegt. Es werden sowohl bildgebende Verfahren (z. B. Elektronenmikroskopie) als auch molekulare Methoden (PCR, Real-Time PCR, Sequenzierung) oder Antigennachweise (Toxine) eingesetzt. Ergänzt werden diese Methoden durch die Etablierung von Systemen zur Anzucht und Vermehrung. Neben der Forschung auf dem Gebiet der Diagnostik sollen Forschungsprojekte zur Pathogenese hochpathogener Erreger Angriffspunkte für Interventionsmaßnahmen (Therapie, Prophylaxe) identifizieren. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Gebiet der Qualitätssicherung der Diagnostik.

► **Internetangebot des RKI – erfolgreich im Dienst des Infektionsschutzes**

Unter den verschiedenen vom RKI genutzten Formen der Übermittlung wichtiger Informationen zum Infektionsschutz und zu Public Health wurden die Internetseiten des Robert Koch-Instituts in den letzten Jahren mit erheblichem Aufwand auf- und ausgebaut. Die Nutzung dieses Informationsangebots durch die Fachwelt, aber auch die Bevölkerung belegt sowohl den Bedarf als auch den Nutzen.

Unter [www.rki.de](http://www.rki.de) findet man u. a. die beiden Hauptnavigationenpunkte „Infektionskrankheiten A–Z“ und „Infektionsschutz“. Die „A–Z“-Seiten bündeln Informationen zu einzelnen Infektionskrankheiten. Unter Infektionsschutz stehen mit der Datenbank „SurvStat“, den *Infektionsepidemiologischen Jahrbüchern* und dem *Epidemiologischen Bulletin* zentrale Quellen zum aktuellen Infektionsgeschehen, aber auch zum Basiswissen zur Verfügung. Die Informationen zum Impfen – mit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission – sowie zur Krankenhaushygiene – mit den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene – geben fundierte Informationen zu speziellen Präventionsmaßnahmen. Wichtig für die praktische Arbeit sind auch die Hinweise auf die Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien und die Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“.

Mit der Datenbank „SurvStat“ stellt die Abteilung Infektionsepidemiologie im Internet eine interaktive Datenbank zu allen gemeldeten Infektionskrankheiten zur Verfügung. Die Datenbank wird wöchentlich aktualisiert und erlaubt differenzierte Abfragen, z. B. nach Ort, Zeit, Alter, Geschlecht, Erregern etc., die nach individuellem Wunsch als Tabelle, Grafik oder Karte dargestellt werden können. Eine derartig detaillierte und zeitnahe öffentliche Verfügbarkeit von Surveillance-Daten ist international einzigartig.

Die Zugriffszahlen auf die Internetseiten des RKI zeigen die wachsende Akzeptanz und Bedeutung des Angebotes: Seit dem Jahr 2000 haben sich die Gesamtzugriffe verzehnfacht, von 2,6 Millionen im Jahr 2000 auf 25,5 Millionen im Jahr 2006. Bei der Einführung der Rubrik „Infektionskrankheiten A–Z“ im Jahr 2002 wurden 133.000 Zugriffe registriert, im Jahr 2006 waren es 3,8 Millionen. Ebenso positiv zu bewerten ist die Beachtung, die das *Epidemiologische Bulletin* im Internet findet (insgesamt 114.000 Aufrufe im Jahr 2000, 2,9 Millionen im Jahr 2006).

## Masern: Zu einem Ausbruch in NRW – Erfahrungen und Empfehlungen

Konsenspapier der „Arbeitsgruppe Masern“

### 1. Einführung

Im Frühjahr 2006 war das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) von einem Masernausbruch betroffen, der in seinem Ausmaß nicht erwartet worden war. Im Rahmen des Ausbruchs wurden den Behörden über 1.700 Fälle gemeldet. Die Zahl der stationären Behandlungen betrug 263 und schwerwiegende Komplikationen, wie Meningitis und Enzephalitis, wurden mit einer Häufigkeit von 1 : 247 beobachtet (darunter 6 Enzephalitiden, 1 Meningitis). Dies verdeutlichte einmal mehr, dass die Masern keine zu verharmlosende Erkrankung sind und sorgte auch in der Bevölkerung für Verunsicherung. Das Geschehen führte aber auch dazu, dass der öffentliche Gesundheitsdienst sich mit konkreten Erfahrungen und unter neuen Gesichtspunkten mit einer impfpräventablen Erkrankung auseinandersetzte.

Der Masernausbruch stellte die Unteren Gesundheitsbehörden vor eine neue Herausforderung. Wie die Erfahrungsberichte aus den Kommunen zeigten, begegnete man der Situation mit unterschiedlichen Strategien und Schwerpunktsetzungen. Obwohl die rechtliche Grundlagen und allgemeinen Richtlinien vorhanden und gleich sind, führte ihre Auslegung nicht zu einer identischen Handhabung in den öffentlichen Gesundheitsdiensten. Dieses heterogene Vorgehen führte zu unterschiedlichen Erfahrungen und Ergebnissen – und zu Kritik aus vielen Richtungen, auch aus der Fachöffentlichkeit. Die damals bevorstehende Fußballweltmeisterschaft erhöhte durch die enorme öffentliche Aufmerksamkeit, die diesem Großereignis zuteil wurde, die Sorge und den Handlungsdruck auf die Verantwortlichen.

Erfahrungen aus in früheren Jahren aufgetretenen, begrenzten Masernausbrüchen in NRW waren nicht ausreichend unter den Gesundheitsämtern ausgetauscht worden und somit nicht für die Gesundheitsbehörden nutzbar gemacht worden, die nicht primär betroffen waren. Die Umsetzung der Meldepflicht im Masernverdachtsfall erwies sich in zahlreichen Fällen als unzureichend (betreffend einzelne niedergelassene Ärzte, Leiter von Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen, in geringem Maße Verantwortliche in Laboratorien und Kliniken). Bei lückenhafter Wahrnehmung insbesondere der Wiederimpfung gegen Masern gab es keine flächendeckende belastbare Herdenimmunität (Populationsimmunität).

In dieser Situation und auf dem Boden dieser Erfahrungen bestand bei den Mitgliedern der zur Auswertung des Geschehens gebildeten „Arbeitsgruppe Masern“ Bereitschaft und Konsens darüber, die im Folgenden näher beschriebenen **Ziele** gemeinsam zu verfolgen:

- ▶ Entwickeln eines abgestimmten und einheitlichen, epidemiologisch sinnvollen, rechtskonformen, ausbreitungs- und schadensbegrenzenden Vorgehens im Masernausbruchsfall;

- ▶ Verständnis der Ausbruchsbekämpfung als wichtige Gesamtaufgabe des jeweiligen Gesundheitsamtes und Gestaltung des Vorgehens so, dass alle vorhandenen Ressourcen effektiv genutzt werden;
- ▶ Berücksichtigung von Gesichtspunkten der Verhältnismäßigkeit und der Rechtsgüterabwägung, aber auch konsequente Nutzung der Möglichkeiten des Infektionsschutzgesetzes und anderer Rechtsvorschriften und Richtlinien;
- ▶ gemeinsames und offensives Vertreten der entwickelten Vorgehensweise gegenüber Bevölkerung, Öffentlichkeit, Fachöffentlichkeit und Landespolitik;
- ▶ Hinweis auf die Grenzen der Möglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie auf andere notwendige Zuständigkeitsbereiche und Handlungsfelder (z. B. STIKO-Empfehlungen, sofern vom Land übernommen und empfohlen, betriebsmedizinische Versorgung von Beschäftigten in Gemeinschaftseinrichtungen und Schulen);
- ▶ Hinwirken auf Verbesserungen in diesen Bereichen und Optimieren des Schnittstellenmanagements zu anderen Sektoren (niedergelassene Ärzte/Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung/Bezirksregierung/ arbeitsmedizinische Betreuung der Lehrer – BAD/Träger und Fachberater von Tageseinrichtungen für Kinder etc.).

Als konkretes Endprodukt ist dieses Konsenspapier entstanden. Es soll ein „best practice“-Modell zur praktischen Umsetzungen von Vorgaben des IfSG und von RKI-Empfehlungen im Masernausbruchsfall beschreiben, also möglichst konkrete Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen bereitstellen. Möglicherweise kann es von Nutzen und im Grundsatz verwertbar sein, wenn weitergehende Überlegungen zum Management anderer in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen relevanter, impfpräventabler Infektionskrankheiten wie z. B. Mumps oder Röteln angestellt werden.

### 2. Erkenntnisse aus der Praxis

Die Analyse des Masernausbruchgeschehens in NRW im Frühjahr/Frühsommer 2006 brachte einige für die Erstellung von praktisch nutzbaren Handlungsrichtlinien wichtige grundsätzliche Erkenntnisse:

- ▶ In Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen sind aufgrund der hohen Kontagiosität von Masern **alle in der Einrichtung Anwesenden** als **Kontaktpersonen** zu betrachten und entsprechend zu behandeln.
- ▶ Die notwendigen Konsequenzen beziehen sich somit auch auf alle in der Einrichtung Anwesende oder Beschäftigte (Schüler, Lehrer, Hausmeister etc.).
- ▶ Besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen Impflücken bzw. unzureichender Immunschutz gegen Masern.
- ▶ In allen Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen sind bei Auftreten von Masern die notwendigen **Maßnahmen sofort, vollständig und sehr konsequent umzusetzen**.

### 3. Praktische Vorgehensweise beim Auftreten von Masern in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen

Im Folgenden sind die praktischen Maßnahmen zusammengefasst, die sich als wesentlich für eine Ausbruchseindämmung erwiesen haben. Dabei kommt einem raschen und abgestimmten Vorgehen eine zentrale Bedeutung zu. Um die logistischen Herausforderungen bewältigen zu können, sollte personelle Unterstützung z. B. bei Lehrern, interessierten Schülern (z. B. im Rahmen einer AG) und im eigenen Hause (z. B. aus anderen Abteilungen, Dezernaten etc.) genutzt werden.

- ▶ Bei einem Masernausbruch (mehr als eine Erkrankung, labordiagnostische Sicherung der Diagnose bei einem Erkrankten) sofortige **Impfausweiskontrolle aller Personen** der Einrichtung (in den Schulen sollten nach Möglichkeit Lehrer zur Mithilfe und Unterstützung herangezogen werden);
- ▶ **Ausschluss aller Schüler und Lehrer** vom Unterricht, die keine gesicherte Masernerkrankung (Ärztliches Attest oder Aussage der Eltern zum Nachweis) durchgemacht haben und die keine Masernimpfung nachweisen können; Die gesetzliche Grundlage hierfür wird in §§ 28 und 34 (9) IfSG gesehen;
- ▶ sofortige **Aufforderung zur Impfung** an alle unzureichend Geimpften (Nutzung bereits erstellter einheitlicher Standardschreiben für Eltern, Lehrer, auch in Fremdsprachen);
- ▶ Wiedenzulassung zum Unterricht bei Nachweis einer postexpositionellen Impfung;
- ▶ falls kein Impfausweis vorliegt und Unsicherheit über durchgemachte Impfung oder Erkrankung vorliegt, wird eine Impfung empfohlen. Falls diese abgelehnt wird, wird eine **serologischen Untersuchung** zur genauen Abklärung des Immunstatus empfohlen; **bis zur Klärung: Ausschluss aus der Einrichtung**;
- ▶ bei Nachweis von nur einer MMR-Impfung: dringende Empfehlung einer 2. MMR-Impfung (s. o.), aber kein Ausschluss aus der Gemeinschaftseinrichtung;
- ▶ Organisation der Umsetzung der dringenden Impfempfehlung durch **eigenes Impfangebot vor Ort** oder Organisation einer optimierten Inanspruchnahme von Impfungen durch die niedergelassenen Ärzte;
- ▶ zu Impfungen: Alle Personen mit den o. g. Indikationen sollten geimpft werden, sofern keine Kontraindikation vorliegt (eine Altersbegrenzung für die Impfung existiert nicht!);
- ▶ **Riegelungsimpfung** vornehmen, auch wenn der genaue Zeitpunkt des Kontaktes zu Erkrankten im Einzelfall unbekannt oder >3 Tage ist. Häufig wird sich der genaue Zeitpunkt der Infektion bzw. des engen Kontaktes zu einem Masernkranken im Ausbruchsfalle nicht genau festlegen lassen. Eine Impfung in die Inkubation >3 Tage nach der Exposition ist unschädlich, auch wenn die Erkrankung dadurch nicht mehr verhindert werden kann. Sollte eine Ansteckung jedoch trotz eines (>3 Tage zurückliegenden) Kontaktes nicht stattgefunden haben, ist die Person vor einer weiteren Ansteckung im Rahmen

des Ausbruchsgeschehens geschützt. Die Erfahrungen lassen vermuten, dass es auch bei Überschreitung der Dreitagesfrist nur selten trotz Impfung zu einer Masernerkrankung kommt. Von allen in diesem Ausbruchsgeschehen übermittelten Masernerkrankten wurden nur 3,9% während der wahrscheinlichen Inkubationszeit geimpft. Bei diesen Personen wurde aber nicht untersucht, ob es sich um eine Wildvirusinfektion oder eine Impfmaserkrankung handelte, wobei ersteres im Rahmen eines Ausbruchs am wahrscheinlichsten ist.

- ▶ Sicherstellen eines zeit- und ortsnahen Impfangebots (Impfstoffbeschaffung, personell im Sinne einer Art „task force“-Gruppe);
- ▶ offensive Informationspolitik und **Öffentlichkeitsarbeit**;
- ▶ Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die letzten beiden Aufgaben (intern, extern, unter Nutzung der in den Kommunalverwaltungen vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. Pressesprecher).

### 4. Vorbereitende Maßnahmen für das Ausbruchsmanagement unabhängig vom verursachenden impfpräventablen Erreger:

Aus den Erfahrungen heraus hat es sich als vorteilhaft erwiesen, wenn das Ausbruchsmanagement als prioritäre Aufgabe des gesamten Gesundheitsamts betrachtet und gelebt wird. Dazu gehören auch Prioritätenverschiebungen aus der Situation heraus, Bündelung aller vorhandenen Ressourcen (z. B. des KJGD für Impfstatusüberprüfung und Impfangebote) und klare Zuständigkeitsregelungen vorab.

Nur eine entsprechende EDV-technische Ausstattung der Arbeitsplätze in den Gesundheitsämtern ermöglicht den Aufbau der Logistik für zeitnahe Impfangebote und für eine angemessene Öffentlichkeitsarbeit. Eine Sicherstellung bzw. Optimierung der Meldewege, insbesondere für die Einrichtungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen, kann dadurch erreicht werden, dass nach Meldungen aus den Einrichtungen die Gesundheitsämter auf diese Meldungen mit einer Information der Eltern und gegebenenfalls der Öffentlichkeit über die örtliche Presse reagieren.

Weiterhin muss die **Erreichbarkeit auch außerhalb der Dienstzeit** und an Wochenenden geregelt und gesichert sein. Um die Bereitschaft zur Meldung zu steigern, sollten **Meldehotlines** eingerichtet werden, über die auch die mit der Meldung entstehenden Fragen, z. B. über die Zeitdauer eines Ausschlusses eines Erkrankten, beantwortet werden können.

Um die Beratung der LehrerInnen, ErzieherInnen und Eltern zu vereinfachen, sollte leicht verständliches, einheitliches **Informationsmaterial** (Elternanschreiben, Lehreranschreiben) in unterschiedlichen Fremdsprachen erarbeitet werden, in dem auch auf die aktuellen Impfangebote hingewiesen wird. Die MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, die Hygieneinspektoren und die mit dem Infektionsschutz befassten ärztlichen Mitarbeiter wirken als „arbeitsmedizinischer Dienst der Kinder und Jugendlichen“ an der Einrichtung eines Netzwerks „Gesunde Schule“ vor Ort mit. Dazu gehört die Gewinnung,

Information und Schulung von Multiplikatoren in Schulen und Kitas, z. B. bei Leitungskonferenzen auch unter Einbeziehung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte.

### 5. Ausblick: Prävention von gehäuften Masernerkrankungen/Ausbrüchen

Die WHO hat ihr Ziel, bis zum Jahre 2007 Masern und konnatale Röteln zu eliminieren, auf 2010 korrigiert. Auf einem Workshop der deutschsprachigen Länder im Mai 2006 in Berlin wurde bekräftigt, dass über das nationale Programm Impfquoten von über 95% zu erreichen sind und mehr als 80% der Masernverdachtsfälle durch eine entsprechende Labordiagnostik abgesichert werden sollen.

Zukünftige Aufgabenstellungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen also auch grundsätzlich darauf abzielen, gehäufte Masernerkrankungen und Ausbruchsgeschehen zu verhindern und die Impfquoten weiter zu steigern. Dabei lassen sich Präventionsansätze und -strategien im engen Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (5 a) unterscheiden von solchen, die mit einer Einflussnahme auf andere Zuständigkeiten verbunden sind; hier sind darüber hinaus verbesserte Koordination und Kooperation sowie ein optimiertes Schnittstellenmanagement erforderlich (5 b).

#### 5 a) Aufgaben im Handlungsbereich der Unteren Gesundheitsbehörde

Beiden Unteren Gesundheitsbehörden muss der Infektionsschutz als Aufgabe des „Gesamtsystems“ des Gesundheitsamts verstanden werden. Neben der Fachabteilung müssen andere Fachbereiche und insbesondere der Kinder- und Jugendärztliche Gesundheitsdienst eingebunden werden. Dabei müssen Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung über Defizite des Impfschutzes durch die verpflichtende Erfassung des Impfstatus zum Einschulungszeitpunkt kleinräumig genutzt werden ebenso wie zusätzliche Informationen aus lokalen Erhebungen zur Impfstatuserfassung in (einzelnen) Kitas und Schulen sowie Informationen zum aktuellen Infektionsgeschehen. Dazu unterhält das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) eine umfangreiche Homepage, die wöchentlich aktualisierte Angaben zur Situation der meldepflichtigen Erkrankungen auf Kreisebene bereithält. Zur Verbesserung des Infektionsschutzes wurde vom Arbeitskreis eine umfangreiche Sammlung von Hinweisen zusammengestellt. Beispielfähig soll hier die Information der Betreuer von Freizeitmaßnahmen über meldepflichtige Infektionskrankheiten auch in den Schulferien erwähnt werden.

#### 5 b) Aufgaben an den Schnittstellen zu anderen Versorgungs- und Zuständigkeitsbereichen

Auch für die Handlungsfelder außerhalb des Gesundheitsamts wurden entsprechende Hinweise zusammengestellt. In dem Zusammenhang wurde insbesondere auf eine Ausweitung der Impfempfehlungen der STIKO für die MMR-Impfung auf Erwachsene hingewiesen und eine Kostenübernahme für diese Impfungen im Rahmen von Häufungen eingefordert. Immerhin waren von dem Ausbruch

überwiegend ungeimpfte Personen im Alter von 5 bis 20 Jahren betroffen. Über 60% aller Erkrankungen trat in dieser Altersgruppe auf. Weiterhin wurden den zuständigen Stellen des Landes Nordrhein-Westfalen Anregungen für eine Verbesserung des Infektionsschutzes in Schulen durch eine intensiviertere arbeitsmedizinische Betreuung der Lehrer gegeben. Vorgeschlagen wurde, die Belange des Arbeitsschutzes in den Schulen stärker und in Anlehnung an den § 15 a der Biostoffverordnung zu berücksichtigen, der regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Impfangebote für gefährdete Mitarbeitergruppen vorsieht.

### 6. Schlussbemerkung

Der Masernausbruch 2006 in NRW hat gezeigt, dass beim Ausbruchmanagement in vielen Bereichen trotz gesetzlicher Vorgaben oder fachlich basierter Empfehlungen in der praktischen Umsetzung Probleme und Ungereimtheiten aufgetreten sind. Aus diesem Grund hat sich die „Arbeitsgruppe Masern“ zusammengefunden, um auf der Basis der gewonnenen praktischen Erfahrungen zum Einen eine Abstimmung in der Vorgehensweise zu erreichen und zum Anderen eine Möglichkeit aufzuzeigen, wie die Vorgaben und Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden können.

Dabei ist durchaus bewusst geworden, dass nicht in allen Punkten Einigkeit bestand. Dennoch ist es gelungen, einen von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe getragenen Kompromiss zu erarbeiten, der in das vorliegende „best practice“-Modell Eingang gefunden hat. Die Kernpunkte dieses Modells sind bereits in NRW auf verschiedenen Ebenen diskutiert worden. Da Teile dieses „best practice“-Modells möglicherweise auch als Grundlage für Strategien zur Eindämmung von Ausbrüchen mit anderen impfpräventablen Krankheiten dienen können, sollte es einem breiten Fachpublikum zugänglich gemacht werden. Wir würden uns über eine rege Diskussion sehr freuen.

#### Quellen/genutzte Materialien:

1. RKI: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2005. Epid Bull 2005; 30: 257–272
2. RKI: Falldefinitionen des RKI. RKI 2003 ([www.rki.de](http://www.rki.de))
3. lögD, Baumeister H: Masernausbruch in NRW, Schreiben an UGB in NRW vom 16.05.06
4. lögD, Baumeister H: Rundschreiben zur Masernsituation vor den Sommerferien NRW, 20.06.06
5. lögD-Infektionsberichte NRW, fortlaufende Wochenmeldungen: <http://www.loegd.nrw.de/1aim-berichte/html/index.html>
6. Zylka-Menhorn V: Masern: Vermeintlich harmlose Viruserkrankung. DÄB 2006; Nr. 23, S. A1586–A1588
7. RKI: WHO-Resolution vom 1. Treffen der deutschsprachigen Staaten zur Eliminierung von Masern/Röteln, WHO-Workshop am 18. und 19.5.06 im RKI. Epid Bull 2006; 22: 170–171
8. Mankertz A, Hülße C, Tischer A: Welche Veränderungen für den Nest-schutz sind bei Kindern geimpfter Mütter zu erwarten? Kinderärztliche Praxis 2006; 77: 10–17
9. Pädiater können auch Erwachsene impfen. Kinderärztliche Praxis 2006; 77: 17
10. Das Nationale Referenzzentrum Masern, Mumps, Röteln bittet um Ihre Mithilfe! Kinderärztliche Praxis 2006; 77: 16

11. P. Kriwy: Das Impfverhalten bei MMR. *Kinder- und Jugendarzt* 2006; 37: 528–532
12. Morgenroth H, Dreja I, Kahl J, Terhardt M: Impfstudie Nordrhein: Ein Beispiel praxisnaher Forschung. *Kinder- und Jugendarzt* 2006; 37: 553–557
13. Protokolle der Arbeitskreissitzungen vom 31.05., 20.06. und 13.07.2006 im Gesundheitsamt Duisburg
14. RKI: RKI-Ratgeber „Masern“ (aktualisierte Fassung vom Januar 2006, Erstveröffentlichung im *Epid Bull* 44/99; [www.rki.de](http://www.rki.de))
15. RKI: Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, aktualisierte Fassung vom Juli 2006. Erstveröffentlichung im *Bundesgesundheitsblatt* 2001; 44: 830–843

### Kommentar aus dem RKI

Die „Arbeitsgruppe Masern“, bestehend aus Vertretern verschiedener Gesundheitsämter Nordrhein-Westfalens, hat sich zusammengefunden, um die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Masernausbruch 2006 zusammenzutragen und zu bewerten. Daraus hat die Arbeitsgruppe erste konkrete Handlungsvorschläge für ähnliche Situationen erarbeitet. Das Ausmaß des Masernausbruchs in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 hat den Einsatz einer Vielzahl von Gesundheitsämtern und ihre Kooperation mit weiteren Akteuren erforderlich gemacht. Die Initiative, durch einen Austausch der dabei gewonnenen Erkenntnisse – geprägt durch unterschiedliche Vorerfahrungen und Ressourcen in den beteiligten Gesundheitsämtern – das Handeln in ähnlichen Situationen in Zukunft weiter zu optimieren, ist sehr zu begrüßen.

Die Maserneliminierung bis zum Jahr 2010 ist erklärtes Ziel der WHO, dem sich die Bundesrepublik verpflichtet hat. Masernausbrüche sind ein Signal dafür, dass das Erreichen des Ziels gefährdet ist und dass die bisherigen Maßnahmen – Verbesserung der Surveillance und Erhöhung der Impfquoten sowie gesetzliche Regelungen zum Infektionsschutz – noch nicht ausreichen. Durch die föderalen Strukturen in Deutschland gibt es trotz einheitlicher gesetzlicher Vorgaben zum Infektionsschutz keinen homogenen Ansatz auf kommunaler Ebene zur Bewältigung von Ausbruchssituationen. Dafür sind auch die jeweiligen Rahmenbedingungen (Ressourcen, Zuständigkeiten, Strukturen) in den Kommunen oft zu unterschiedlich. Der im Beitrag angeregte Erfahrungsaustausch und die vorgeschlagenen konkreten Maßnahmen sind der richtige Weg und eine gute Grundlage für konzertierte Aktionen des ÖGD auf kommunaler Ebene zur Maserneliminierung.

Die im Beitrag angesprochenen Punkte zeigen, dass das Handeln auf kommunaler Ebene im Rahmen eines Ausbruchs einer impfpräventablen Erkrankung immer eine Kooperation mit einer Vielzahl von Akteuren mit sich bringt – sowohl innerhalb eines einzelnen Gesundheitsamtes als auch mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken, Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen, den Medien etc. Um dieses Handeln zu gewährleisten, muss eine entsprechende personelle und sachliche Ausstattung gegeben sein. Ein erweiterter Austausch diesbezüglicher Erfahrungen über die verfassenden Gesundheitsämter hinaus wäre sicher frucht-

Für die gemeinsame Erarbeitung dieses Erfahrungsberichtes danken wir den Mitgliedern der „Arbeitsgruppe Masern“ in NRW: Dr. Ulrike Horacek, Gesundheitsamt Recklinghausen; Dr. Dieter Weber, Gesundheitsamt Mülheim/Ruhr; Dr. Uta Ulbrich, Gesundheitsamt Dortmund; Anita Pabel, Gesundheitsamt Wesel; Dr. Georg Vogt, Dr. Rolf Behler, Uwe Müller, Gesundheitsamt Duisburg; PD Dr. Matthias Schröter, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Münster.

Als **Ansprechpartnerin** für die Mitglieder der Arbeitsgruppe steht Frau Dr. Ulrike Horacek, Gesundheitsamt Recklinghausen, zur Verfügung (E-Mail: [U.Horacek@kreis-re.de](mailto:U.Horacek@kreis-re.de)).

bar und könnte zu einer weiteren Konkretisierung der beschriebenen Maßnahmen führen. Die konstruktive Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt Duisburg, dem Iögd und dem RKI im Rahmen der Untersuchung der Masernfälle an einer Duisburger Schule sowie bei der detaillierten Befragung aller in Duisburg an Masern erkrankten Personen hat eindrücklich gezeigt, dass die Vernetzung zwischen den föderalen Ebenen möglich und erfolgreich ist.

Der Beitrag benennt auch die Defizite, die den Ausbruch erst ermöglicht haben, nämlich vornehmlich die unzureichende Durchimpfung vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Infrastruktur, die zur Kontrolle einer Ausbruchssituation benötigt wird, sollte ebenfalls genutzt werden, um präventiv zu handeln, z.B. durch Impfkationen an Schulen / Berufsschulen unter Einbeziehung der genannten Akteure. Viele Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes sind bereits erfolgreich von einigen Gesundheitsämtern vor Ort etabliert oder werden geplant.

Beispielhaft genannt sei hier das Impfmobil, welches den örtlichen Gesundheitsbehörden vom Land NRW für gezielte Impfkationen vor Ort zur Verfügung gestellt wird. Zahlreiche Kommunen greifen regelmäßig auf dieses Angebot zurück. Die verstärkte Kommunikation derartiger Erfahrungen der Gesundheitsämter untereinander sowie die Vernetzung mit allen föderalen Ebenen trägt dazu bei, Anregungen und Know-how zu vermitteln, Ressourcen zu bündeln, Probleme zu benennen und Lösungen dafür zu finden.

Zu den im Ausbruchsfall erforderlichen Maßnahmen werden im Beitrag klare Regelungen über Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten gefordert. Diese sollten nicht erst im Ausbruchsfall getroffen werden, damit das verantwortliche Gesundheitsamt von Anfang an das gemeinsame und abgestimmte Handeln aller Akteure sichern kann.

Der Vorschlag einer „Task-force“ scheint geeignet, um Ressourcen und Personal zu bündeln und zielgerichtet einzusetzen. Von Seiten des RKI besteht das Angebot, einer solchen Gruppe beratend zur Seite zu stehen. Mehrfach bewährt hat sich auch die aktive Unterstützung bei der Untersuchung von Ausbrüchen durch Ausbruchsteams, die im

Rahmen des RKI-Trainingsprogrammes auf Anforderung zur Verfügung stehen. Ihr Einsatz ist auch zur Organisation und Evaluation von Impfkationen denkbar.

Der vorliegende Beitrag zeigt beispielhaft, wie durch den Erfahrungsaustausch zwischen Gesundheitsämtern und unter Einbeziehung der Landesebene Einvernehmen über eine geeignete Vorgehensweise im Ausbruchsfalle hergestellt werden kann. Seine Vorschläge sind Grundlage zur

weiteren Diskussion und sind insbesondere dafür geeignet, die Debatte zu beleben, welche Prioritäten und Maßnahmen im ÖGD in Deutschland notwendig sind, um die Maserneliminierung voranzubringen.

Kommentar aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI.

**Ansprechpartnerinnen** sind Dr. Anette Siedler (E-Mail: SiedlerA@rki.de) und Dr. Wiebke Hellenbrand (E-Mail: HellenbrandW@rki.de).

### Dengue-Fieber: Hinweis auf vermehrt importierte Fälle aus der Südsee, Mittel- und Südamerika

**Südsee:** Vermutlich im Zusammenhang mit lokalen Ausbrüchen auf Südsee-Inseln wurden in den ersten 11 Meldewochen des Jahres 2007 bereits drei Dengue-Fälle bei Reisenden im südpazifischen Raum übermittelt. Neben einer offenbar auf den **Fidschi-Inseln** erworbenen Infektion waren zwei der Patienten in Neuseeland unterwegs und machten Abstecher auf die politisch mit Neuseeland assoziierten **Cook-Inseln**, auf denen zur Zeit ein großer Ausbruch von Dengue-Fieber stattfindet (700 Erkrankungsfälle seit Oktober 2006, Inzidenzrate von über 3.300 Fällen pro 100.000 Einwohner). Im Vergleichszeitraum der Jahre 2004–2006 waren aus dieser Region keine Fälle berichtet worden.

**Mittelamerika:** Der seit 2005 in Deutschland beobachtete Trend zu höheren Fallzahlen aus mittelamerikanischen Ländern setzt sich auch Anfang 2007 fort: Für diese Jahreszeit unüblich, wurden 2007 bereits fünf Infektionen aus **Costa Rica** sowie jeweils drei aus **Mexiko** und der **Dominikanischen Republik** übermittelt (in den jeweils ersten 11 Meldewochen 2004–2006 infizierte sich in den genannten Ländern im Durchschnitt nur ein deutscher Reisender).

**Südamerika:** Die seit Oktober 2006 in **Südamerika östlich der Anden** (insbesondere in Paraguay und angrenzenden Ländern) anhaltende **Dengue-Epidemie** betrifft nun auch Reisende aus Deutschland: Gegenüber durchschnittlich drei Fällen in den ersten 11 Meldewochen der Jahre 2004–2006 wurden aus Südamerika 2007 schon acht Fälle übermittelt. Darunter waren jeweils zwei Fälle aus **Brasilien** und **Paraguay** sowie ein Fall aus **Uruguay**. Außerhalb des Ausbruchsgebietes wurden die übrigen Infektionen in **Venezuela**, **Ecuador** und auf einer Kreuzfahrt entlang der **Westküste Südamerikas** erworben.

Reisende zu Zielen im tropischen Südpazifik, Mittel- und Südamerika sowie in andere Dengue-Endemiegebiete sollten gezielt auf das Risiko von Dengue-Infektionen und geeignete Schutzmaßnahmen hingewiesen werden.

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

**Hinweis:** Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch!

### Hinweise

#### Konsiliarlaboratorium Diphtherie am LGL Oberschleißheim

Mit Zustimmung der Kommission Infektionsepidemiologie und der DGHM wird das Konsiliarlaboratorium Diphtherie mit sofortiger Wirkung am LGL Oberschleißheim weitergeführt.

#### Anschrift:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)  
Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim

#### Ansprechpartner:

► Herr PD Dr. A. Sing

**Tel.:** 089.31560-814

**Fax:** 089.31560-197

**E-Mail:** Andreas.Sing@lgl.bayern.de

► Herr Dr. R. Kugler

**Tel.:** 089.31560-274

**Fax:** 089.31560-458

**E-Mail:** Rudolf.Kugler@lgl.bayern.de

#### Symposium: Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007 – Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität

**Termin:** 27. Juni 2007

**Veranstaltungsort:** Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin (Mitte)

**Veranstalter:** Robert Koch-Institut, Berlin; Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin; Charité Universitätsmedizin, Berlin, Campus Virchow, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe; IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin

**Anmeldung:** Bis 31.05.2007 schriftlich, per Fax oder E-Mail an:

Frau Gabriela Röseler

RKI, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung  
Seestraße 10, 13353 Berlin

**Tel.:** 03 018.754-31 69; **Fax:** 03 018.754-32 11

**E-Mail:** roeselerg@rki.de

**Hinweis:** Eine Tagungsgebühr wird nicht erhoben. Tagungssprachen sind Englisch und Deutsch. Das Symposium wird als Fortbildungsveranstaltung durch der Ärztekammer Berlin anerkannt.

#### International Summer School 2007 „Health as a Global and Local Challenge“

**Part 1:** Infectious Disease Epidemiology  
Termin: 3.–7. September 2007

**Part 2:** International Public Health  
Termin: 10.–14. September 2007

**Veranstaltungsort:** Universität Bielefeld, Deutschland

**Leitung:** Prof. Dr. med. Alexander Krämer, Dr. Mirjam Kretzschmar (Part 1); Prof. Dr. Oliver Razum (Part 2);

#### Information und Anmeldung:

E-Mail: regine.myska@uni-bielefeld.de (Part 1)

E-Mail: ilona.benecke@uni-bielefeld.de (Part 2)

Website: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summerschoolide/

**Hinweis:** Sprache ist Englisch.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

10. Woche 2007 (Datenstand v. 28.3.2007)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	110	1.086	724	2	21	16	4	44	45	76	691	535	1	9	13
Bayern	123	1.092	816	6	34	23	11	170	145	55	761	637	1	15	26
Berlin	35	351	295	1	4	3	1	33	18	7	148	200	1	7	10
Brandenburg	20	244	242	1	7	5	3	48	58	20	186	222	0	1	2
Bremen	4	37	42	1	3	0	0	4	9	0	39	34	0	1	1
Hamburg	24	304	257	0	2	2	0	5	6	2	66	78	1	3	10
Hessen	48	550	487	0	5	2	2	25	28	28	442	348	0	4	7
Mecklenburg-Vorpommern	20	215	238	0	2	1	5	47	77	16	139	153	0	0	2
Niedersachsen	87	700	570	2	36	10	5	49	52	64	693	505	0	7	3
Nordrhein-Westfalen	255	2.646	2.159	8	59	44	23	167	253	119	1.207	1.092	0	4	10
Rheinland-Pfalz	52	515	416	2	5	7	6	65	50	24	352	360	0	3	2
Saarland	24	216	170	0	0	1	1	13	10	5	88	82	0	0	1
Sachsen	90	746	631	0	11	9	21	148	165	38	392	348	2	20	6
Sachsen-Anhalt	26	245	213	0	3	5	13	101	97	27	267	264	0	1	1
Schleswig-Holstein	22	263	333	3	9	9	2	20	11	11	136	123	0	2	0
Thüringen	35	291	214	1	1	2	3	87	68	29	312	247	0	3	4
<b>Deutschland</b>	<b>975</b>	<b>9.501</b>	<b>7.807</b>	<b>27</b>	<b>202</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>1.026</b>	<b>1.092</b>	<b>521</b>	<b>5.919</b>	<b>5.228</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>98</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>		
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	3	27	24	1	22	22	20	252	289
Bayern	2	17	33	3	26	23	31	262	320
Berlin	1	9	12	2	9	8	14	159	190
Brandenburg	1	3	4	0	3	4	0	13	24
Bremen	0	1	4	0	3	1	0	12	4
Hamburg	1	4	3	0	4	9	4	13	16
Hessen	2	12	28	0	12	20	7	71	92
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	2	3	2	19	23
Niedersachsen	0	6	18	0	13	17	17	124	122
Nordrhein-Westfalen	6	44	32	4	52	65	18	176	238
Rheinland-Pfalz	0	8	20	6	27	14	5	81	91
Saarland	2	2	3	1	6	4	3	21	10
Sachsen	0	4	7	1	7	10	1	57	50
Sachsen-Anhalt	1	5	3	0	13	3	5	40	38
Schleswig-Holstein	2	9	5	0	4	9	3	36	57
Thüringen	0	10	3	2	9	13	4	27	43
<b>Deutschland</b>	<b>21</b>	<b>163</b>	<b>203</b>	<b>20</b>	<b>212</b>	<b>225</b>	<b>134</b>	<b>1.363</b>	<b>1.607</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 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,



10. Woche 2007 (Datenstand v. 28.3.2007)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	
4	60	49	384	6.112	2.342	60	570	1.626	9	100	120	1	12	16	Baden-Württemberg
12	109	114	679	9.302	1.681	151	1.376	2.902	10	92	96	0	8	12	Bayern
0	33	29	234	4.059	1.010	61	592	1.165	7	43	56	0	13	8	Berlin
2	37	31	215	3.625	1.071	149	825	2.185	2	9	10	0	7	4	Brandenburg
0	4	4	21	612	160	2	46	134	0	3	7	2	3	3	Bremen
0	13	17	171	1.984	834	37	221	798	5	36	15	2	7	1	Hamburg
2	43	52	249	4.079	782	95	725	1.129	5	48	48	0	4	1	Hessen
2	28	37	234	2.149	961	123	958	1.345	5	26	30	1	20	13	Mecklenburg-Vorpommern
9	108	82	406	4.107	1.798	138	711	2.007	3	29	29	2	8	15	Niedersachsen
11	129	142	1.147	14.974	2.912	195	1.521	4.432	12	107	127	1	26	18	Nordrhein-Westfalen
3	62	41	299	4.254	788	98	547	1.080	4	43	46	0	2	4	Rheinland-Pfalz
0	14	21	14	402	32	31	150	222	0	3	7	0	0	1	Saarland
15	180	117	380	3.422	2.659	292	1.699	3.077	4	46	44	1	12	16	Sachsen
2	83	67	182	2.055	1.000	108	988	1.407	3	20	17	1	7	4	Sachsen-Anhalt
4	25	41	58	1.280	497	25	136	495	0	12	18	0	0	2	Schleswig-Holstein
4	70	82	215	2.539	1.507	99	570	1.663	3	20	16	0	6	3	Thüringen
<b>70</b>	<b>998</b>	<b>926</b>	<b>4.888</b>	<b>64.955</b>	<b>20.034</b>	<b>1.664</b>	<b>11.635</b>	<b>25.667</b>	<b>72</b>	<b>637</b>	<b>686</b>	<b>11</b>	<b>135</b>	<b>121</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
6	22	14	1	5	63	9	112	117	Baden-Württemberg	
0	19	29	15	23	16	10	116	137	Bayern	
1	3	9	0	0	2	12	57	69	Berlin	
1	6	3	0	0	1	1	13	21	Brandenburg	
0	0	1	0	0	0	1	6	12	Bremen	
1	2	1	0	1	6	5	34	36	Hamburg	
0	10	7	0	7	19	10	87	86	Hessen	
0	1	3	0	0	0	1	23	22	Mecklenburg-Vorpommern	
0	8	11	1	4	3	4	82	78	Niedersachsen	
2	26	47	4	24	139	26	241	268	Nordrhein-Westfalen	
0	4	4	0	3	3	2	34	33	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	3	14	20	Saarland	
1	7	6	0	1	0	1	24	34	Sachsen	
0	4	4	0	0	1	3	35	21	Sachsen-Anhalt	
0	5	4	0	3	2	2	25	27	Schleswig-Holstein	
2	4	4	0	0	0	2	15	30	Thüringen	
<b>14</b>	<b>121</b>	<b>147</b>	<b>21</b>	<b>71</b>	<b>255</b>	<b>92</b>	<b>918</b>	<b>1.011</b>	<b>Deutschland</b>	

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**

10. Woche 2007 (Datenstand v. 28.3.2007)

Krankheit	10. Woche 2007	1.–10. Woche 2007	1.–10. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	3	117	93	574
Brucellose	0	6	5	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	17	13	90
Dengue-Fieber	4	38	28	174
FSME	0	5	1	546
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	2	1	63
Hantavirus-Erkrankung	7	72	8	72
Hepatitis D	0	0	4	21
Hepatitis E	0	10	8	52
Influenza	3.467	12.296	603	3.804
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	21	29	120
Legionellose	6	56	92	571
Leptospirose	0	9	9	46
Listeriose	4	84	106	509
Ornithose	0	2	3	25
Paratyphus	0	4	6	73
Q-Fieber	0	19	14	204
Trichinellose	0	3	1	22
Tularämie	0	1	0	1
Typhus abdominalis	1	8	10	75

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Masern: Hinweis auf einen aktuellen Ausbruch in Niederbayern**

Seit der 5. Meldewoche 2007 wurde eine Häufung von Masernerkrankungen mit insgesamt 40 Fällen in den Landkreisen **Passau** (23 Fälle) und **Rottal-Inn** (17 Fälle) registriert. Der Ausbruch steht im Zusammenhang mit einer Montessori-Grundschule im Landkreis Passau, in der es unter den Schülern bisher zu 29 Erkrankungsfällen kam. Weitere 3 der Erkrankten besuchen ein Gymnasium im Landkreis Rottal-Inn. Hauptsächlich betroffen sind Kinder im Alter von 5–9 Jahren (21 Fälle) und 10–14 Jahren (13 Fälle). Bis auf 3 Kinder sind alle Erkrankten ungeimpft. Die von den zuständigen Gesundheitsämtern ergriffenen Maßnahmen umfassen die Information der Eltern von Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen, der niedergelassenen Ärzte und der Akutkrankenhäuser im Landkreis sowie Impfbuchkontrollen in betroffenen Klassen. Vom Gesundheitsamt Passau und der Regierung von Niederbayern wurden Presseerklärungen herausgegeben.

Für Informationen danken wir den Mitarbeitern der Gesundheitsämter Passau und Rottal-Inn. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Helen Bernard (Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie – PAE; entsandt an das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Oberschleißheim; E-Mail: BernardH@rki.de).

**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza**

**Deutschland:** Die durch Influenza bedingte Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen ist in der vergangenen Woche weiter zurückgegangen. Der Praxisindex als Indikator für die Morbidität durch akute respiratorische Erkrankungen (ARE) ist nur noch in Sachsen stark erhöht, in Brandenburg/Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen deutlich erhöht. Die Influenza-Aktivität nahm, gemessen am EISS-Index, weiter ab. – Der Anteil positiver Influenzavirus-Nachweise an den im NRZ untersuchten Proben lag bei 52%. Von den 455 mittels PCR oder Kultur nachgewiesenen Viren wurden 438 (96%) als Influenza A und 5 (1%) als Influenza B typisiert. Von den subtypisierten Viren waren 96 (86%) A/H3N2- und 16 (14%) A/H1N1-Viren. (Einzelheiten s. unter <http://influenza.rki.de/agi>).

**Europa:** In den meisten europäischen Staaten nimmt die Influenza-Aktivität weiter ab oder ist bereits auf dem Niveau der Hintergrundaktivität. Ein Anstieg wird nur noch in **Dänemark** beobachtet, von dort wird über eine hohe Intensität der Influenza-Aktivität berichtet.

**Aviäre Influenza**

**Aviäre Influenza bei Menschen: International:** Die WHO bestätigte am 27. März einen weiteren Fall einer H5N1-Infektion in **Ägypten** (3-jähriges Mädchen, Regierungsbezirk Aswan, erkrankt am 22. März, Kontakt zu Geflügel, aber keine Verbindung zu den beiden letzten Fällen aus dem gleichen Regierungsbezirk).

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht aus dem RKI (erarbeitet im Zusammenwirken der AGI, des DGK und des NRZ für Influenza) für die 12. Woche 2007.

**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

**Redaktionsassistentenz**

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](http://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