



Epidemiologisches Bulletin

8. Dezember 2000 / Nr. 49

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Masern arbeitet 12 Monate

Ergebnisse und Erfahrungen im ersten Jahr der Tätigkeit

Im Masern-Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) werden in einem nach Kriterien der Repräsentativität gestalteten Netz aus ärztlichen Praxen fortlaufend die Anzahl der Masernfälle sowie Merkmale ihres Auftretens registriert. Mit dieser Stichprobenerhebung wurde Ende des Jahres 1999 begonnen. Über die bisherigen Ergebnisse und Erfahrungen wurde bereits mehrfach berichtet (letzte Berichte dazu s. *Epid. Bull.* 37/2000, 25/2000, 13/2000). Hier folgt eine Übersicht über das erste Jahr der Tätigkeit dieser Arbeitsgemeinschaft:

Die hohe Akzeptanz, die das Masern-Sentinel gefunden hat, drückt sich in der Bereitschaft von 1.239 niedergelassenen Ärzten (1.018 Kinderärzte und 221 Allgemeinmediziner) zur Mitwirkung aus (Stand vom 31.10.2000). Auch die tatsächliche Beteiligung der Ärzte, die sich bei den monatlichen Abfragen in Rücklaufquoten zwischen 85 % und 90 % manifestierte (nur in den Sommermonaten war der Rücklauf geringer), bestätigt das hohe Engagement der Teilnehmer. Die Studienzentrale ist an der Mitarbeit weiterer Ärzte interessiert, insbesondere fehlen noch Allgemeinmediziner.

Von der AGM erarbeitete Ergebnisse

In den 12 Monaten seit Beginn der Erhebung wurden insgesamt 900 Masernverdachtsfälle von 250 Sentinelärzten gemeldet: dabei gab es 848 Fallmeldungen von 229 Pädiatern (3,7 Erkr. pro Pädiater) und 52 Meldungen von 21 Allgemeinmediziner (2,5 Erkr. pro Arzt). Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen wurde damit von Pädiatern gemeldet (94 %); diese sind jedoch mit einem Anteil von 82 % auch überproportional am Sentinel beteiligt.

Saisonale Verteilung der Masern: Die Fallmeldungen hatten einen deutlich ausgeprägten saisonalen Verlauf. Wie in der Vorimpfära ist ein Winter-Frühjahrs-

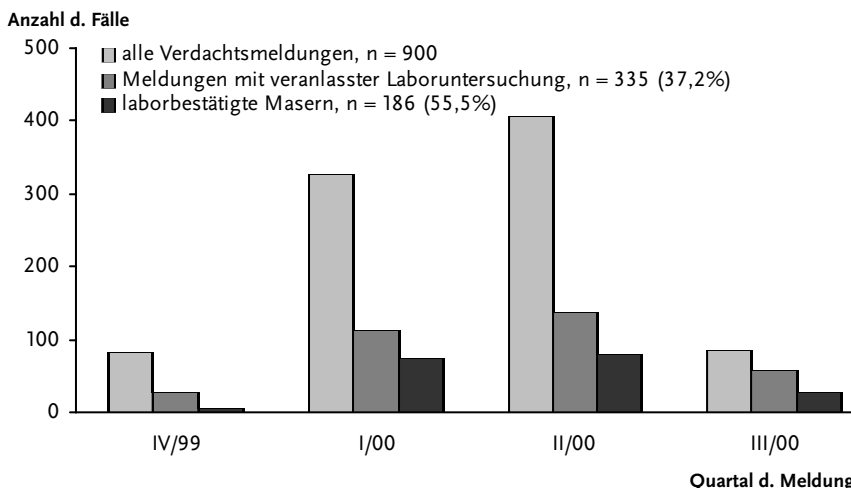


Abb. 1: Arbeitsgemeinschaft Masern: Saisonale Verteilung der Masernmeldungen und Laborbestätigungen von Oktober 1999 bis September 2000 (Bestätigungsquoten: IV/99 = 22 %, I/00 = 64 %, II/00 = 58 %, III/00 = 48 %)

Diese Woche 49/2000

Masern:

Sentinel-Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Masern – Ergebnisse und Erfahrungen

ARE/Influenza:

Aktuelle Situation

Infektionsschutzgesetz:

Antworten auf Anfragen zum Meldeverfahren

Mitteilungen:

- ▶ BNI sichert Labordiagnostik bei VHF-Verdacht rund um die Uhr
- ▶ Enterovirus-Ringversuch 2001



gipfel zu verzeichnen, wobei in den Monaten März und April die meisten Fälle gemeldet und auch zur Laboruntersuchung eingesandt wurden. Die Bestätigungsquoten für Masern lagen dann besonders hoch, da vorwiegend aus Häufungen gemeldet und Untersuchungsmaterial an das Labor gesendet wurde (s. Abb. 1).

Regionale Verteilung der Masern: Das Masern-Sentinel begann mit seiner Arbeit in einer in Deutschland insgesamt relativ ruhigen Situation nach einer größeren landesweiten Masernwelle im Jahr 1996. Die Meldezahlen zeigen sehr deutliche regionale Unterschiede. Die mit Abstand meisten Fallmeldungen kamen aus Bayern (363) und Baden-Württemberg (223), insbesondere aus wenigen benachbarten Landkreisen im Allgäu (s. *Epid. Bull.* 13/2000, 25/2000). Die dortigen örtlich begrenzten Ausbrüche werden plausibel durch aus einzelnen Kreisen dieser Region bekannte niedrige Impfquoten (< 80 % zum Zeitpunkt der Einschulung) sowohl in Bayern als auch in Baden-Württemberg. Wurden im Bundesdurchschnitt von einem Sentinelarzt im Berichtszeitraum 3,6 Fälle beobachtet, so wurden in Baden-Württemberg bis zu 39 Fälle pro Arzt und in Bayern von einem Kinderarzt sogar 107 Fälle berichtet. In die Gruppe mit hoher Meldefrequenz gehört auch Nordrhein-Westfalen, aus diesem Bundesland kamen 194 Fallmeldungen von 55 Ärzten (einer berichtete über 67 Masernpatienten). Ein Schwerpunkt lag im Raum Düsseldorf. Aus den Ländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen waren zwischen 16 (Niedersachsen) und 41 (Hessen) Meldungen zu verzeichnen, die sich aber sowohl räumlich als auch zeitlich auf mehrere Melder verteilen. Nur vereinzelte Fälle (1–8) wurden aus allen neuen Bundesländern, aus Berlin und den bisher nicht genannten alten Bundesländern gemeldet (Tab. 1).

Ergebnisse der Laboruntersuchungen: Von den 900 gemeldeten Fällen wurde bei 335 (37 %) eine Laboruntersuchung veranlasst, die in 186 Fällen (55,5 % der Untersuchten) ein positives Ergebnis hatte. Das heißt, Masernvirus-spezifisches IgM oder ein 4facher Titeranstieg des IgG konnte nachgewiesen werden bzw. der Masernvirus-Genomnachweis im Rachenabstrich/Urin fiel positiv aus. Während in den regionalen Laboratorien i. d. R. nur serologische Unter-

suchungen möglich sind, wird im Nationalen Referenzzentrum Masern, Mumps, Röteln (NRZ MMR) am RKI darüber hinaus der Virusnachweis geführt. Über die Sequenzierung des Virusgenoms kann einerseits zwischen Impf- und Wildviren differenziert werden, andererseits lassen sich die verschiedenen Wildvirus-Genotypen bestimmen, was Aussagen über die Verbreitung der Viren zulässt.

Im NRZ MMR wurden von insgesamt 303 Patienten 579 Proben (240 Seren, 201 Rachenabstriche, 138 Urinproben) untersucht. Bei 164 (54 %) Patienten konnten Masern bestätigt werden. Von 102 Patienten, für die Masern ausgeschlossen wurden, waren bei 22 (21,6 %) akute Röteln nachzuweisen. Bei 37 Patienten blieb die Diagnose ungeklärt, da die angeforderte Blutprobe ausblieb. Ist ein einzeln eingesandter Rachenabstrich oder Urin in der PCR negativ, so bedeutet dies keinen Ausschluss von akuten Masern; zur Sicherung der Diagnose ist eine Blutprobe erforderlich. Dies ist ebenfalls nötig, wenn bei einem ungeimpften Patienten in den ersten 3 Tagen nach Exanthembeginn noch keine Antikörper zu finden sind, was bei bis zu 30 % der Erkrankten der Fall sein kann.

Laboruntersuchungen wurden häufiger bei geimpften (66 %) als bei ungeimpften Patienten (33 %) veranlasst, ebenso waren sie häufiger, wenn die Infektionsquelle unklar war (65 %) im Vergleich zu einer bestimmbarer Infektionsquelle (24 %); es wurden öfter sporadische Fälle (65 %) als solche aus Häufungen (24 %) im Labor untersucht. Darüber hinaus wurden Laborproben häufiger bei Säuglingen und bei Erwachsenen (56 %) als bei Schulkindern (28 %) abgenommen und bei komplizierten Krankheitsverläufen (44 %) eher als bei komplikationslosen (34 %). Dies entspricht der Strategie des Einsatzes der Labordiagnostik zur Bestätigung von fraglichen bzw. klinisch schweren Erkrankungen.

Altersverteilung: Bei den gemeldeten wie auch bei den im Labor bestätigten Fälle zeigt sich eine gleiche Altersverteilung. Der Gipfel liegt bei den 1- bis 4-Jährigen (42 %), die 5- bis 9-Jährigen waren zu 27 % und die 10- bis 14-Jährigen zu 14 % betroffen (Abb. 2). Bemerkenswert ist, dass von den 186 bestätigten Fällen 17 bei unter 1-Jährigen auftraten, nur 8 bei 15- bis 19-Jährigen und 5 bei ≥ 20 -Jährigen. Die im Sentinel erfasste Altersverteilung entspricht weitgehend der, die auch in den neuen Bundesländern beobachtet wird, wo die Masern schon seit vielen Jahren durch Meldung erfasst werden.

Zum Impfstatus: Bei der Auswertung nach dem Impfstatus zeigt sich, dass 85 % der gemeldeten und 83 % der laborbestätigten Fälle bei Ungeimpften auftraten, nur jeweils 10 % der Fälle traten bei Geimpften auf, für die übrigen war keine Impfanamnese angegeben (Abb. 2). Bei den Ungeimpften konnten 64 % der Verdachtsfälle im Labor bestätigt und für 24 % die Masern ausgeschlossen werden (12 % blieben ungeklärt). Bei den Geimpften liegen die Bestätigungsquoten umgekehrt, d. h. nur bei 22 % wurde der Masernverdacht bestätigt, bei 71 % konnten Masern ausgeschlossen werden.

Bundesland	Fallmeldungen	Ärzte mit Fallmeldung	Fallmeldg. pro Arzt von – bis
Bayern	363	59	1–107
Baden-Württemberg	223	61	1–39
Nordrhein-Westfalen	194	55	1–67
Hessen	41	23	1–4
Rheinland-Pfalz	25	11	1–5
Niedersachsen	16	11	1–4
Berlin	8	5	1–4
Hamburg	7	5	1–2
Thüringen	5	4	1–2
Schleswig-Holstein	5	5	1
Brandenburg	5	3	1–2
Bremen	3	3	1
Sachsen-Anhalt	2	2	1
Saarland	2	2	1
Sachsen	1	1	1

Tab. 1: Masern-Fallmeldungen im Sentinel der AGM von Oktober 1999 bis September 2000, bezogen auf Bundesländer und mitwirkende Ärzte

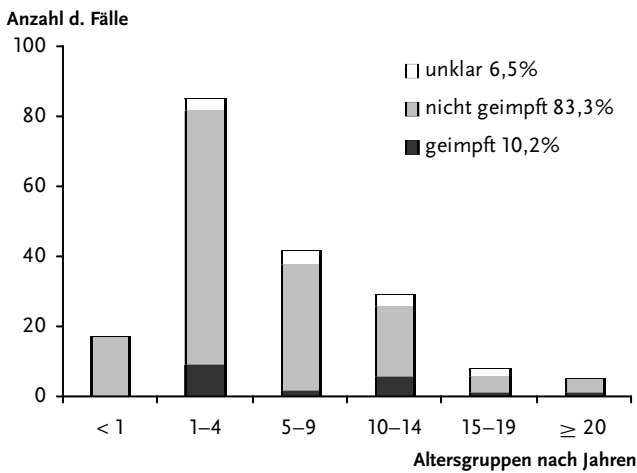


Abb. 2: Arbeitsgemeinschaft Masern: Altersverteilung und Impfstatus der laborbestätigten Masernfälle von Oktober 1999 bis September 2000 (n = 186)

Die Gründe für die fehlende Impfung werden im Erfassungsbogen hinterfragt. Die Analyse der Angaben ist in Abbildung 3 dargestellt. In 55 % der Fälle wurden keine Angaben gemacht. Auffällig und unbefriedigend ist der hohe Anteil der Impfskeptiker bzw. des Fehlens einer Begründung für das Unterlassen einer Impfung, worunter sich ebenfalls häufig eine impfkritische Haltung verbergen dürfte. Dies unterstreicht, dass eine fachlich fundierte Aufklärung und Information – z. B. über die Relation der Risiken bei Erkrankung und Impfung – verstärkt erforderlich ist.

Von insgesamt 89 gemeldeten Verdachtsfällen bei Geimpften hatten 8 eine 2-malige Impfung erhalten. 7 dieser Fälle wurden im Labor untersucht, bei 5 wurden Masern ausgeschlossen und bei 2 Fällen war die 2. MMR-Impfung etwa zwei Wochen vor Erkrankungsbeginn erfolgt. Die serologischen Ergebnisse zeigten, dass die erste Impfung versagt hatte (anti-Masern-IgG negativ, anti-Masern-IgM positiv). Die zweite Impfung war in die Inkubation erfolgt (eine Sequenzierung des nachgewiesenen Masernvirus-Genoms ergab den Wildtyp C2). Diese detaillierte Analyse war nur möglich, weil alle erforderlichen Anamnesedaten vorlagen (in derartigen Fällen ist das Datum der letzten Impfung besonders wichtig!) und für die Laboruntersuchungen sowohl Serum als auch Rachenabstrich und Urin entnommen worden waren. Allein auf der Basis einer Antikörpertestung kann nicht zwischen einer Infektion mit Impf-

oder Wildvirus unterschieden werden. Somit konnte bei 2-mal Geimpften bisher in keinem Fall die Verdachtsdiagnose Masern bestätigt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Labordiagnose, einerseits vor allem im Hinblick auf die Abklärung von Verdachtsfällen bei Geimpften und andererseits zur Evaluierung der gemeldeten Verdachtsfälle.

Komplikationen und Krankenhausbehandlungen: Im Durchschnitt verlaufen 10–20 % der Masernerkrankungen kompliziert; aufgrund unterschiedlicher Definitionen sind allerdings solche Angaben oft nicht vergleichbar. Durch die anfänglichen Vorgaben in den Erhebungsbögen des Masern-Sentinel (>Infektionen der unteren Luftwege<) wurde ein vergleichsweise sehr hoher Anteil >komplizierter< Verläufe erfasst (bis zu 45 % der labordiagnostisch bestätigten Fälle). Dem wurde jetzt zwar durch eine einschränkende Vorgabe (>Pneumonie<) entgegengewirkt. Da die Diagnose aber überwiegend klinisch gestellt wird, ist mit einer tendenziellen Übererfassung zu rechnen. Insgesamt scheinen aber im Rahmen des Sentinels eher klinisch schwer verlaufende Erkrankungen erfasst zu werden. Leicht verlaufende Erkrankungsfälle werden möglicherweise gar nicht dem Arzt vorgestellt. So dürften die ermittelten Komplikationsraten grundsätzlich relativ hoch liegen.

Die Rate der Krankenhauseinweisungen, die um 2,5 % liegt, entspricht demgegenüber den aus anderen Quellen (z. B. Krankenhausstatistik) begründeten Erwartungen. Aus den Sentineldaten können unter den unten beschriebenen Bedingungen für das Berichtsjahr für Deutschland rund 800 Krankenhausbehandlungen wegen Masern geschätzt werden, 1997 waren es nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes 926, 1998 waren es 740; damit liegen die Werte im gleichen Bereich.

Modellansatz zur Hochrechnung der Maserninzidenz

Aus den verfügbaren Daten zu den Teilnahme- und Meldefrequenzen der Sentinelärzte sowie den Angaben über die regionale Verteilung der Vertragsärzte (Pädiater, Allgemeinmediziner sowie hausärztlich tätige Internisten) wurde ein erster Modellansatz zur Hochrechnung der Maserninzidenz entwickelt.

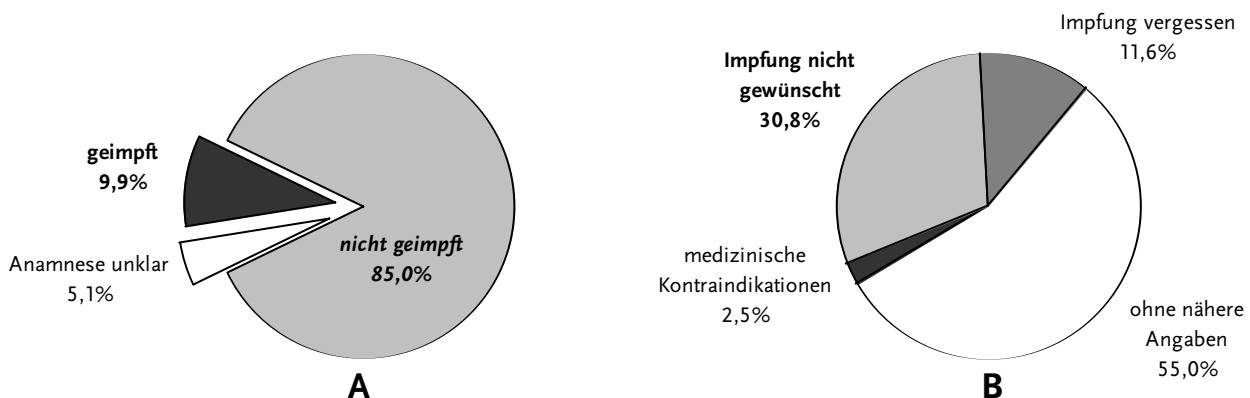


Abb. 3: Arbeitsgemeinschaft Masern: Impfstatus der von Okt. 1999 bis Sept. 2000 gemeldeten Masernfälle (n = 900, Diagramm A) und Begründungen für die fehlende Impfung (n = 765, Diagramm B)

Folgende Annahmen liegen diesem Ansatz zugrunde:

1. Jeder Masernfall wird ärztlich versorgt.
2. Alle Masernpatienten werden im eigenen Bundesland behandelt.
3. Die Einwohnerzahlen der Bundesländer sind konstant.
4. Die Wahrscheinlichkeit einer Masernkonsultation ist bei einem Sentinelarzt genauso groß wie bei jedem anderen Arzt, sie unterscheidet sich jedoch nach Facharztgruppen (Pädiater/Nichtpädiater).
5. Alle in den Sentinelpraxen beobachteten Masernfälle werden gemeldet.
6. Doppelmeldungen sind auszuschließen.

Die auf der Basis der vorliegenden Daten und unter den genannten Annahmen geschätzten Werte für die Inzidenzraten von Masernerkrankungen lagen im Berichtsjahr (Oktober 1999 – September 2000) zwischen 15 und 32 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Sie unterschieden sich deutlich nach alten Bundesländern (20–40 Erkr. pro 100.000 Einw.) und neuen Bundesländern (0,2–1 Erkr. pro 100.000 Einw.). Die extrapolierten Fallzahlen für die neuen Bundesländer ($40 \leq n \leq 99$ von März–Sept. 2000) liegen etwa im Bereich der Meldezahlen für Masern aus den Gesundheitsämtern ($n=72$ von Januar – September 2000).

Das Konzept zur Inzidenzschätzung ist noch in der Diskussion. Genauere Aussagen werden durch vorgesehene detailliertere Auswertungen möglich wie Altersstratifizierung, kleinregionale Betrachtung der Häufungen, genauere Beschreibung des Verhältnisses von Stichprobe zu Grundgesamtheit sowie statistische Prüfung der prognostischen Aussagekraft der laboruntersuchten Masernfälle in bezug auf die nicht laborgetesteten Fälle. Wie schon erwähnt, ist damit die Laborbestätigung besonders relevant für die Inzidenzschätzung.

Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) / Influenza – aktuelle Situation

Im Netz der Beobachtungspraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) liegt in der 48. Woche (bis 1.12.) der ARE-Anteil an den Praxiskontakten mit 10,6% (21,4% in pädiatrischen und 8,1% in allgemeinmedizinischen Praxen) in einem für die Jahreszeit normalen Bereich. Auch die anderen Indikatoren lassen auf ein jahreszeitlich normales Niveau der Atemwegsinfekte schließen. Dies gilt für alle Regionen Deutschlands. Aus den Praxen der AGI wurde einzeln über Influenza-typische Erkrankungsverläufe berichtet, darunter auch über erste kleinere lokale Häufungen. Weiterhin treten verschiedene klinische Bilder akuter Atemwegsinfekte auf und weisen, ebenso wie die labordiagnostischen Befunde, auf ein breiteres Spektrum ursächlicher Erreger hin.

In Deutschland ist bisher von einer sporadischen Influenza-Aktivität auszugehen, die ganz offensichtlich die Möglichkeit begrenzter kleiner Ausbrüche einschließt. Am 22.11.2000 war im NRZ für Influenza am RKI in Berlin der erste Nachweis einer Influenzavirusinfektion in dieser Saison geführt worden (der Patient war ein 4-jähriger, an einer Pneumonie erkrankter Junge aus Berlin); dem Genomnachweis des Influenzavirus mit der PCR folgte eine Anzucht des Virus, das in der serologischen Feincharakterisierung eine sehr enge Verwandtschaft zum Impfstamm A/New Caledonia/20/99 (H1N1) erkennen ließ.

In der 48. KW wurden mittels Genomnachweis (PCR) vier weitere sporadische Influenza-Infektionen in Berlin nachgewiesen. Es handelt sich bei allen Fällen um Kinder im Alter von 3 bis 8 Jahren, die ebenfalls durch Influenza-

Vorläufige Einschätzung des Masern-Sentinels der AGM

Das Masern-Sentinel hat nach einer mehrmonatigen Anlaufphase gezeigt, dass es im Sinne der Zielvorgabe brauchbare Daten zur Struktur der Masern-Morbidität, zu regionalen Ausbrüchen, zur Gesamthäufigkeit des Vorkommens und zur Schwere der Verläufe zu liefern vermag. Die gewonnenen Aussagen, die vor allem für das Kindesalter relevant sind, standen bisher für Gesamtdeutschland nicht zur Verfügung. Erste Hochrechnungen waren möglich. An der Vervollkommnung der Methodik wird weiter gearbeitet. Verbesserungen sind vor allem durch exakte und vollständige Begleitangaben auf den Erhebungsbögen, einen erhöhten Anteil an Laboruntersuchungen und mehr teilnehmende Allgemeinmediziner möglich.

Allen Ärzten, die in diesem ersten Jahr aktiv in der Arbeitsgemeinschaft Masern mitgearbeitet haben, wie auch den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates sei an dieser Stelle sehr für ihr Engagement gedankt.

Die AGM ist eine gemeinsame Initiative des Robert Koch-Instituts (RKI) und der drei Impfstoffhersteller Chiron Behring, Aventis Pasteur MSD und SmithKline Beecham Pharma. Das Deutsche Grüne Kreuz (DGK) ist für die Organisation und Durchführung der Feldarbeit sowie die laufende Erfassung der Daten verantwortlich. Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten wurden von den beteiligten Mitarbeitern des RKI – Arbeitsgruppe Masernbekämpfung – und des DGK erarbeitet.

viren vom Subtyp H1N1 infiziert waren. Informationen über gehäufte ARE in Kindereinrichtungen liegen aus Berlin nicht vor. – Im Untersuchungsmaterial des NRZ für Influenza werden gegenwärtig, bezogen auf alle Einsendungen mit der Zielstellung Influenzadiagnostik, etwa 5–6% positive Influenzabefunde erhoben.

In den Ländern Europas insgesamt gibt es bisher sehr vereinzelte Nachweise von Influenza A (H1N1 und H3N2) sowie auch von Influenza B. Die Morbidität bleibt weiterhin auf einem normalen Niveau, die sporadischen Isolierungen bzw. Infektionsnachweise sprechen dafür, dass es bisher mit zwei Ausnahmen nicht zu einer gesteigerten Influenza-Aktivität gekommen ist: In Nordfrankreich und Belgien wurde das Niveau der sporadischen Influenza-Aktivität überschritten, von dort wird jetzt über lokale Influenza-Ausbrüche berichtet.

In der gegenwärtigen Situation ist es sinnvoll, bestehende Möglichkeiten der Labordiagnostik zur Klärung akuter respiratorischer Erkrankungen zu nutzen; dies dient zugleich der epidemiologischen Surveillance. Auch die AGI hat die mitarbeitenden Ärzte gebeten, die Virusanzucht durch vereinbarte Materialeinsendungen zu unterstützen und zusätzliche Untersuchungskapazität angeboten. Der Impfschutz besonders gefährdeter Personen sollte nötigenfalls rasch vervollständigt werden.

Quellen: Mitteilungen des NRZ für Influenza am Robert Koch-Institut, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger) und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover (Dr. R. Heckler) sowie der Arbeitsgemeinschaft Influenza, Marburg (Dr. H. Uphoff).

Zum Infektionsschutzgesetz nachgefragt:

Meldeverfahren bei Patienten, die sich nicht an ihrem Hauptwohnsitz befinden

Im § 9 (Namentliche Meldung), Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind Einzelheiten zur Durchführung der namentlichen Meldung von Erkrankungsfällen und Nachweisen von Krankheitserregern nach § 6 und 7 geregelt. Hier ergaben sich Fragen, wie bei nicht an ihrem Hauptwohnsitz befindlichen Patienten zu verfahren ist, die mit den nachfolgenden Hinweisen zum Meldeverfahren beantwortet werden:

1. Der Patient befindet sich am Ort seiner Hauptwohnung (bzw. bei mehreren Wohnungen an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort):

- ▶ Die **Arztmeldung** (Meldeverpflichtung gemäß § 8) erfolgt an das Gesundheitsamt des Hauptwohnsitzes bzw. des jeweiligen Aufenthaltsortes.
- ▶ Die **Labormeldung** (Meldeverpflichtung gemäß § 8) wird an das für den einsendenden Arzt zuständige Gesundheitsamt gesandt. Dieses leitet die Information an das Gesundheitsamt des Hauptwohnsitzes weiter, welches wiederum die Angaben über die zuständige Landesbehörde an das RKI übermittelt.

2. Der Patient hält sich zeitweilig (z. B. Urlaub, Krankenhaus) nicht im Bereich seiner Hauptwohnung auf:

- ▶ Die **Arztmeldung** erfolgt an das Gesundheitsamt des jeweiligen Aufenthaltsortes.
- ▶ Die **Labormeldung** muss an das für den einsendenden Arzt zuständige Gesundheitsamt erfolgen.

In beiden Fällen hat das unterrichtete Gesundheitsamt das für die Hauptwohnung (bzw. das für den gewöhnlichen Aufenthaltsort) des Betroffenen zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen. Das letztgenannte Gesundheitsamt übermittelt die Angaben über die zuständige Landesbehörde an das RKI.

3. Der Patient hat keine Wohnung in Deutschland

(z. B. Touristen, Nichtsesshafte):

- ▶ Die **Arztmeldung** erfolgt an das Gesundheitsamt des jeweiligen Aufenthaltsortes.
- ▶ Die **Labormeldung** muss an das für den einsendenden Arzt zuständige Gesundheitsamt erfolgen.

Das Gesundheitsamt des jeweiligen Aufenthaltsortes sollte bei Fehlen einer Wohnung in Deutschland die Angaben über die zuständige Landesbehörde an das RKI übermitteln.

Im Robert Koch-Institut werden Fragen zum IfSG gesammelt, deren Klärung aus der Sicht der Gesundheitsbehörden von allgemeinem Interesse ist. Sie sind zu richten an das

Fachgebiet Infektionsepidemiologie
Stresemannstr. 90-102, 10963 Berlin
Fax: 030.4547-3533
E-Mail: Info@rki.de

Wichtige Antworten werden im *Epidemiologischen Bulletin* publiziert.

Labordiagnostik bei Verdacht auf virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF): Bernhard-Nocht-Institut sichert Bereitschaftsdienst rund um die Uhr

Das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNI) in Hamburg teilt mit, dass eine 24-stündige Rufbereitschaft vorgehalten wird, um einen klinisch-epidemiologisch begründeten Verdacht auf VHF schnellstens abklären zu können.

Es wird gebeten, die **Telefon-Nr. 040. 4281 80** zu nutzen. Hier erfolgt zunächst eine telefonische Beratung, z. B. über die mögliche Differentialdiagnose der vorliegenden Infektion. Wird der Verdacht telefonisch erhärtet, können Proben des Patienten unverzüglich im Hochsicherheitslabor untersucht werden.

Der Probenversand kann zu jeder Zeit sofort erfolgen, die Untersuchungen werden auch in der Nacht und am Wochenende durchgeführt. Ein Ergebnis liegt in der Regel 6 bis 8 Stunden nach Eintreffen der Probe vor.

Ansprechpartner im BNI ist Herr Prof. Dr. H. Schmitz, Abteilung Virologie/Konsiliarlaboratorium für importierte Virusinfektionen.

Enterovirus-Ringversuch 2001: Teilnehmer gesucht

Das Nationale Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch Institut beabsichtigt, im II. Quartal des Jahres 2001 einen zweiten Ringversuch zur Anzucht und Typisierung von Enteroviren durchzuführen. Bereits der erste Ringversuch im Jahr 1999 hatte sich als äußerst nützlich erwiesen (s.a. *Epid. Bull.* 9/2000: 71-72). Jetzt werden die einschlägig tätigen Laboratorien erneut zur Teilnahme aufgefordert. Bedingung ist, dass eine Virusanzucht auf Zellkultur und Typisierung unter Verwendung von Antisera durchgeführt werden. Wie im ersten Ringversuch werden 5 kodierte Stuhlproben versendet; die Teilnehmer haben dann 6 Wochen Zeit, über die Virusanzucht auf Zellkulturen den Enterovirus-Serotyp zu bestimmen. Interessenten wenden sich bitte schriftlich bis zum **15. Januar 2001** an:

NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren
am Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Fax: 030/ 45472617
E-Mail: DiedrichS@rki.de, SchreierE@rki.de