



Epidemiologisches Bulletin

29. Juni 2009 / Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zusammenstellung aufgetretener Fallcluster von Neuer Influenza in Deutschland (Würzburg, Köln, Düsseldorf)

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über drei Anfang des Monats Juni 2009 in Würzburg, Köln und Düsseldorf aufgetretene Fallcluster der Neuen Influenza A/H1N1, bei denen Teams des Robert Koch-Instituts (RKI) an den Untersuchungen vor Ort beteiligt waren.

Würzburg

Zwei Würzburger Jugendliche im Alter von 16 Jahren waren am 30.05.2009 von einem längeren Aufenthalt in einem Land mit andauernder Mensch-zu-Mensch-Übertragung von Neuer Influenza A/H1N1 zurückgekehrt und veranstalteten am 31.05.2009 eine Feier mit 26 Freunden und Bekannten (Durchschnittsalter: 17 Jahre). Einer der beiden Reiserückkehrer zeigte bereits während der Feier Symptome einer respiratorischen Erkrankung (Husten, Halsschmerzen, Gliederschmerzen). Im Verlauf der nächsten Tage bis zum 05.06.2009 erkrankten weitere sieben Teilnehmer der Feier (darunter auch der zweite Reiserückkehrer) an ähnlichen Beschwerden. Bei allen symptomatischen Jugendlichen konnte der Erreger der Neuen Influenza A/H1N1 nachgewiesen werden.

Die Symptomatik war in allen Fällen mild und bestand im Wesentlichen aus einer kurzen Fieberphase (ca. 1–3 Tage, max. Temperatur 40 °C) und einer etwas längeren, überlappenden Phase mit weiteren respiratorischen Symptomen, wie Husten und Halsschmerzen (ca. 2–4 Tage).

Im Rahmen einer Untersuchung aller bestätigten Erkrankten und deren Kontaktpersonen im Haushalt konnten durch das RKI-Team vor Ort zwei weitere Personen, die den Erreger der Neuen Influenza A/H1N1 ausschieden, identifiziert werden. Einer dieser Haushaltskontakte war über die gesamte Beobachtungszeit asymptomatisch gewesen, die zweite Person hatte lediglich sehr milde respiratorische Beschwerden ohne Fieber gezeigt.

Weil das Ende der Symptomatik nicht mit dem Ende potenzieller Infektiosität zeitlich zusammenfällt, ordnete das Gesundheitsamt für erkrankte Personen und beschwerdefreie Kontaktpersonen der Kategorie 1 die häusliche Quarantäne an. Ohne diese Isolierungsmaßnahme hätte man wahrscheinlich angesichts der zahlreichen sozialen Kontakte der Betroffenen mit einer Ausbreitung der Neuen Influenza A/H1N1 rechnen müssen, da die meisten Kranken nach kurzer Zeit wieder symptomfrei waren und zwei Kontaktpersonen mit Erregerausscheidung keine oder nur minimale Beschwerden boten.

Köln

Ab dem 05.06.2009 waren mehrere Mitglieder einer sechsten Klasse eines Kölner Gymnasiums mit respiratorischen Symptomen und Fieber erkrankt. Am Mittwoch, den 10.06.2009, zeigten 23 der insgesamt 32 Schüler dieser Klasse ähnliche Beschwerden. Bisher konnte bei acht der symptomatischen Schüler eine Infektion mit Neuer Influenza A/H1N1 nachgewiesen werden. Im Verlauf der Woche traten auch bei Schülern anderer Klassenstufen respiratorische Symptome auf.

Diese Woche 26/2009

Neue Influenza A/H1N1

Bisher aufgetretene Fallcluster in Deutschland

MRSA

Einführung der Labormeldepflicht zum Stichtag 01. Juli 2009

Public Health

Beginn der Datenerhebung zur Fortsetzung der KiGGS-Studie

Publikationshinweis

- ▶ Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008 neu erschienen
- ▶ Aktualisierte Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) erscheinen in Kürze

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
23. Woche 2009
(Datenstand: 24. Juni 2009)

ARE/Influenza, Neue Influenza

Zur Situation in der
25. Woche 2009



Ein eindeutiger Indexfall und damit eine eindeutige Importkette für die Erkrankung konnte nicht ermittelt werden. Es bestanden und bestehen jedoch bei einem Großteil der Schüler wiederholte Kontakte zum nordamerikanischen Kontinent sowohl durch private Besucher als auch durch geschäftliche und private Reisen der Eltern. Die Schule wurde als Reaktion auf die beschriebene Situation zunächst vom 10.06.2009 bis zum 21.06.2009 geschlossen. Im Rahmen der Untersuchungen durch ein RKI-Team vor Ort wurden sechs Haushalte von symptomatischen Schülern besucht und über mehrere Tage beprobt. Hierbei konnten insgesamt vier Haushaltskontakte (drei Geschwisterkinder und eine Mutter) als weitere Fälle identifiziert werden. Die klinischen Verläufe waren auch in diesem Cluster mild und zeigten einen ähnlichen Verlauf wie in Würzburg.

In der vorliegenden Situation bestand zwischen den Schülern eine hohe soziale und auch familiäre Vernetzung innerhalb der betroffenen Schule über die Klassengrenzen hinaus. Hieraus sind die relativ früh aufgetretenen ersten Fälle außerhalb der initial betroffenen Klasse erklärbar. Die frühe und konsequente Schließung der Schule scheint daher dazu beigetragen zu haben, diesen Übertragungsweg zu unterbrechen.

Düsseldorf

Der erste Labornachweis von Neuer Influenza A/H1N1 innerhalb dieses Clusters erfolgte aus einem Abstrich vom 04.06.2009 bei einem sechsjährigen Jungen, welcher die erste Klasse der Japanischen Schule in Düsseldorf besuchte. Der Junge hatte zuvor mit seiner Familie auf Malta Urlaub gemacht (ein Zusammenhang mit dieser Reise konnte bisher nicht gesichert werden). Weitere Mitschüler der Klassenstufe eins wurden negativ auf Neue Influenza A/H1N1 getestet. Bei der weiteren Abklärung stellte sich heraus, dass bereits vor Bekanntwerden des oben beschriebenen Falles während einer Klassenfahrt zweier sechster Klassen der Japanischen Schule Düsseldorf nach Kassel, Erfurt, Weimar und Buchenwald mehrere Schüler mit Grippesymptomatik erkrankt waren (Dauer der Reise vom 03.–05.05.2009, am 04.05.2009 erkrankten zwei Schüler, am 05.05.2009 weitere acht).

In beiden Klassen konnte inzwischen bei 32 von insgesamt 46 Schülern die Infektion durch einen positiven Nachweis für Neue Influenza A/H1N1 bestätigt werden.

Nach Bekanntwerden der ersten Infektion entschloss sich der Schulträger, den Schulbetrieb einzustellen.

Im Rahmen der Untersuchungen wurden abschließend 68 Schüler als positiv identifiziert sowie ein kleines Geschwisterkind, vier Elternteile, zwei Lehrer und ein weiterer Erwachsener, der im Rahmen der Klassenfahrt exponiert gewesen war. Die Arbeit des Gesundheitsamtes Düsseldorf wurde durch ein RKI-Team vor Ort unterstützt.

Durch die schnellen und konsequenten Infektionsschutzmaßnahmen (Schulschließung, häusliche Isolierung) konnte eine weitreichende Verbreitung der Infektion innerhalb der japanischen Gemeinde verhindert werden. Dies ist hier von besonderer Bedeutung, da die weitgehende soziale Autarkie der japanischen Gemeinde und die damit einhergehende starke interne Vernetzung eine Verbreitung stark begünstigt hätte. Ebenso wäre durch die große Zahl an Schülern, welche an der vorausgegangenen Busreise teilgenommen hatten, die Voraussetzung für eine weitreichende Verbreitung gegeben gewesen.

Weiterhin konnte durch die getroffenen Maßnahmen ein Übergreifen der Infektion über die japanische Gemeinde hinaus verhindert werden. Es ist festzuhalten, dass die beschriebenen Infektionsschutzmaßnahmen der beteiligten Gesundheitsämter vor Ort einen großen Beitrag zur Eindämmung der jeweiligen Situationen geleistet haben. Dies zeigt sich auch an der relativ hohen Zahl sekundärer Infektionen innerhalb der Haushalte erkrankter Personen, welche durch die gemeinsamen Untersuchungen von Gesundheitsämtern und RKI-Feldteams festgestellt werden konnten. Diese sprechen dafür, dass ohne die getroffenen Maßnahmen (Schulschließungen, häusliche Isolierungsmaßnahmen) durch eine erhöhte Zahl übertragungsrelevanter Situationen (soziale Kontakte etc.) weit höhere Fallzahlen zu erwarten gewesen wären.

Abschließend möchte sich das RKI bei allen Gesundheitsämtern und Landesstellen ausdrücklich für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Rahmen der Feldteameinsätze und darüber hinaus bedanken.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts, **Ansprechpartner** ist Dr. Thorsten Süß (E-Mail: SuessT@rki.de).

Einführung der Labormeldepflicht für den Nachweis von MRSA aus Blut oder Liquor zum 01. Juli 2009

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) sind seit Beginn der 1960er-Jahre bekannt. In einigen Ländern Süd- und Westeuropas stieg ihre Häufigkeit in klinischen Untersuchungsmaterialien bereits zu diesem Zeitpunkt erheblich an. In Deutschland lag sie noch im Jahr 1990 unter 2% aller *Staphylococcus (S.) aureus*-Isolate. Danach kam es auch hier zu einem Anstieg der Resistenzrate bei

S. aureus-Isolaten aus nosokomialen Infektionen. Der Anteil erreichte im Jahr 2002 einen Wert von ca. 20% (als Anteil von MRSA an *S. aureus*-Isolate) und ist im Durchschnitt seitdem auf diesem Niveau stabil geblieben.^{1,2} Die Verbreitung ist allerdings lokal und regional unterschiedlich. Bei *S. aureus*-Isolaten aus Infektionen von intensivmedizinisch betreuten Patienten liegt die Resistenzrate durch-

schnittlich sogar über 30%.³ Auch in anderen europäischen Ländern kam es in diesem Zeitraum zu einem Anstieg, hier ist besonders auf Großbritannien hinzuweisen.²

Nosokomiale Infektionen mit Staphylokokken gehen in der Regel auf eine zuvor über Kontakt erfolgende Kolonisation zurück. Für ihre Prävention kommt daher der Händehygiene eine besondere Bedeutung zu.

Erfolgreiche Präventionskonzepte bestehen allerdings in der Regel aus einem Bündel von Maßnahmen.^{4,5} Auf die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene sowie die Veröffentlichungen im *Epidemiologischen Bulletin* zur Fachtagung zu MRSA im Jahr 2004 und zum Erfahrungsaustausch der Moderatoren der Regionalen Netzwerke gemäß GMK-Beschluss 10.1 der 79. Sitzung wird hier ausdrücklich hingewiesen.^{6,7} Über die Grenzen des Krankenhauses hinausgehende Präventionsmaßnahmen umfassen auch die Information von Gesundheitseinrichtungen, in die mit MRSA-besiedelte/-infizierte Patienten verlegt werden sollen.

In den Niederlanden und in den skandinavischen Ländern, in denen die Akzeptanz von Empfehlungen berufener Kreise groß ist und diese entsprechend konsequent umgesetzt wurden, blieb die Häufigkeit von MRSA auf einem niedrigen Niveau. Die Ursachen für den Anstieg der MRSA-Nachweise in Deutschland in den 1990er-Jahren sind sicherlich komplex – die Konsequenz der Umsetzung präventiver Maßnahmen scheint aber, wie die Beispiele Holland und Skandinavien zeigen, von nicht zu unterschätzender Bedeutung zu sein.

Es ist unbestritten, dass schwere Infektionen mit MRSA, wie z. B. eine Sepsis bei chirurgischen Patienten, mit einer deutlich höheren Letalität assoziiert sind, und dass MRSA eine besondere Ausbreitungsfähigkeit im Krankenhaus besitzen.^{8,9} Sie treten nicht an die Stelle von Infektionen mit empfindlichen *S. aureus*, sondern zusätzlich zu diesen auf.¹⁰ Ziel muss deshalb nicht nur die Vermeidung eines weiteren Anstiegs sein, sondern die Umkehr des Trends.¹¹ Hierzu empfiehlt sich in Deutschland ein Vorgehen, bei dem die Etablierung regionaler Netzwerke des Zusammenwirkens von Öffentlichem Gesundheitsdienst, Krankenhäusern, Pflegeheimen, Reha-Kliniken und Arztpraxen ein wichtiges Instrument darstellt.^{5,7,12} Der Öffentliche Gesundheitsdienst und insbesondere die Gesundheitsämter nehmen hier eine zentrale Rolle ein.

Eine notwendige Grundlage für das Wirksamwerden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen regionaler Netzwerke ist eine genauere Kenntnis der Situation in einzelnen Einrichtungen. Dazu hat § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes bereits Voraussetzungen geschaffen (Verpflichtung, Erreger mit besonderen Resistenzen und Mehrfachresistenzen aufzuzeichnen, zu bewerten und auf Verlangen die Daten dem Gesundheitsamt vorzulegen). Diese wird durch die Meldepflicht gestärkt, da hierdurch die Gesundheitsämter aktiv über schwere MRSA-Infektionen informiert werden.

Die mit dem 1. Juli 2009 eingeführte Meldepflicht für den Nachweis von MRSA aus Blut und Liquor ist ein wichtiges Instrument zur Erfassung der MRSA-Last sowie ein wichtiger Indikator für die Objektivierung von Präventionserfolgen. Wie aus Surveillance-Systemen für Krankenhausinfektionen wie dem KISS bekannt ist, kommt durchschnittlich ein durch MRSA verursachter Sepsis-Fall auf zehn andere durch MRSA verursachte Infektionen.^{13,14} Damit ist der Nachweis von MRSA aus Blutkulturen auch ein Surrogatmarker für gehäuftes Auftreten von MRSA.

Zu erwähnen ist auch, dass diese Meldepflicht als Labor-Meldepflicht eingeführt wird. Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes ist bei der Diagnose der Sepsis oder der Meningitis immer eine mikrobiologische Untersuchung geboten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Anteil der entsprechenden MRSA-bedingten Fälle auch tatsächlich erfasst wird.

Die Einführung der Meldepflicht für MRSA ist eine von mehr als 40 Aktionen der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie (DART) im Gesundheitssektor, die in mehreren Stufen umgesetzt wird. Ziel ist es, die Entstehung und Ausbreitung von antimikrobiell-resistenten Erregern einzudämmen.

Das Aufgabenspektrum unserer Gesundheitsämter ist vielfältig und hat für den einzelnen Mitarbeiter im Zuge von Einsparmaßnahmen und Gebietsreformen eher zugenommen. MRSA stellen dabei nicht das einzige drängende Problem dar. Die jetzt eingeführte Meldepflicht wird dazu beitragen, Risikobereiche gezielter zu erkennen und die Prävention entsprechend aktiv zu fördern.

Weiterführende Informationen zur Meldung und Übermittlung sowie zur Falldefinition erfolgen gesondert in einer der nächsten Ausgaben des *Epidemiologischen Bulletins*.

Literatur

1. Daten aus der Resistenzstudie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie im Jahr 2008: www.p-e-g.org/ag-resistenz/main.htm
2. <http://www.earss.rivm.nl>
3. Meyer E et al.: Surveillance of antibiotic use and bacterial resistance in intensive care units. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008; 51 (8): 926–35
4. Struelens MJ: Guidelines and indicators for methicillin-resistant Staphylococcus aureus control in hospitals: toward international agreement? Curr Opin Infect Dis 2009; Jun 1 (Epub ahead of print)
5. Calfee DP, Salgado CD, Classen D et al.: Strategies to prevent transmission of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in acute care hospitals. Infect Contr Hosp Epidemiol 2008; 28: 970–5
6. Robert Koch-Institut: Fachtagung der AG Nosokomiale Infektionen am RKI zur Intensivierung der Umsetzung von Präventionsstrategien bei MRSA. Epid Bull 2005; 5: 31–38
7. Robert Koch-Institut: Regionale Netzwerke: Instrumente zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Epid Bull 2009; 12: 105–112
8. Ho KM, Robinson JO: Risk factors and outcomes of methicillin-resistant Staphylococcus aureus bacteraemia in critically ill patients: a case control study. Anaesth Intensive Care 2009; 37: 457–63
9. Engemann JJ, Carmeli Y et al.: Adverse clinical and economic outcomes attributable to methicillin resistance among patients with Staphylococcus aureus surgical site infection. Clin Infect Dis 2003; 36: 592–8
10. Gould IM: The clinical significance of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. J Hosp Infect 2005; 61: 277–82
11. van Trijp MJ, Melles DC, Hendriks WD et al.: Successful control of widespread methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization and infection in a large teaching hospital in the Netherlands. Infect Control Hosp Epidemiol 2007; 28: 970–5

12. Daniels-Haardt I, Verhoeven F, Mellmann A et al.: EUREGIO-projekt MRSA-net Twente/Münsterland. Creation of a regional network to combat MRSA. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 674–8
13. Chaberny IF, Ziesing S, Mattner F et al.: The burden of MRSA in four German university hospitals. *Int J Hyg Environ Health* 2005; 208: 447–53
14. Burton DC, Edwards JR, Fridkin SK: Comparison of measures of MRSA related to central line associated bloodstream infections in intensive care units – United Statesw, 1997–2007. Abstract for SHEA 18th Annual Scientific Meeting. www.cdc.gov/ncidod/dhqp/SHEA_Abstract4.html

Rückfragen zur Labormeldepflicht bitte an Dr. Tim Eckmanns (E-Mail: EckmannsT@rki.de) FG 32 Surveillance des RKI richten.

Informationen zu KiGGS: Beginn der Datenerhebung zur Fortsetzung der KiGGS-Studie



Das Robert Koch-Institut beginnt Ende Juni 2009 mit den Datenerhebungen für die Fortsetzung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) unter dem Titel **KiGGS Welle 1**.

Zielstellung

Die KiGGS-Studie aus den Jahren 2003 bis 2006 (**KiGGS-Basiserhebung**) war die erste bundesweit repräsentative Querschnittsuntersuchung zur Kinder- und Jugendgesundheit. Die Fortsetzung von KiGGS erfolgt im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts als Langzeitstudie (s. *Epid Bull* 41/2008).

Dabei erstreckt sich der zusätzlich geplante längsschnittliche Beobachtungszeitraum vorerst auf etwa 15 Jahre. Die Datenerhebungen sollen in mehreren Wellen abwechselnd über Befragungen und über kombinierte Untersuchungen und Befragungen erfolgen. KiGGS Welle 1 – die erste *Follow Up*-Studie – ist als telefonische Befragung konzipiert und wird von 2009 bis 2012 durchgeführt.

Da sich viele wissenschaftliche Fragen zur Kinder- und Jugendgesundheit nur durch wiederholte Beteiligung derselben Probanden beantworten lassen, werden die Kinder und Jugendlichen der KiGGS-Basiserhebung, die nun 6 bis 24 Jahre alt sind, bei KiGGS Welle 1 erneut einbezogen. So lassen sich später Aussagen über zeitliche Verläufe unterschiedlicher Parameter der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie über den Einfluss von Lebensumfeld, Gesundheitsverhalten oder sozialen Rahmenbedingungen treffen. Hierbei interessieren insbesondere die Übergänge vom Kindes- ins Jugendalter und vom Jugend- ins Erwachsenenalter.

Darüber hinaus werden mit KiGGS Welle 1, wie auch bereits in der KiGGS-Basiserhebung, repräsentative Querschnittsdaten zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren erhoben. Durch den Vergleich der damaligen und aktuellen Querschnittsdaten sind Trendaussagen zur Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland insgesamt möglich.

Wie schon bei der KiGGS-Basiserhebung, wird auch diesmal die Kern-Studie durch modulare Zusatzstudien ergänzt, die vertiefend Aspekte der psychischen Gesundheit sowie der Motorik/körperlichen Leistungsfähigkeit untersuchen. Ein Ländermodul ist ebenfalls geplant.

Erhebungsmethode

Durch die telefonische Befragung entfällt in KiGGS Welle 1 der Besuch eines Studienzentrums, was den Aufwand für die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer erheblich verringert und zudem eine größere zeitliche Flexibilität für die Erhebung der Daten ermöglicht.

Die Telefoninterviews werden bei 0- bis 10-Jährigen mit den Eltern, bei 11- bis 17-Jährigen sowohl mit den Probanden als auch ihren Eltern und bei 18- bis 24-Jährigen mit den Probanden selbst geführt. Die Anrufe erfolgen aus dem CATI-Studio (CATI = *Computer Assisted Telephone Interview*) des Robert Koch-Instituts und werden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des bestehenden CATI-Teams vorgenommen, die auch bei anderen Telefonbefragungen des Robert Koch-Instituts eingesetzt wurden.

Die Telefoninterviewer erhalten im Juni eine intensive dreitägige Schulung. Hier werden sie auf die Besonderheiten einer telefonischen Befragung von Kindern und Jugendlichen ebenso vorbereitet, wie auf die Besonderheiten einer Längsschnittstudie, die Beherrschung von schwierigen Situationen im Interview und die Standardisierung der Erhebungssituation. Die Schulung endet mit einer Zertifizierung.

Befragungsprogramm

Die Inhalte der Befragung orientieren sich weitgehend an den Inhalten der KiGGS-Basiserhebung. Dazu wurden die Instrumente aus der schriftlichen Befragung auf Telefon-tauglichkeit geprüft und gegebenenfalls angepasst.

Es werden wieder umfangreiche Angaben zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit erhoben. Hierzu gehören u.a. Fragen zu körperlichen Krankheiten, zu psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten, zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, Impfungen, Ernährung, körperlicher Aktivität, Unfällen sowie eine differenzierte Erhebung des sozialen Status.

Die telefonische Befragung soll – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen – durchschnittlich 30 Minuten nicht überschreiten.

Stichprobe und Feldphase

Die KiGGS-Basiserhebung wurde in 167 Studienorten (*Sample Points*), die die Gemeindestruktur der Bundesrepublik Deutschland abbilden, durchgeführt. In diesen Orten erfolgen auch in KiGGS Welle 1 die Befragungen.

Sämtliche Probanden der KiGGS-Basiserhebung erhalten erneut eine Einladung zur Teilnahme, sofern sie einer wiederholten Kontaktierung zugestimmt hatten. Zusätzlich sollen in jedem *Sample Point* etwa 30 Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren neu gewonnen werden, um auch über diese Altersgruppe Aussagen treffen zu können. Hierzu werden Adressen aus den Einwohnermelderegistern gezogen und die Eltern zur Teilnahme eingeladen.

Die Datenerhebungen erstrecken sich insgesamt über drei Jahre. Die zeitliche Abfolge der Studienorte orientiert sich im Wesentlichen an der Ablaufplanung der KiGGS-Basiserhebung (Routenplan). Jedoch ist die Berücksichtigung aktueller Ferienzeiten und Feiertage notwendig, so dass es teilweise zu leichten Veränderungen in der Abfolge kommt. Für jede Route (drei bis vier parallel einbezogene *Sample Points*) ist ein Zeitfenster von etwa drei Wochen für die Absolvierung der Interviews vorgesehen.

Etwa fünf Wochen vor Beginn der Befragung werden die Eltern, die Kinder und Jugendlichen (11–17 Jahre) sowie

die volljährigen Probanden schriftlich eingeladen und umfassend über die Studie informiert.

Mit dem Anschreiben erhalten Eltern und junge Erwachsene eine Einwilligungserklärung, die sie unterschrieben in einem Freiumschlag zurück senden sollen. Sind die Einladungen nicht zustellbar, erfolgt eine Adressrecherche und erneute Versendung. Zehn Tage nach der Einladung wird ein Erinnerungsschreiben versendet. Personen, die auch hierauf nicht reagieren, werden schließlich telefonisch kontaktiert und für die Teilnahme geworben.

Es ist geplant, bis zum Ende der Feldphase ca. 24.000 Interviews mit Eltern und Kindern sowie den mittlerweile volljährigen Probanden zu realisieren. Als Dankeschön erhält jeder Teilnehmer für das realisierte Interview eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro, in Form eines Einkaufsgutscheins.

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

„Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008“ erschienen

Das neue „Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008“ ist erschienen.

Es beinhaltet wie in den letzten Jahren einen **allgemeinen Teil** mit Erläuterungen zur Grundlage der Daten, Datenerhebung, Datenauswertung und Datenqualität sowie zu allgemeinen Aspekten meldepflichtiger Krankheiten.

In einem **speziellen Teil** werden die für das Jahr 2008 erhobenen Daten zu Vorkommen und Verbreitung jeder nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittlungspflichtigen Krankheit gesondert dargestellt und den aktualisierten Daten der Vorjahre gegenübergestellt.

Dem Jahrbuch liegt ein Faltblatt mit der Jahresstatistik meldepflichtiger Krankheiten nach Bundesland, Deutschland, 2007 und 2008, bei. Das „Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008“ kann auch ab sofort auf der Homepage des Robert Koch-Instituts abgerufen werden unter: <http://www.rki.de> > Infek-

tionsschutz > Infektionsepi. Jahrbuch. Die zugrunde liegenden IfSG-Melddaten lassen sich zudem interaktiv unter <http://www3.rki.de/SurvStat> abfragen.

Hinweise für die Bestellung

Einzel Exemplare des „Infektionsepidemiologischen Jahrbuchs meldepflichtiger Krankheiten für 2008“ können bei Einsendung eines rückadressierten und mit 2,20 Euro frankierten DIN-A4-Umschlages kostenfrei bestellt werden beim

Robert Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Kennwort „Jahrbuch“
Postfach 65 02 61, 13302 Berlin.

Bestellungen per Telefon, Fax oder E-Mail sind nicht möglich. Gesundheitsämter, Landesgesundheitsbehörden und die Statistischen Landesämter erhalten das Jahrbuch im Verlauf des Monats Juni ohne besondere Anforderung.

STIKO: Aktualisierte Impfpfehlungen erscheinen in Kürze

Die aktualisierten Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut werden voraussichtlich Ende Juli in der Ausgabe 30/2009 des *Epidemiologischen Bulletins* veröffentlicht.

Im Internet werden die STIKO-Empfehlungen auf der Homepage des Robert Koch-Institut angeboten unter: <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin oder <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Impfen.

Hinweise für die Bestellung

Bis zu 3 Exemplare werden nach Einsenden eines adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages für das Format A4 kostenfrei versandt. Größere Stückzahlen werden auf schriftliche Anforderung kostenpflichtig abgegeben. Bestellungen werden ab sofort erbeten an:

Robert Koch-Institut
Kennwort „STIKO-Empfehlungen“
Nordufer 20, 13353 Berlin.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

23. Woche 2009 (Datenstand: 24.06.2009)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	100	2.274	2.286	1	32	27	3	91	103	32	786	1.205	0	49	22
Bayern	141	2.706	2.365	2	42	42	11	305	403	52	1.279	1.504	2	58	45
Berlin	44	722	884	1	20	7	3	174	67	17	314	367	2	13	16
Brandenburg	30	630	697	0	10	4	6	136	101	13	315	471	1	8	2
Bremen	10	124	172	0	0	2	1	12	17	5	52	109	0	1	4
Hamburg	27	571	659	0	9	4	1	10	13	2	235	200	0	12	11
Hessen	84	1.319	1.180	0	5	3	1	47	43	37	661	850	1	16	14
Mecklenburg-Vorpommern	35	546	560	0	1	4	5	90	94	19	338	350	2	4	0
Niedersachsen	91	1.673	1.849	1	39	52	11	185	102	32	1.009	1.309	0	7	20
Nordrhein-Westfalen	258	5.043	5.247	5	59	68	10	367	497	119	2.619	2.948	1	18	29
Rheinland-Pfalz	52	1.070	1.167	5	29	23	2	103	103	28	607	854	2	8	10
Saarland	24	357	422	0	3	1	0	16	20	10	148	211	0	1	0
Sachsen	90	1.598	1.989	0	24	41	8	269	351	63	842	1.320	0	12	8
Sachsen-Anhalt	25	543	504	0	5	4	8	178	166	37	462	750	0	7	3
Schleswig-Holstein	49	750	781	0	11	12	0	16	36	9	259	393	0	6	0
Thüringen	44	644	680	0	1	6	5	247	312	17	429	775	0	6	7
Deutschland	1.104	20.570	21.442	15	290	300	75	2.246	2.428	492	10.355	13.616	11	226	191

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	2	36	29	0	30	39	9	387	451
Bayern	1	76	62	1	41	45	10	489	549
Berlin	1	37	45	1	29	35	7	276	349
Brandenburg	0	17	3	1	10	10	0	31	51
Bremen	0	5	2	0	2	0	0	13	24
Hamburg	1	8	19	2	20	8	3	73	43
Hessen	0	37	26	1	18	30	6	138	159
Mecklenburg-Vorpommern	0	12	11	1	4	9	2	31	27
Niedersachsen	1	30	29	0	11	30	5	118	162
Nordrhein-Westfalen	5	84	78	1	71	71	11	357	430
Rheinland-Pfalz	1	24	19	0	37	34	3	127	141
Saarland	0	4	12	0	5	7	1	29	35
Sachsen	0	14	14	2	21	14	12	110	136
Sachsen-Anhalt	1	10	11	1	5	9	4	76	78
Schleswig-Holstein	2	17	13	1	10	8	2	77	95
Thüringen	0	10	7	0	13	8	2	69	41
Deutschland	15	421	380	12	327	357	77	2.401	2.771

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-labor diagnostisch 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,

23. Woche 2009 (Datenstand: 24.06.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	
3	65	95	49	12.617	14.857	46	2.845	4.177	6	220	268	0	6	24	Baden-Württemberg
8	166	194	65	16.821	15.460	89	6.014	6.540	5	354	425	0	7	17	Bayern
3	37	50	28	5.382	5.341	21	2.156	1.788	7	150	161	1	20	27	Berlin
1	46	71	34	6.570	6.749	29	4.038	3.539	0	44	62	0	8	7	Brandenburg
0	11	8	4	1.333	641	3	223	284	1	21	16	0	0	7	Bremen
1	42	31	12	3.523	3.226	8	1.216	1.634	4	45	62	0	5	4	Hamburg
5	95	90	21	7.754	8.308	27	2.190	2.405	1	101	132	0	7	21	Hessen
0	28	35	26	3.474	6.820	40	2.766	3.815	1	64	68	0	25	20	Mecklenburg-Vorpommern
4	126	157	53	10.800	14.892	62	3.887	5.233	4	76	102	1	34	43	Niedersachsen
14	252	254	67	30.685	32.057	130	8.030	10.426	7	228	344	2	62	38	Nordrhein-Westfalen
5	85	94	32	6.846	7.823	23	2.169	3.178	1	84	111	0	10	5	Rheinland-Pfalz
0	20	23	4	1.729	2.517	3	550	543	0	18	19	0	2	1	Saarland
12	189	261	95	12.800	13.826	112	6.102	9.309	2	104	148	0	23	30	Sachsen
4	67	93	75	7.172	5.968	23	3.007	3.923	0	38	51	0	2	16	Sachsen-Anhalt
1	55	85	25	4.099	5.961	13	929	2.104	3	34	26	0	3	3	Schleswig-Holstein
6	143	167	58	6.345	8.984	43	3.049	4.681	3	52	29	2	11	9	Thüringen
67	1.427	1.708	648	137.950	153.430	672	49.171	63.579	45	1.633	2.024	6	225	272	Deutschland

Weitere Krankheiten											Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose					
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.			
2009		2008	2009		2008	2009		2008			
2	31	30	5	55	368	9	241	244	Baden-Württemberg		
0	54	47	2	28	256	12	246	294	Bayern		
1	23	12	1	28	25	5	112	140	Berlin		
0	8	7	0	4	5	2	40	37	Brandenburg		
0	3	2	0	0	1	0	27	14	Bremen		
0	4	2	0	207	1	10	92	66	Hamburg		
1	15	12	0	18	33	4	167	169	Hessen		
0	4	8	0	0	6	2	42	27	Mecklenburg-Vorpommern		
0	22	18	5	66	10	6	153	178	Niedersachsen		
0	71	55	1	64	40	10	507	511	Nordrhein-Westfalen		
1	18	13	2	12	36	2	88	94	Rheinland-Pfalz		
0	3	3	0	1	10	0	33	26	Saarland		
0	12	14	0	2	2	3	82	81	Sachsen		
1	5	7	0	0	1	3	52	76	Sachsen-Anhalt		
3	16	10	5	20	6	3	47	31	Schleswig-Holstein		
1	8	7	0	0	14	4	44	57	Thüringen		
10	297	247	21	505	814	75	1.973	2.045	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

23. Woche 2009 (Datenstand: 24.06.2009)

Krankheit	23. Woche 2009	1.–23. Woche 2009	1.–23. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	0	61	64	180
Brucellose	0	6	13	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	20	48	123
Dengue-Fieber	5	132	118	273
FSME	12	35	40	289
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	17	14	59
Hantavirus-Erkrankung	0	16	122	243
Hepatitis D	0	3	3	7
Hepatitis E	1	36	47	104
Saisonale Influenza	4	26.793	14.058	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	101	74	152
Legionellose	7	145	161	524
Leptospirose	2	30	25	66
Listeriose	7	140	106	307
Ornithose	0	4	12	22
Paratyphus	2	12	20	86
Q-Fieber	1	74	191	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	4	9	15
Typhus abdominalis	1	25	22	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die Kalenderwoche 25/2009

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) lag bundesweit in der 25. KW im Bereich der jahreszeitlich zu erwartenden Werte. Sie ist im Vergleich zur Vorwoche leicht angestiegen. Weitere Informationen unter: <http://influenza.rki.de/agi>.

In der 25. KW wurde im NRZ bei 6 von 55 eingesandten Sentinelproben das Neue Influenzavirus A/H1N1 nachgewiesen. Die positiv getesteten Proben wurden aus den AGI-Regionen Niedersachsen/Bremen (3), aus Nordrhein Westfalen, aus Rheinland-Pfalz/Saarland und aus Sachsen eingesandt. Die Positivenrate beträgt 11%. Die bisher im NRZ isolierten und untersuchten Neuen Influenzaviren A/H1N1 waren sensitiv gegenüber den Neuraminidaseinhibitoren Oseltamivir und Zanamivir. Dies konnte durch phänotypische Untersuchungen gezeigt werden. Bekannte Resistenzmutationen waren ebenfalls nicht nachweisbar.

Weitere Informationen zur aktuellen Situation Neue Influenza A/H1N1 finden Sie auf den Internetseiten des Robert Koch-Institutes unter <http://www.rki.de/influenza> bzw. täglich aktualisierte Informationen, Hinweise und Empfehlungen unter http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/IPV__Node.html.

Europa: Die Influenza-Aktivität in Europa lag in der 24. Woche 2009 im Bereich der Hintergrundaktivität. Weitere Informationen zur europäischen Situation erhalten Sie unter <http://www.eiss.org> bzw. auf den Internetseiten des ECDC (European Centre for Disease Control and Prevention) unter <http://ecdc.europa.eu/en/Default.aspx>.

International: Informationen zur weltweiten Situation können auf den Internetseiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgerufen werden unter <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 25. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der 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, Lepra, 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.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadat@rki.de

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

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann;
Frau C. Paape & Frau F. Bading (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: EpiBull@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde
Tel.: 030.9487813
Fax: 030.948781-50
E-Mail: info@pvsberlin.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen 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 vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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-Abruffunktion** unter 03018.754-2265 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