



Epidemiologisches Bulletin

9. Mai 2011 / Nr. 18

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Influenzasurveillance in der ersten postpandemischen Saison

Zurück zur „saisonalen“ Influenza nach der Pandemie

Am 10. August 2010 erklärte die Direktorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Margaret Chan, das Ende der Influenzapandemie und den Eintritt in die postpandemische Phase. Das bis dahin zirkulierende Influenza-A(H1N1)-2009-Virus („Schweinegrippe“) hatte sich auf der Südhalbkugel dem saisonalen Rhythmus angepasst, dies wurde auch für den Verlauf der nächsten Grippe-saison auf der Nordhalbkugel erwartet. Trotz Beendigung der Pandemie wies Dr. Chan darauf hin, dass das Virus in den kommenden Saisons weiter zirkulieren würde und die Surveillance auch in den Folgejahren von großer Bedeutung sei. Sie betonte, verschiedene Umstände hätten dazu geführt, dass die Pandemie insgesamt weniger folgenreich war, als Experten zuvor weltweit befürchtet hatten:

1. Obwohl schwere Fälle und Todesfälle in deutlich jüngeren Altersgruppen auftraten als bei der saisonalen Influenza, war die überwiegende Mehrzahl der Krankheitsverläufe mild bis moderat.
2. Das Virus blieb genetisch relativ stabil, es traten trotz weltweiter Zirkulation keine Mutationen auf, die eine höhere Letalität verursachten.
3. Das Virus war insgesamt sensitiv gegen antivirale Arzneimittel aus der Klasse der Neuraminidasehemmer, so dass Arzneimittel für Therapie und Prophylaxe zur Verfügung standen.
4. Der monovalente pandemische Impfstoff war ab Spätherbst 2009 verfügbar; viele Länder, darunter auch Deutschland, konnten noch kurz vor oder während der Haupterkrankungswelle ihrer Bevölkerung einen effektiven und sicheren Schutz anbieten.

Mit dem Eintritt in die postpandemische Phase erklärte die WHO zeitgleich auch das Ende der gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (*Public Health Event of International Concern*, PHEIC). Das PHEIC war im Rahmen der 2007 in Kraft getretenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) erstmals wegen der neuen Influenzavariante A(H1N1) am 25. April 2009 ausgerufen worden. Mit Ende des PHEIC wurde auch die unverzügliche Übermittlungspflicht von Influenzafällen nach §12 Satz 1 IfSG an das Robert Koch-Institut (RKI) und vom RKI an die Europäische Kommission und die WHO außer Kraft gesetzt.

In Deutschland ist die „Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza, die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus („Schweine-Grippe“) hervorgerufen wird“ am 1. Mai 2010 ganz außer Kraft getreten, seit dem 13. November 2009 war nur noch die Meldung von Todesfällen durch Influenza verpflichtend gewesen.

Nach dem 1. Mai 2010 besteht für Influenza weiterhin wie vor und während der Pandemie die Meldepflicht für direkte Nachweise von Influenza gemäß §7.1 Nr. 24 IfSG, gemeldete Fälle werden nach §11 IfSG über die Landesstellen an das RKI übermittelt.

Diese Woche

18/2011

Influenza

- ▶ Surveillance in der ersten postpandemischen Saison
- ▶ GrippeWeb, neue Teilnehmer willkommen

Masern

Zu den Erkrankungshäufungen in München seit Anfang 2011

Veranstaltungshinweis

61. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und des BZÖG in Trier

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

Auswertungsperspektiven durch langzeitliche Datenerhebung am Beispiel der Adipositas

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Februar 2011 (Datenstand: 1. Mai 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik 15. Woche 2011 (Datenstand: 4. Mai 2011)



Für die Saison 2010/2011 hatte die WHO wieder einen trivalenten Impfstoff empfohlen mit Komponenten gegen Influenza A(H1N1) 2009 (die alte saisonale H1-Komponente wurde ersetzt), Influenza A(H3N2) und Influenza B (aus der Victoria-Linie). Ab September 2010 stand dieser Impfstoff in Deutschland zur Verfügung. Neben den bisherigen Risikogruppen, für die die Impfung von der STIKO empfohlen wird, wurde die Empfehlung auf Schwangere erweitert. Zudem wurde in die Liste der Beispiele von Grundkrankheiten, die im Rahmen einer Influenzainfektion zu einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung führen können, neurologische Grundkrankheiten aufgenommen, die insbesondere im Kindesalter mit einer erhöhten Influenzaletalität assoziiert sind.

Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) des RKI registrierte als etabliertes bundesweites Sentinelsystem das Influenzageschehen vor, während und nach der Pandemie ohne Änderungen im Verfahren. Durch den Vergleich der Daten aus beiden Systemen (Meldungen gemäß IfSG und Sentineldaten) konnte das Pandemiegeschehen besser eingeschätzt werden. Auch in der ersten postpandemischen Saison (40. KW 2010 bis 15. KW 2011) liefert der Abgleich der Ergebnisse aus beiden Systemen wertvolle Informationen.

Aktueller Verlauf der Influenzasaison: Moderate Influenzawelle, dominiert durch Influenza A(H1N1) 2009

Die AGI registriert über die teilnehmenden Sentinelpraxen aus dem primärversorgenden Bereich (pädiatrische Praxen, allgemeinmedizinische Praxen und hausärztlich tätige internistische Praxen) mit ihrer syndromischen Surveillance akute respiratorische Erkrankungen (ARE) in 7 Altersgruppen in 12 AGI-Regionen. Berlin, Hamburg und Bremen

werden jeweils mit den sie umgebenden Bundesländern zusammengefasst, auch Rheinland-Pfalz und Saarland bilden eine gemeinsame AGI-Region. Die AGI arbeitet bundesweit und deckt das gesamte Altersspektrum der Patienten ab.

Eine Kenngröße für die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen ist der **Praxisindex**. Die Werte des Praxisindex überschritten in der zurückliegenden Saison erstmals in der 49. Kalenderwoche (KW) die Schwelle der Hintergrundaktivität. In der 51. KW 2010 lagen die Werte unter dieser Schwelle, doch sind die Wochen um den Jahreswechsel aufgrund vieler geschlossener Praxen und eines geänderten Konsultationsverhaltens nur eingeschränkt beurteilbar. Dies trifft auch auf die 52. KW 2010 und die 1. KW 2011 zu, in der der Praxisindex überproportional anstieg. Er blieb in den folgenden Wochen durchgängig über dem Hintergrundbereich und markierte bei gleichzeitiger deutlicher Influenzaviruszirkulation den Verlauf der Grippewelle. In der 5. KW 2011 zeigte der Praxisindex mit bundesweit 150 Punkten den Höhepunkt der ARE-Aktivität an (entsprechend einer 50%igen Erhöhung der Zahl der ARE-Fälle gegenüber durchschnittlichen influenzafreien Wochen der Wintersaison) und blieb damit deutlich unter den Praxisindexwerten früherer starker Influenzasaisons. In der 12. KW 2011 sank der Praxisindex wieder in den Bereich der Hintergrundaktivität.

Mit der **virologischen Surveillance**, in der ein Teil der **Sentinelpraxen** Abstriche von Patienten mit grippetypischer Symptomatik an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenza einsenden, werden die Zirkulation von Influenzaviren und der Anteil der jeweiligen Typen und Subtypen überwacht. Auch die Abdeckung der zirkulierenden Viren

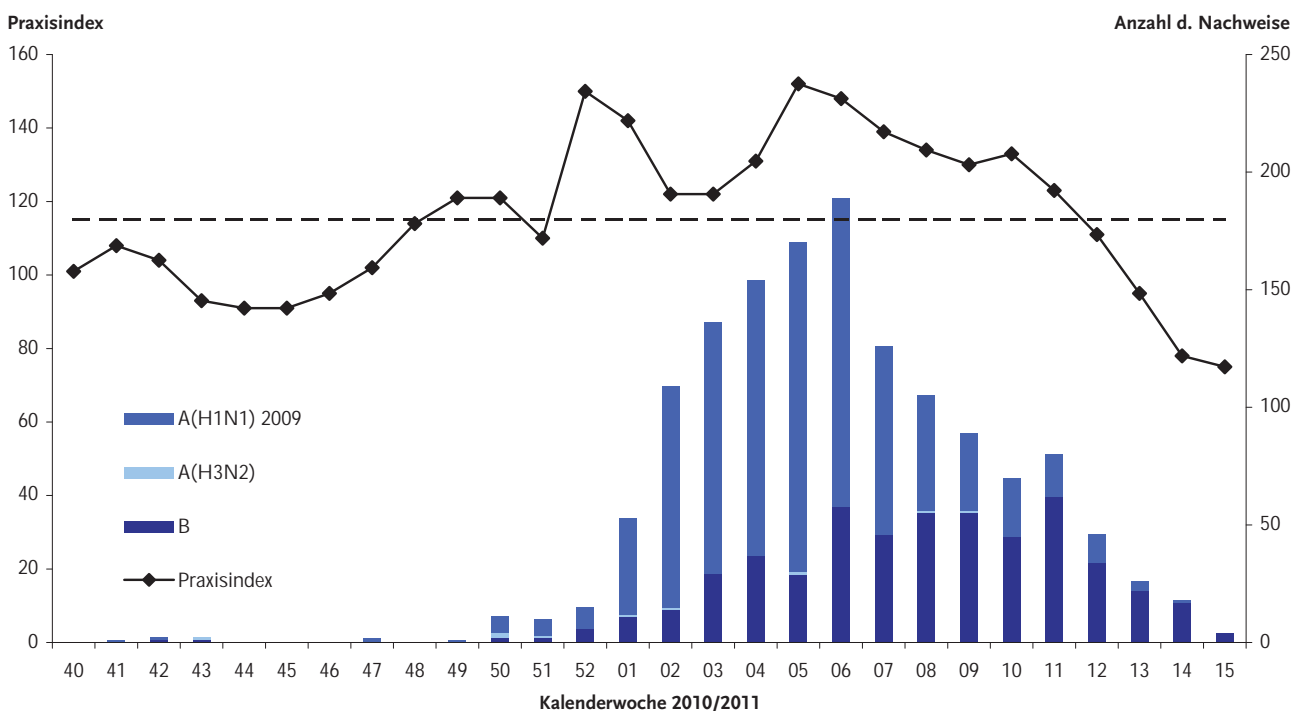


Abb. 1: Verlauf des Praxisindex und Anzahl der Influenzavirusnachweise des NRZ nach Typ und Subtyp in der Saison 2010/2011 (die gestrichelte Linie markiert die Schwelle der Hintergrundaktivität). Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI

mit den im aktuellen Influenzaimpfstoff enthaltenen Komponenten wird überprüft. Seit der Saison 2010/2011 werden zudem alle Sentinelproben auf Respiratorische Synzytialviren (RSV) untersucht. RSV tritt häufig zeitgleich mit Influenza auf und kann insbesondere bei Kleinkindern zu einer deutlichen Krankheitslast durch ARE während der Wintermonate beitragen.

Die virologische Surveillance der AGI wird durch die **landeseigene virologische Surveillance** in mehreren Bundesländern ergänzt (Integrierte Bundesland-Surveillance, IBS). In der Saison 2010/2011 beteiligten sich Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt an der IBS. Die Ergebnisse sind auf den Internetseiten der AGI auf den Seiten der jeweiligen AGI-Region einsehbar.

Das erste Influenzavirus dieser Saison wurde im NRZ im Rahmen des Sentinels bereits in der 41. KW 2010 nachgewiesen. In den folgenden Wochen wurden sporadisch Influenzaviren nachgewiesen, ab der 50. KW 2010 war eine bedeutsame Viruszirkulation mit einer Positivenrate (Anteil der Influenzananachweise/ingesandte Proben) von 23 % nachweisbar. Influenza-A(H1N1)-2009-Nachweise überwogen anfangs deutlich, ab der 8. KW 2011 überstieg der Anteil der identifizierten Influenza-B-Fälle den der Influenza-A(H1N1)-2009-Fälle. Influenza A(H3N2) wurde nur sporadisch nachgewiesen. Die Positivenrate lag während der Peakwochen der Grippewelle bei 60 %. Insgesamt war die Saison, wie in den meisten europäischen Ländern, durch Influenza A(H1N1) 2009 dominiert. In Nordamerika dagegen war Influenza A(H3N2) das am häufigsten nachgewiesene Influenzavirus.

Die zirkulierenden Influenzaviren stimmten in ihrem Antigenprofil bis auf einen kleinen Anteil von Influenza-B-Viren aus der Yamagata-Linie sehr gut mit den Komponenten des trivalenten Impfstoffs überein. Die Positivenrate für RSV war mit 23 % in der 49. KW 2010 am höchsten und fiel zu Jahresbeginn 2011 dann kontinuierlich ab.

Auch aus England wurde über deutliche RSV-Zirkulation vor dem Jahreswechsel berichtet. Im Vereinigten Königreich führte wahrscheinlich die Kombination aus früher Influenzazirkulation, RSV und kalter Witterung zu einer unerwarteten Belastung des Gesundheitssystems im intensivmedizinischen Bereich um den Jahreswechsel. Entsprechende Warnungen aus dem Vereinigten Königreich wurden über das *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) und die WHO Europa in mehreren Telefonkonferenzen verbreitet.

Die AGI hatte bereits in der 47. KW im Influenza-Wochenbericht auf vereinzelte Fälle mit schwerem Krankheitsverlauf hingewiesen (und nochmals zur Impfung von Personen mit Risikofaktoren aufgerufen), obwohl sich die Influenzawelle in Deutschland erst mehrere Wochen nach der im Vereinigten Königreich aufbaute.

IfSG-Melddaten bestätigen zeitlichen Verlauf der Grippewelle, absolute Zahl und Hospitalisierungen nicht ohne Sentineldaten interpretierbar

Auch über das Meldesystem gemäß IfSG wurden relativ früh in der Saison 2010/2011 Erkrankungen mit Influenzananachweisen an das RKI übermittelt. Die größte Zahl an Influenzananachweisen wurde für die 6. Meldewoche übermittelt, was unter Einbeziehung des Meldeverzugs sehr gut mit den Daten der AGI und dem Höhepunkt der diesjährigen Grippewelle in der 5. KW übereinstimmt. Während der zeitliche Verlauf der Grippewelle und auch die jeweiligen Anteile an typisierten und – soweit erfolgt – subtypisierten Influenzaviren gut mit den Daten der AGI übereinstimmen, kann man anhand der Zahl der übermittelten Erkrankungen nicht auf die Stärke der Grippewelle schließen. Da nur der direkte Erregernachweis bei Influenza meldepflichtig ist, wird einerseits die Zahl der wirklichen Influenzafälle deutlich unterschätzt, denn nur ein kleiner Teil der Patienten mit grippetypischen Symptomen wird labordiagnostisch bestätigt. Die Zahl der labordiagnostischen Untersuchungen hängt aber andererseits nicht proportional von der Zahl der Patienten mit Grippe-symptomen ab, sondern von den gesetzlichen Vorgaben (z. B. Meldepflicht während der Pandemie), der Kostenerstattung für Influenzananachweise, weiteren labordiagnostischen Surveillance-Systemen oder Studien (der Bundesländer, universitärer Einrichtungen, pharmazeutischer Unternehmen) und der öffentlichen Aufmerksamkeit für Influenza. So wurden in der ersten postpandemischen Saison mit über 43.000 Influenzamel-dungen im I. Quartal mehr Fälle übermittelt als in einer außergewöhnlich starken saisonalen Grippewelle (I. Quartal 2009) vor der Pandemie. Besonders auffällig sind die diesjährigen Meldezahlen im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum 2010. Da die pandemische Erkrankungswelle bereits im November 2009 ihren Höhepunkt erreichte, wurden im I. Quartal 2010 nur noch wenige Influenza-erkrankungen gemeldet.

Auch der Anteil der hospitalisierten Fälle unter den gemeldeten Fällen ist mit 15 % im I. Quartal 2011 im Vergleich mit der Pandemie (5 %) und früheren Jahren sehr hoch. Dies ist vermutlich ebenfalls nicht auf die Schwere der Grippewelle zurückzuführen, sondern dem Umstand geschuldet, dass insbesondere Fälle mit schwerer Symptomatik oder Personen aus Risikogruppen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für einen schwereren Krankheitsverlauf getestet und damit meldepflichtig wurden. Ein repräsentatives System zur zeitnahen Beurteilung der Krankheitsschwere fehlt bisher für Influenza in Deutschland. Auch in den meisten anderen europäischen Ländern konnte bisher keine SARI-Surveillance (*Severe Acute Respiratory Infections-Surveillance*) etabliert werden, die über eine zeitlich befristete Studie hinausging, obwohl ECDC und WHO dies nach den Erfahrungen der Pandemie explizit fordern. Ein solches System könnte, ähnlich wie die AGI im ambulanten Bereich, zur Einschätzung und Vergleichbarkeit der Grippe-situation im stationären Bereich herangezogen werden und damit die übermittelten Einzelfalldaten zu hospitalisierten Patienten sinnvoll ergänzen. Obwohl die Notwendigkeit eines

solchen Systems früh thematisiert wurde, ist aufgrund der komplexen Struktur des Krankenhaussystems die Etablierung nicht kurzfristig realisierbar. Vergleichbar der AGI müsste ein kontinuierlich arbeitendes System im Rahmen der Sentinelsurveillance aufgebaut werden.

Stärkung der AGI – wie lässt sich die regionale Auflösung und die Repräsentativität weiter erhöhen?

Die Sentinelsurveillance der AGI gibt bundesweit zuverlässig Auskunft über die Stärke der Grippewelle und damit die Krankheitslast im ambulanten Bereich. Die Sentinelpraxen beteiligen sich ehrenamtlich und unentgeltlich an der Influenzaüberwachung. Die ARE-Aktivität kann natürlich nur dort überwacht werden, wo sich aktive Praxen engagieren und regelmäßig melden. Insbesondere in städtischen Bereichen würden mehr Sentinelpraxen die Qualität der Daten erhöhen und auch die Indices für die ARE-Aktivität (Praxisindex und Konsultationsinzidenz) auf Ebene der AGI-Regionen und in den einzelnen Altersgruppen stabilisieren. Ein entsprechender Aufruf zur Beteiligung wurde während der Saison veröffentlicht und stieß auf Interesse, gleichwohl sind in der Saison 2010/2011 wöchentlich etwa 100 Praxen weniger aktiv als während der Pandemie. Seit Sommer 2006 wird die Sentinelsurveillance ganzjährig durchgeführt, eine Anmeldung ist jederzeit möglich. Weiterführende Informationen sind auf der Internetseite der AGI (<http://influenza.rki.de/Sentinelpraxis.aspx>) nachzulesen bzw. werden auf Anfrage gern versandt.

Literatur

1. WHO: Erklärung der Generaldirektorin der WHO, Dr. Margaret Chan, zur Beendigung der Pandemie. Abrufbar unter http://www.who.int/media-centre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/en/index.html
2. WHO: Surveillance recommendations for Member States in the post-pandemic period. Abrufbar unter http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemic_20100812/en/index.html
3. Buda S, Köpke K, Haas W: Epidemiologischer Steckbrief der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 basierend auf Einzelfallmeldungen nach Infektionsschutzgesetz. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2010; 53:1223–1230
4. RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2009. Pandemische Influenza (H1N1) 2009. S. 116–124, abrufbar unter http://www.rki.de/cln_169/nn_2019956/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch__2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Jahrbuch_2009.pdf
5. RKI, Arbeitsgemeinschaft Influenza: Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2009/10. Abrufbar unter <http://influenza.rki.de/Saisonberichte/2009.pdf>
6. RKI, Arbeitsgemeinschaft Influenza: Influenza-Wochenbericht KW 47/2010. Abrufbar unter http://influenza.rki.de/Wochenberichte/2010_2011/2010-47.pdf
7. RKI, Arbeitsgemeinschaft Influenza: Influenza-Wochenbericht KW 15/2011. Abrufbar unter <http://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>
8. Buda S, Haas W: Arbeitsgemeinschaft Influenza. Um Unterstützung wird gebeten. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (4): A150

Bericht aus dem Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG 36, Respiratorisch übertragbare Erkrankungen. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Silke Buda (E-Mail: BudaS@rki.de), **Ansprechpartnerin** aus dem Nationalen Referenzzentrum für Influenza ist Dr. Brunhilde Schweiger (E-Mail: SchweigerB@rki.de).

Dank gilt allen Sentinelärztinnen und -ärzten der Arbeitsgemeinschaft Influenza.

Neue Teilnehmer bei GrippeWeb willkommen!

Als Ergänzung zu den Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) hat das RKI in diesem Jahr ein neues Online-Überwachungsinstrument zur Beobachtung akuter Atemwegsinfektionen auf Bevölkerungsebene unter dem Namen GrippeWeb (grippeweb.rki.de) ins Leben gerufen.

Bei GrippeWeb können sich Personen aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Mindestalter von 14 Jahren registrieren und durch die Beantwortung von wöchentlichen Fragen direkt Informationen zur Ausbreitung akuter Atemwegsinfektionen in Deutschland beitragen. Einmal registrierte Teilnehmer erhalten wöchentlich eine E-Mail, in der sie gebeten werden, darüber Auskunft zu geben, ob in der vergangenen Woche eine neue Atemwegserkrankung aufgetreten ist (oder nicht). Die Beantwortung dauert weniger als eine Minute. Da auch abgefragt wird, ob der Teilnehmer geimpft ist, werden neben der Beobachtung der Häufigkeit von

Atemwegserkrankungen auch Informationen zu Influenza-Impfquoten erhoben. Die Ergebnisse werden jede Woche zeitnah auf der Webseite veröffentlicht. Das System arbeitet das ganze Jahr hindurch, also auch in den Sommerwochen.

Im Rahmen eines Gewinnspiels können registrierte Personen durch die Teilnahme auch interessante Preise gewinnen (Laptop, MP3-Player), wobei häufiger und regelmäßig teilnehmende Personen eine höhere Gewinnchance haben.

Bislang haben sich etwa 800 Personen aus allen Bundesländern registriert, aber es sind noch längst nicht alle deutschen Stadt- und Landkreise abgedeckt. Je mehr Personen mitmachen, umso informativer ist das System, daher sind neue, interessierte Teilnehmer herzlich willkommen.

Masern: Protrahiertes regionales Infektionsgeschehen in München

Einbruch in hochvulnerable Bereiche

Seit Beginn des Jahres 2011 beobachtet das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) in München ein verstärktes Infektionsgeschehen bei Masern im Sinne eines endemischen Geschehens. Bis zum 29.4.2011 wurden 107 Einzelerkrankungen an Masern gemeldet und 17 Häufungen mit Fallzahlen zwischen 2 und 12.

In diesem Zeitraum wurden 5-mal Masern in medizinischen Einrichtungen beobachtet, was seitens des RGU verstärkte und spezifische Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung im Hinblick auf die hier zu schützenden vulnerablen Gruppen erforderlich machte.

Kurzbeschreibung des Auftretens von Masern in Krankenhäusern und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung

Bezeichnend für die Einzelfälle und Ausbrüche in Krankenhäusern war bisher, dass der jeweilige Indexfall häufig keine eindeutige masernartige Symptomatik aufwies und in Einzelfällen initial Schwierigkeiten bestanden, eine zeitnahe Masernserologie zur Verfügung zu haben. Die endgültige Diagnose Masern konnte in diesen Fällen also nur verspätet erfolgen bzw. wurde initial differenzialdiagnostisch von den Einrichtungen auf Grund des untypischen klinischen Bildes nicht in Erwägung gezogen.

Die Infektionsübertragung war in diesen Fällen also bereits erfolgt, bevor dem Gesundheitsamt die entsprechende Masernerkrankung gemeldet wurde. In Folge konnten – ohne dass ein organisatorisches oder fachliches Verschulden von irgendeiner Seite vorlag – die Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung nur verspätet implementiert werden und deshalb auch nur bedingt greifen. Insbesondere war in keinem Fall die Inkubationsimpfung noch möglich.

In einem Klinikbereich mit höchst vulnerablen Gruppen (Onkologie) verstarb ein Patient an Masern, ein Folgefall erkrankte lebensbedrohlich.

Spezifische Maßnahmen des RGU

Die von Masern betroffenen Krankenhäuser wurden schriftlich über die zu ergreifenden dringlichen Schutzmaßnahmen informiert und setzten diese in guter Kooperation mit dem RGU um. Diese Maßnahmen betreffen auch nichtmedizinisches Personal, insbesondere Reinigungspersonal, Hilfspersonal, Studenten:

- ▶ Isolierung des Indexfalls, vorzugsweise in einem Zimmer mit Schleusenfunktion
- ▶ Potenziell sich in der Inkubationszeit befindende und damit ansteckungsfähige Personen dürfen während der maximalen Inkubationszeit (Tag des letzten Kontaktes plus 18 Tage) keinen Kontakt zu Patienten, insbesondere aber zu immunsupprimierten, onkologischen Patienten, Schwangeren, Säuglingen ohne Nestschutz, Tuberkulosekranken, Kindern und Gemeinschaftseinrichtungen haben. Dies entspricht einem Tätigkeitsverbot für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit.
- ▶ Nur im infektionshygienischen Management geschultes Personal mit nachgewiesener Immunität gegen Masern (suffizienter Impfstatus = 2-malige Impfung oder suffizienter Antikörper IgG-Nachweis) darf mit Patienten in Kontakt treten.
- ▶ Auch immunes Personal soll eine geeignete Schutzausrüstung tragen: Schutzkittel, Einweghandschuhe, adäquater Mund-Nasenschutz, Schutzbrille.
- ▶ Adäquate Händedesinfektion vor und nach jedem direkten Patientenkontakt, Kontakt mit erregerrhaltigem Material oder kontaminierten Objekten sowie nach Ablegen der Schutzausrüstung
- ▶ Schutz aller anderen Bereiche der Klinik, wenn diagnostische und therapeutische Maßnahmen außerhalb des Isolationszimmers/der Station durchgeführt werden müssen, d.h. Vorab-Information des Zielbereichs, Personalschutzmaßnahmen, Mund-Nasenschutz für den Patienten, Desinfektion, etc.
- ▶ Postexpositionelle Impfung von empfänglichen Patienten (ggf. vorab serologische Kontrolle) und von empfänglichem Personal, auch später als 3 Tage nach dem übertragungsrelevanten Kontakt, um zukünftig Schutz von Personal und Patienten zu gewährleisten

Allgemeine Maßnahmen des RGU für Krankenhäuser

Sämtliche Klinikleitungen Münchens wurden für den Fall des Auftretens von Masern in einem Rundbrief auf die zu ergreifenden Maßnahmen hingewiesen. Nachdrücklich wurde gebeten, Sorge zu tragen, dass medizinisches und nichtmedizinisches Personal gegen Masern geschützt ist.

Nur so kann bei Auftreten von Masern in Krankenhäusern der Klinikbetrieb ohne größere organisatorische Probleme (Erkrankungen des Personals und Tätigkeitsverbote für Personal) aufrecht erhalten werden.

Maßnahmen des RGU für Arztpraxen

Diese erfolgten analog zu den Maßnahmen in Krankenhäusern, ergänzt durch den Hinweis, fiebrige Patienten bzw. Patienten mit Verdacht auf Infektionskrankheiten separat zu untersuchen und zu behandeln, z. B. durch Unterbringung in separaten Zimmern oder durch Einbestellung Masernverdächtiger am Ende der Sprechzeiten.

Weiterhin wurde eine gründliche Lüftung der Warte- und Praxisbereiche nach Auftreten eines Masernfalls und eine gängige desinfizierende Reinigung gemäß den Praxishygieneplänen empfohlen.

Anzahl d. Meldungen

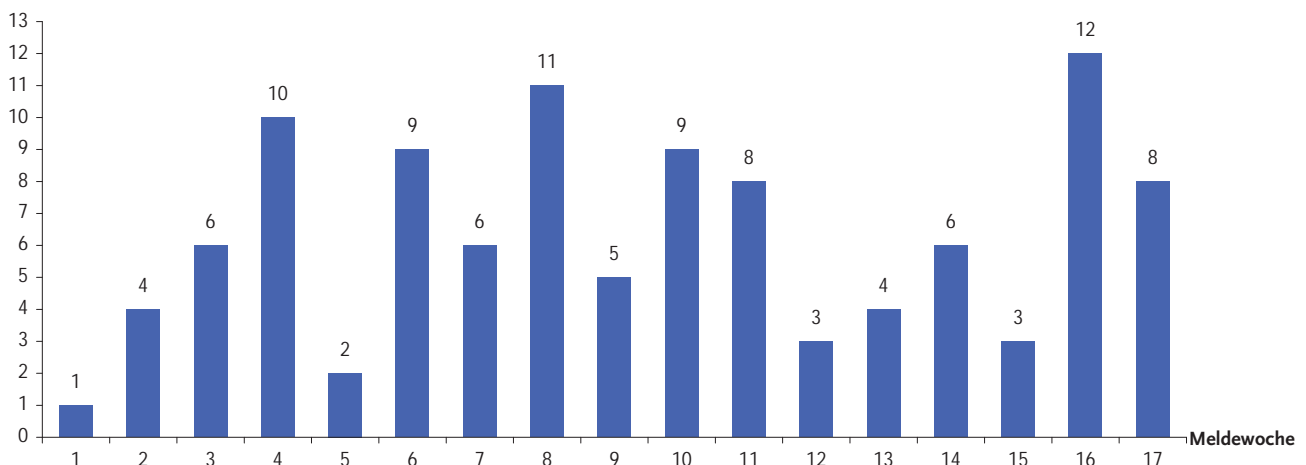


Abb. 1: Masernmeldungen München, Januar 2011 bis April 2011 (n = 107; Stand: 29.4.2011)

Maßnahmen des RGU für Rettungsdienste und Bereitschaftspraxen

Sämtliche in München aktiven Träger des Rettungsdienstes und sämtliche Bereitschaftspraxen wurden über das Infektionsgeschehen informiert sowie über die Notwendigkeit, nur geschütztes Personal einzusetzen.

Öffentlichkeitsarbeit

Zusätzlich zu wiederholten Internetbotschaften auf der Startseite des München-Portals www.muenchen.de und wiederholten Presseinformationen wurde die Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) in Bayern genutzt, um das Thema Masern-Zweitimpfung bei den jüngeren Erwachsenen durch Stände, Pressekonferenzen und weitere öffentlichkeitswirksame Aktionen mediengerecht darzustellen. Verschiedene pädiatrische Internet-Netzwerke wurden mehrfach auf die aktuelle Masernsituation hingewiesen.

Schlussfolgerungen

In München wird seit dem Jahreswechsel verstärkt das Auftreten von Masern mit teilweise schweren Krankheitsverläufen bei Jugendlichen bzw. im jungen Erwachsenenalter beobachtet. Alle Betroffenen waren nicht bzw. nur 1-mal gegen Masern geimpft. Diese Impflücken sind auch im *Epidemiologischen Bulletin* 16/2011 dokumentiert: Sowohl mit der Masern-Erstimpfungsquote von 93,9% als auch mit der Masern-Zweitimpfungsquote von 85,8% im Jahr 2009 bildet Bayern das Schlusslicht unter den Bundesländern. Noch bedeutendere Impflücken bestehen jedoch in der Gruppe älterer Jugendlicher und junger Erwachsener. Diese gilt es gezielt zu schließen!

Die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen hat deshalb und aufgrund der neuen STIKO-Empfehlungen die Masernimpfung im Erwachsenenalter während der Bayerischen Impfwoche Anfang April (4.–9. April 2011) mehrfach thematisiert. Das RGU München hat die Europäische

Impfwoche (23.–30. April 2011) zum Anlass genommen, erneut die regionale Presse insbesondere auf die schlechte Zweitimpfungsquote junger Erwachsener und auf die besondere Bedeutung von Masern in vulnerablen Settings (Krankenhäuser) unter dem Schlagwort „An Masern denken!“ hinzuweisen.

Um nicht nur die Öffentlichkeit und die Krankenhausbereiche, sondern auch die breite Ärzteschaft Münchens zu erreichen, hat das RGU im Fachblatt der Ärztlichen Landesorganisation *Münchner Ärztliche Anzeigen* auf das intensive Infektionsgeschehen bei Masern in München, auf die Bedeutung der Masern, die Schwere des Krankheitsbildes sowie die Bedeutung der differenzialdiagnostischen Erwägung und dann ggf. rechtzeitigen Meldung sowie der kompletten Impfung hingewiesen.

Trotz personalintensiver Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Masern geht das RGU nicht von einem raschen Sistieren des Infektionsgeschehens in einem urbanen Ballungszentrum wie München aus. Zu sehr befindet sich Europa in einer endemischen Situation, zu gering sind die Masern-Impfquoten in Bayern und zu zahlreich die Gelegenheiten, sich in einer Großstadt, wo vielerorts viele Menschen auf engem Raum zusammen sind, die hochinfektösen Masern einzufangen.

Quellen

1. Robert Koch-Institut: Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2009. *Epid Bull* 2011; 16: 125–129
2. Measles update 2011 Pro MED-Mailpost 2.5.2011 (<http://www.promedmail.org>)

Für diesen Bericht danken wir Dr. Petra Graf, RGU München, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: gs.rgu@muenchen.de).

Hinweise auf Veranstaltungen

61. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG)

Motto:

Die Welt wächst zusammen – Quo Vadis, Öffentlicher Gesundheitsdienst?

Termin: 12.–14. Mai 2011

Veranstaltungsort: Trier, Europahalle

Themen: Maßstäbe und Qualitätssicherung bei amtsärztlichen Gutachten; Aktuelles aus der Gesundheitsberichterstattung und Prävention; lokale und überregionale Ausbruchsbekämpfung; Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – neue Morbiditäten; Gesundheitsprüfung im Rahmen der UVP; Notfallpsychiatrie und Krisenmanagement; Katastrophen wahrnehmen und kommunizieren; Gesundheit ohne Grenzen u. a.

Anmeldung und Kongressbüro:

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Kongressvorbereitung, Organisation vor Ort:

Dr. Harald Michels, Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Trier-Saarburg
Sekretariat: Katharina Burgstaller
Paulinstraße 60
54292 Trier
Tel.: 06 51. 71 55 52
Fax: 06 51. 71 55 53
E-Mail: katharina.burgstaller@triersaarburg.de

Kongressbüro: Monika Adorf

Friedhofstraße 12
56626 Andernach
Tel.: 01 76. 24 99 91 48
Fax: 026 32. 94 59 74
E-Mail: kongressbuero-bvoegd@uminfo.de

Homepage: www.aerzte-oegd.de/kongress/wissensch_kongress.html

Hinweis: Der Kongress ist bei Ärztekammer und Zahnärztekammer als Fortbildungsveranstaltung registriert. Es werden Fortbildungspunkte vergeben.

**Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1):
Durch langzeitliche Datenerhebungen ermöglichte Auswertungsperspektiven
am Beispiel Adipositas**



Seit Juni 2009 führt das Robert Koch-Institut (RKI) die Datenerhebungen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) durch. Im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen regelmäßig Kurzbeiträge zu KiGGS Welle 1, die auch unter www.rki.de/kiggs abrufbar sind. Im Folgenden werden am Beispiel der Adipositasforschung Auswertungsperspektiven erläutert, die durch die Fortsetzung von KiGGS als Langzeitstudie ermöglicht werden.

Nationale Surveys wie KiGGS sind eine wichtige Quelle für verlässliche und repräsentative Daten zur Verbreitung und Verteilung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Sie ermöglichen:

- ▶ bevölkerungsbezogene Referenzdaten zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht in Deutschland;
- ▶ Informationen zur Übereinstimmung zwischen Körper selbstbild und Selbstangaben zu Größe und Gewicht;
- ▶ Informationen zu Problembewusstsein und ungenutztem Präventionspotenzial in der Bevölkerung.

Einen wichtigen Beitrag zur Adipositasforschung leistete bereits die KiGGS-Basiserhebung. Zum einen wurden die relevanten Körpermaße gemessen, so dass auf einer bundesweit repräsentativen Datenbasis die Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen beschrieben werden sowie die für Deutschland relevanten Risikogruppen ausgewiesen werden konnten. Zum anderen wurde deren gesundheitsrelevantes Verhalten (zum Beispiel Ernährungsverhalten, sportliche Aktivität, Medienkonsum) genauer betrachtet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse lieferten wichtige Ansatzpunkte für die Adipositasprävention und wurden zur Begründung gesundheitspolitischer Initiativen wie zum Beispiel des Nationalen Aktionsprogramms „In Form“ mit herangezogen.

Die Themen des Telefonsurveys KiGGS Welle 1 knüpfen an den Befragungsteil der Basiserhebung an und umfassen alle wesentlichen Eckwerte zu den inhaltlich wichtigsten Bereichen des gesundheitlichen Geschehens – so auch zu *Body Mass Index* (BMI), Übergewicht und Adipositas. Dies ermöglicht folgende Auswertungsansätze:

Querschnittsanalysen: Bei KiGGS Welle 1 können Querschnittsanalysen erneut – d. h. wie schon in der Basiserhebung – repräsentative Aussagen zur aktuellen Häufigkeit und Verteilung von Übergewicht und Adipositas

in der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung liefern. Auch können für jede Erhebungswelle querschnittliche Gruppenvergleiche durchgeführt werden (z. B. unterschieden nach Geschlecht oder Sozialschicht bei KiGGS Welle 1). Durch das „Herauswachsen“ der KiGGS-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer aus dem Kindes- und Jugendalter und die Neuaufnahme von Kindern der unteren Altersjahrgänge (s. *Epid. Bull.* 9/2011) sind zudem zukünftig auch Altersgruppenvergleiche zwischen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen möglich.

Kohortenanalysen: Durch Kohortenanalysen können Merkmale bestimmter Gruppen über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte hinweg miteinander verglichen und somit zeitliche Trends nachgezeichnet werden (z. B. Vergleich der Grundschul Kinder aus der Basiserhebung mit den Grundschulkindern aus Welle 1). In Deutschland wird es erstmalig möglich sein, die Entwicklung der Adipositasprävalenz und der darauf wirkenden Einflussfaktoren auf der Grundlage repräsentativer, bevölkerungsbezogener Daten bis in das Erwachsenenalter zu analysieren. Dies ist von Bedeutung für die allgemeine gesundheitliche Entwicklung und Versorgung der Bevölkerung und für die Politikberatung zum Thema Adipositas (zum Beispiel für das Nationale Aktionsprogramm „In Form“).

Verlaufsanalysen: Mit Verlaufsanalysen können gesundheitliche Entwicklungen im Lebensverlauf über die einzelnen Erhebungszeitpunkte hinweg verfolgt werden (z. B. genauere Betrachtung von Kindern in Welle 1, die in der Basiserhebung übergewichtig waren). So kann etwa die übergewichtsbedingte Entwicklung von Risikofaktoren (wie Bluthochdruck, Hyperlipidämie), der Einfluss von frühem Übergewicht auf Krankheiten aus dem Formenkreis des metabolischen Syndroms (wie Diabetes Typ II) oder auch die Auswirkung von Übergewicht auf die Lebensqualität und die psychische Gesundheit untersucht werden. Die Analyse dieser Entwicklungsverläufe wird bis in das Erwachsenenalter möglich sein. Diese sowie Untersuchungen zum Einfluss frühkindlicher Faktoren auf die Entwicklung von Übergewicht und Analysen der Determinanten der Gewichtsveränderungen über die Zeit können helfen, die Ätiologie von Adipositas besser zu verstehen.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Weitere **Informationen** unter www.kiggs.de. **Anfragen** zu KiGGS unter kiggsinfo@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: Februar 2011 (Datenstand: 1.5.2011)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	Febr.	Jan.–Febr.		Febr.	Jan.–Febr.		Febr.	Jan.–Febr.		Febr.	Jan.–Febr.		Febr.	Jan.–Febr.	
Baden-Württemberg	22	40	31	12	31	50	2	14	13	1	2	3	0	0	0
Bayern	26	55	56	22	48	47	6	14	14	2	6	5	0	0	0
Berlin	43	112	79	27	70	72	1	4	10	1	1	1	1	1	0
Brandenburg	5	7	10	3	11	9	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	5	7	2	3	3	3	6	1	0	0	0	0	0	0
Hamburg	10	30	31	13	31	36	5	6	4	0	0	0	0	0	0
Hessen	24	55	32	24	50	42	1	8	5	0	3	2	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	5	9	5	2	5	4	0	0	1	0	1	1	0	0	0
Niedersachsen	20	41	36	15	23	31	1	2	5	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	69	142	115	57	115	94	12	23	16	0	3	3	0	0	0
Rheinland-Pfalz	1	5	10	5	10	14	1	2	6	0	1	1	0	0	0
Saarland	3	9	8	2	10	7	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Sachsen	11	28	26	5	10	15	1	3	0	0	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	1	4	7	0	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	9	15	10	10	20	12	0	1	2	0	1	0	0	0	0
Thüringen	4	5	13	2	2	5	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Deutschland	256	562	476	201	446	445	34	84	80	4	19	19	1	1	1

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

15. Woche 2011 (Datenstand: 4.5.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	70	1.043	1.169	0	13	17	7	61	55	18	374	519	0	23	19
Bayern	87	1.221	1.189	3	46	21	7	131	170	26	395	705	1	27	17
Berlin	33	594	605	0	8	4	11	118	21	9	153	165	0	15	13
Brandenburg	24	403	361	1	7	4	5	70	78	15	159	203	1	3	3
Bremen	4	85	81	0	1	1	0	1	9	2	30	19	0	4	0
Hamburg	22	402	358	1	8	3	0	7	8	6	90	102	0	13	8
Hessen	63	854	802	0	3	6	3	34	19	24	237	319	1	17	8
Mecklenburg-Vorpommern	24	352	332	0	1	1	2	71	74	6	215	173	0	0	0
Niedersachsen	63	940	1.072	1	33	37	8	88	147	24	414	608	0	6	3
Nordrhein-Westfalen	228	3.161	3.357	5	45	43	17	199	283	73	939	1.307	0	17	18
Rheinland-Pfalz	42	705	681	1	24	23	5	41	61	25	287	305	0	2	4
Saarland	13	206	262	0	1	3	1	16	6	5	59	70	0	0	1
Sachsen	52	1.220	1.004	2	28	15	13	166	155	21	342	502	0	5	2
Sachsen-Anhalt	23	309	257	0	3	8	6	121	104	44	278	330	0	5	1
Schleswig-Holstein	34	479	438	0	5	5	2	15	14	7	100	153	0	0	2
Thüringen	23	368	360	0	6	2	6	155	189	30	299	356	0	2	0
Deutschland	805	12.342	12.328	14	232	193	93	1.294	1.393	335	4.371	5.836	3	139	99

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	3	41	34	244	4.471	8.685	205	2.297	1.823	14	158	134	0	7	7
Bayern	10	103	104	356	6.421	14.762	258	3.339	3.427	11	220	193	1	12	15
Berlin	1	13	20	54	1.992	2.622	30	915	1.368	13	126	107	1	16	22
Brandenburg	0	16	30	128	2.146	3.884	157	1.655	1.713	0	24	26	0	6	8
Bremen	0	2	9	17	364	669	6	170	167	1	4	10	0	0	0
Hamburg	0	13	18	92	1.747	2.001	85	661	704	3	43	30	0	4	6
Hessen	4	44	52	111	2.118	5.358	105	1.266	1.182	13	93	76	1	13	11
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	17	112	1.946	3.655	199	1.628	1.030	4	46	36	0	7	3
Niedersachsen	8	85	67	214	4.165	9.281	195	2.151	2.024	4	46	53	0	15	26
Nordrhein-Westfalen	9	169	187	459	11.875	19.847	373	4.483	3.309	20	198	186	0	27	27
Rheinland-Pfalz	0	37	53	140	2.937	5.360	68	898	1.313	1	61	54	1	7	5
Saarland	0	5	9	37	717	1.367	8	192	274	1	9	4	0	0	0
Sachsen	5	101	111	235	4.834	9.113	559	5.666	2.081	2	82	107	1	16	16
Sachsen-Anhalt	0	40	38	136	2.520	5.836	177	2.146	1.228	2	19	26	1	7	2
Schleswig-Holstein	2	26	23	105	2.104	2.499	89	776	601	2	20	27	0	1	2
Thüringen	3	75	71	98	2.352	5.369	150	1.494	1.020	1	11	22	0	5	6
Deutschland	45	787	843	2.538	52.709	100.308	2.664	29.737	23.264	92	1.160	1.091	6	143	156

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

15. Woche 2011 (Datenstand: 4.5.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	2	16	12	0	11	21	11	227	234
Bayern	3	23	27	1	31	31	21	302	330
Berlin	0	22	9	0	12	12	5	158	192
Brandenburg	1	6	4	0	4	3	2	20	21
Bremen	1	8	4	0	4	0	0	4	4
Hamburg	1	33	8	0	5	12	1	34	36
Hessen	1	15	14	2	27	20	6	89	79
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	0	3	6	0	10	20
Niedersachsen	3	20	14	0	18	10	3	84	81
Nordrhein-Westfalen	4	35	47	2	36	57	11	174	240
Rheinland-Pfalz	0	3	17	2	14	25	1	53	74
Saarland	0	3	10	1	8	1	4	21	21
Sachsen	0	2	1	1	18	7	4	86	93
Sachsen-Anhalt	0	3	6	0	10	5	2	43	27
Schleswig-Holstein	0	3	5	0	6	6	3	55	34
Thüringen	0	5	4	0	5	4	2	34	34
Deutschland	16	198	184	9	212	220	76	1.394	1.520

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	0	15	15	50	171	17	8	155	159
Bayern	3	22	21	12	162	15	11	166	188
Berlin	0	15	9	2	13	67	0	74	93
Brandenburg	1	6	3	0	1	11	0	23	27
Bremen	0	1	1	0	0	0	3	20	11
Hamburg	0	0	1	4	15	9	1	40	55
Hessen	1	12	5	8	42	1	7	127	112
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	1	0	1	26	6
Niedersachsen	0	14	14	1	20	5	6	86	83
Nordrhein-Westfalen	3	41	41	0	22	98	23	294	317
Rheinland-Pfalz	1	15	6	3	14	3	6	40	50
Saarland	0	2	3	0	0	0	1	9	15
Sachsen	0	7	5	2	6	0	1	27	56
Sachsen-Anhalt	0	3	3	0	0	0	0	34	42
Schleswig-Holstein	1	9	3	0	6	2	2	16	24
Thüringen	0	6	5	0	0	0	1	19	25
Deutschland	10	169	136	82	473	228	71	1.156	1.263

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ 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, Deutschland

15. Woche 2011 (Datenstand: 4.5.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	15. Woche	1.–15. Woche	1.–15. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	4	100	102	489
Brucellose	0	2	5	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	5	30	36	123
Dengue-Fieber	4	95	106	595
FSME	1	4	3	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	9	6	65
Hantavirus-Erkrankung	0	43	324	2.017
Hepatitis D	0	4	3	10
Hepatitis E	5	83	53	221
Influenza	183	43.326	2.920	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	7	52	56	210
Legionellose	6	131	197	690
Leptospirose	0	9	8	70
Listeriose	2	62	95	390
Ornithose	1	6	4	25
Paratyphus	2	12	7	57
Q-Fieber	10	138	69	361
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	5	6	31
Typhus abdominalis	3	13	18	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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 Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

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

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.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 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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