



# Epidemiologisches Bulletin

25. Januar 2002 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Erfassung des Impfstatus bei Aufnahme in den Kindergarten

Erfahrungen und Ergebnisse aus Schleswig-Holstein im Jahr 2000

*In Deutschland fehlen bisher weitestgehend Daten über die Durchführung der empfohlenen Impfungen im frühen Kindesalter, insbesondere darüber, ob die wichtigen Basisimmunisierungen zeitgerecht erfolgen. Die Erhebung des Impfstatus erst zur Einschulung ist zwar eine geeignete Kontrolle, reicht jedoch allein nicht aus. In Schleswig-Holstein wurde versucht, ohne zusätzlichen Aufwand und im Einvernehmen aller Beteiligten Daten zum Impfschutz von Kindern bei Aufnahme in eine Kindertagesstätte (zumeist Kindergärten) zu erheben. Erfahrungen mit einem ab dem Jahre 2000 etablierten Verfahren werden hier mitgeteilt.*

### Einleitung und Methodik

1999 ist das Kindertagesstättengesetz in Schleswig-Holstein und damit auch die Kindertagesstättenverordnung (Kita-VO) umgestaltet worden. Auch in der ursprünglichen Gesetzesfassung wurde bei Eintritt in den Kindergarten eine Aussage über den Gesundheitszustand und den ausreichenden Impfschutz gefordert. Die Aussage über den Gesundheitszustand bezog sich allerdings nur auf das Vorliegen von Infektionskrankheiten. Die wichtige Aussage über den Impfschutz konnte nicht getroffen werden, weil der altersgerecht vollständige Impfschutz nicht definiert und ein Schema der für das weitere Vorgehen wichtigen Übermittlung an den Kindergarten nicht vorgegeben war. Insgesamt erwies sich die damalige Festlegung als wenig sachdienlich.

In der in Schleswig-Holstein neu gefassten Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen ist nach § 2 Abs. 2 eine ›Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen‹ vorgeschrieben, die die Möglichkeit gibt, anamnestisch wichtige Informationen über chronische Krankheiten des Kindes einschließlich chronischer Infektionskrankheiten an die Kindergärten zu übermitteln (z. B. Diabetes oder Anfallsleiden). Außerdem erhält der Kindergarten eine Aussage über den tatsächlichen Impfschutz gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten (DTP, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Hib, Hep B) in einfacher Form. Der Haus- oder Kinderarzt markiert auf einem Bogen, ob das Kind – gemessen an den STIKO-Impfempfehlungen – ›vollständig‹ oder ›unvollständig/nicht geimpft‹ ist (s. Tabelle 1). Die ärztliche Bescheinigung besteht aus drei im Durchschreibverfahren ausgefüllten Blättern (Original für den Kindergarten oder Kinderhort, eine Kopie des Originals zum Verbleib beim ausstellenden Arzt und ein anonymer Durchschlag für Zwecke der späteren Auswertung).

Krankheit	Impfstatus
Diphtherie:	mindestens 3-mal geimpft
Tetanus:	mindestens 3-mal geimpft
Keuchhusten:	mindestens 4-mal geimpft
Poliomyelitis:	mindestens 3-mal geimpft
Masern:	1-mal oder 2-mal geimpft
Mumps:	1-mal oder 2-mal geimpft
Röteln:	1-mal oder 2-mal geimpft
Hib:	mindestens 3-mal geimpft
Hepatitis B:	mindestens 3-mal geimpft

Tab 1: Markierung des Impfstatus vor Aufnahme in eine Kindertagesstätte als ›vollständig geimpft‹

Diese Woche

4/2002

### Schutzimpfungen:

Erfassung des Impfstatus bei Kindertagesaufnahme in Schleswig-Holstein

### Meningokokken-Erkrankungen:

Ausbruch im Department Puy de Dôme/Frankreich – Hinweise für Reisende

### Tularämie:

Ausbruch im Kosovo

### Influenza/ARE:

Aktuelle Situation

### Ankündigungen:

- ▶ Freiburger Hygienegespräche
- ▶ Kurse für Hygienebeauftragte Ärzte in Baden-Württemberg
- ▶ Intensivkurs Krankenhaus-hygiene in Berlin
- ▶ Einführungskurs NEO-KISS in Berlin
- ▶ Seminar Reisemedizin in Berlin
- ▶ 100 Jahre Deutsche STD-Gesellschaft – Jubiläumstagung in Leipzig

### Meldepflichtige

### Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
Stand vom 23. Januar 2002  
(1. Woche)



Neben der unmittelbaren individuellen Nutzung der ausgefüllten Formblätter zur Bewertung und eventuellen Komplettierung des Impfschutzes wurde in Schleswig-Holstein noch die zentrale Auswertung der Ergebnisse vorgesehen. Die ermittelten Impfraten sollen möglichst rasch den beteiligten Akteuren, vor allem aber der impfenden Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden. Ein solcher Spiegel ist für die einen die Bestätigung ihrer Aktivität, für die anderen muss er als Ansporn dienen. Die Darstellung nach Kreisen wird das möglich machen. Veröffentlichungen erfolgen im *Ärzteblatt Schleswig-Holstein*, in lokalen Zirkeln und im Rahmen von Fortbildungen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Schleswig-Holsteins.

**Vorbereitung und Logistik:** An der Entwicklung des Bogens waren das Gesundheitsministerium (Herr Günter Michels), der spätere Vorsitzende der STIKO, Prof. H. J. Schmitt, als damaliges Mitglied der AG Impfen am Gesundheitsministerium in Kiel und die AG der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste (KJÄD) in Schleswig-Holstein beteiligt. Die Abrechnungsfrage nach GOÄ wurde einvernehmlich über Dr. Michael Kinet vom LV des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte geklärt (Liquidation bis 10 DM). Dr. Karl-Werner Ratschko von der Ärztekammer Schleswig-Holstein ermöglichte, dass dieser Bogen über seine Körperschaft gedruckt wurde und von dort von den Gesundheitsämtern zu beziehen ist (Nachschub). Von diesen (vereinzelt auch von deren Jugendämtern) holen sich die Kindergärten die nötigen Bögen ab (Anforderung). Ende des laufenden Kalenderjahres werden die anonymen Durchschläge zunächst lokal in den Gesundheitsämtern gesammelt und dann zentral an ein Mitglied der KJÄD Schleswig-Holstein gesandt. Im Rahmen einer Aufwandsentschädigung aus dem Gesundheitsministerium in Kiel bereitet eine Mitarbeiterin des KJÄD Flensburg zu Hause die Bögen zur zentralen Auswertung vor. Diese findet in der Zentrale der Firma Chiron Behring in Marburg unter der Leitung von Dr. Klaus Hammer statt (Eingabe und Erstellung der Rohdaten). Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt in Zusammenarbeit zwischen der AG der KJÄD Schleswig-Holstein und dem Gesundheitsministerium Kiel (Herr Günter Michels).

### Einschätzung des Verfahrens

Das im Grund einfache Verfahren erwies sich in mehrfacher Hinsicht als vorteilhaft und wirksam. Der Kinder- oder

Hausarzt wird auf die Lücken im Impfschutz aufmerksam – und kann sie unmittelbar schließen. Bei dieser Gelegenheit kann er sich auch nach dem Impfschutz der Eltern gegen Tetanus und Diphtherie erkundigen und ggf. hier ebenfalls Lücken schließen. Ein Vergleich der Impfraten der im Jahr 2000 neu aufgenommenen Kinder mit den bei Kindergartenkindern insgesamt ermittelten Impfraten zeigt, dass bereits in diesem ersten Durchgang die hier gegebenen Interventionsmöglichkeiten offensichtlich gut genutzt worden sind.

Der Kindergarten hat nun vollständige Belege über die Basis-Impfungen der Kinder. Der Wert dieser Informationen ist durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) noch bekräftigt worden. So können spezielle Anfragen des Gesundheitsamtes zum Impfschutz gegen eine bestimmte Krankheit konkret beantwortet und Schutzmaßnahmen gezielter und rascher eingeleitet werden oder es können unbegründete Absonderungsmaßnahmen unterbleiben. Beispiele aus der Praxis zeigen, dass das Verfahren beim Auftreten von Masern, Keuchhusten und Hepatitis B hilfreich war.

Nicht zu unterschätzen ist der Effekt, dass das Einsenden der anonymen Durchschläge zur Auswertung zunächst an das Heimatgesundheitsamt und dann an die Organisationsstelle zur Auswertung auch als Interesse an der Arbeit der Kindergärten gesehen wird. Hier wird der § 34, Abs. 10 des IfSG mit Leben erfüllt, nach dem die Gemeinschaftseinrichtungen und das Gesundheitsamt über die Bedeutung der Impfungen unterrichten sollen.

Das IfSG schafft in den Gemeinschaftseinrichtungen und auch bei den Eltern eine erhöhte Sensibilität gegenüber den Infektionskrankheiten und ihrer Bekämpfung. Das ist eine neue Qualität. Die »Ärztliche Bescheinigung« bei Aufnahme in eine Einrichtung ist in diesem Rahmen ein wichtiges Instrument geworden. Es beteiligt auch die

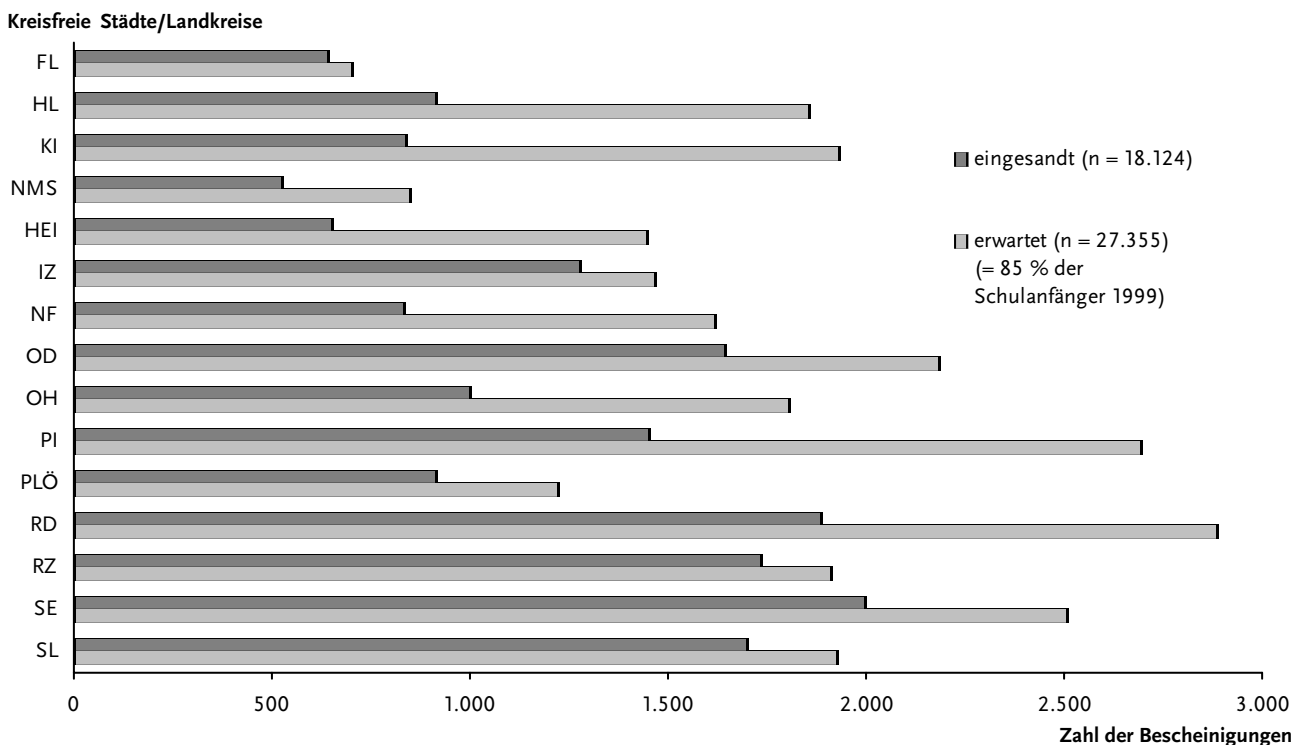


Abb. 1: Impfschutz bei Kindertagenaufnahme, Schleswig-Holstein 2000: Eingesandte und erwartete Ärztliche Bescheinigungen

Leitungen der Kindergärten an zu treffenden Entscheidungen und erhöht deren Verständnis für diese Fragen. Wichtig ist auch: Die Vorlage der ›Ärztlichen Bescheinigung‹ ist obligatorisch, sie ist eine Bedingung für die Aufnahme in den Kindergarten. Der Wert der ›Ärztlichen Bescheinigung‹ ist landesweit anerkannt, allerdings muss im Interesse der Optimierung der Auswertung der Rücklauf der anonymen Belege noch verbessert werden.

**Erste Ergebnisse der Auswertung des bescheinigten Impfschutzes**

Die Auswertung des anonymen Teils der Bescheinigung ermöglicht Aussagen über den altersgemäß vollständigen Impfschutz der Kindergartenkinder. Darüber gibt es gegenwärtig weder im Bundesland Schleswig-Holstein noch auf Bundesebene stabile Aussagen. Man weiß bisher in Deutschland nicht genau, wann die Basisimmunisierung der Säuglinge abgeschlossen ist und vor allen Dingen nicht, welche der Impfungen zeitgerecht abgeschlossen sind (besonders wichtig bei Pertussis und MMR). Nach den Impfeempfehlung der STIKO sollte das spätestens mit 23 Monaten sein. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst kann die Verhältnisse im Rahmen der Einschulung im Alter von 5½ bis 6 Jahren belegen, dann sind aber bereits 4½ bis 5 Jahre vergangen. Besonders günstig wäre diese Aussage am Ende des zweiten Lebensjahres mit 24 Monaten, nur ist das nicht ohne aufwendige Zusatzmaßnahmen möglich.

Bei den folgenden Darstellungen ist zu bedenken, dass die bei der Aufnahme in eine Kindertagesstätte ermittelten Impfraten die Aktivität ausschließlich der niedergelassenen Ärzte, meist Pädiater, widerspiegeln. Der ÖGD in Schleswig-Holstein ist in diesem Alter verbaler Mediator, er kommt außer im Rahmen der verbliebenen Mütterberatungen erst ab der Schuleintrittsuntersuchung aktiv zum Zuge. Die Unterlagen des KJÄD ermöglichen Vergleiche mit den Impfraten zur Einschulung bzw. im Schulalter.

Nach einer Feststellung aus dem landesweiten Gesundheitsbericht über die Schulanfängeruntersuchungen für das Jahr 1999 hatten in Schleswig-Holstein 85% der Schulanfänger (n=32.183) vorher einen Kindergarten besucht. Bezogen auf diese Zahl lagen bei dem ersten Auswertungsdurchgang für das Jahr 2000, über den hier berichtet wird, 66% der Bögen von in Kindertagesstätten aufzunehmenden Kindern zur Auswertung vor (Einsenderate der 4 kreisfreien Städte und der 11 Landkreise unter Ein-

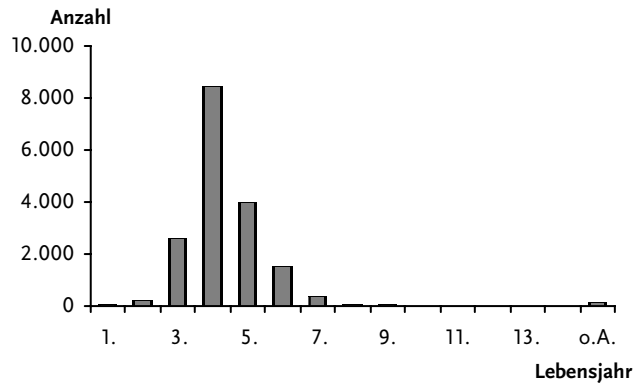


Abb. 2: Altersverteilung bei Aufnahme in einen Kindergarten, Schleswig-Holstein 2000 (n = 15.281)

schluss der Einrichtungen der dänischen Minderheit s. Abb. 1). Die Kinder hatten bei der Gesamtauswertung (n=17.632) im gewichteten Mittel ein Alter von 3 Jahren und 8 Monaten bzw. 46,5 Monate (s. Abb. 2 und Tab. 2).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (n=15.281) hervorgehoben. Der Altersdurchschnitt (gewichteter Mittelwert) lag hier bei 3 Jahren und 7 Monaten. Dennoch unterscheiden sich deren Impfschutzraten nur wenig von der Gesamtgruppe. Die Ergebnisse sind für die neun Impfungen in Abbildung 3 und Abbildung 4 dargestellt.

**Impfschutz gegen Masern:** Als erste Stufe werden Impfraten von 90% angestrebt, später sollen 95% folgen. Landesweit lag die 1. Impfung bei der Aufnahme in den Kindergarten bei 88,2%, die 2. Impfung bei 14,4%.

Die 2. MMR-Impfung wurde vor zwei Jahren von der STIKO auf das 2. Lebensjahr vorgezogen (STIKO-Empfehlung vom Januar 2000). Das wurde von vielen niedergelassenen Ärzten noch nicht berücksichtigt. So erklärt sich die erhebliche Diskrepanz. Am deutlichsten sind die Unterschiede in den Kreisen der niedergelassenen Ärzte bei der Durchführung der 2. Impfung (4,7% bis 37,7% in der Gesamtauswertung).

Es zeigt sich, dass gerade die Impfraten der 2. MMR-Impfung durch das Mitwirken der Ärzte des ÖGD deutlich besser werden. Zum Zeitpunkt des Schuleintritts ist das noch nicht so deutlich (21% gegenüber 14% bei Kindergarten-Aufnahme). Bei den 10-Jährigen wird aber landesweit eine Rate von 58% erreicht, die Spitzen gehen bis 72% (Kreis Schleswig). Hier wird der Erfolg der Intervention bei

	Anzahl
Eingesandt:	18.124
davon ▶ nicht auswertbar:	127
▶ verspäteter Eingang :	365
Gesamtauswertung:	17.632
(1 Monat bis 12 Jahre 10 Monate alt)	
davon ▶ jünger als 13 Monate:	111
▶ älter als 60 Monate:	2.240
▶ Kindergarten (1 bis 5 Jahre):	15.281
(= 13 Monate bis 60 Monate alt)	

Tab. 2: Einsendungen anonymisierter Kopien Ärztlicher Bescheinigungen zur Aufnahme in eine Kindertagesstätte, Schleswig-Holstein 2000

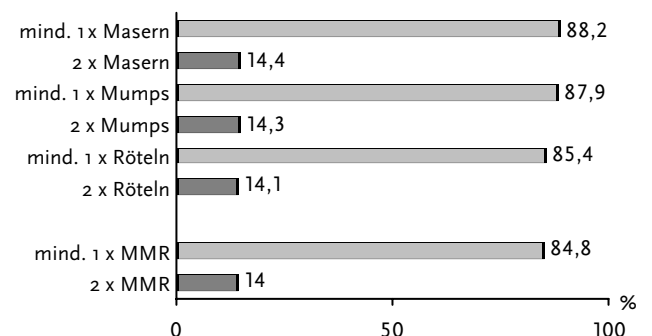


Abb. 3: MMR-Impfschutz bei Aufnahme in einen Kindergarten, Schleswig-Holstein 2000, Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (n = 15.281)

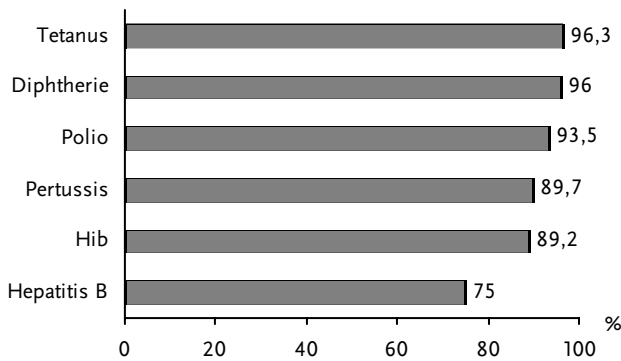


Abb. 4: Impfschutz gegen verschiedene Krankheiten bei Aufnahme in einen Kindergarten, Schleswig-Holstein 2000, Altersgruppe 1 bis 5 Jahre (n = 15.281)

den ehemaligen Schulanfängern sichtbar, sei es über den eigenen Kinder- oder Hausarzt, über die eigenen Impfsprechstunden, gleich während der Schulanfängeruntersuchung oder während der Untersuchungen in den 4. Klassen. Bei den 14-Jährigen haben im Jahr 2000 landesweit 63% die 2. MMR-Impfung erhalten.

Durch die MMR-Kombinationsimpfung sind die Impfraten bei Masern und Mumps fast gleich. Bemerkenswert ist, dass die Röteln-Impfraten noch zurückbleiben. Das ist bis in das höhere Lebensalter sichtbar.

**Impfschutz gegen Hepatitis B:** Bei Kindertagenaufnahme sind landesweit 75% der Kinder gegen Hepatitis B immunisiert. Damit wird die Erwartung bestätigt, dass die Einbe-

ziehung der Hepatitis-B-Komponente in die Kombinationsimpfstoffe den Hepatitis-B-Impfschutz sehr deutlich verbessern wird. Die jetzt 3- bis 4-Jährigen weisen damit bereits zum Schulbeginn hohe Impfraten auf. Ein Vergleich mit den Schulanfängern im Jahr 2000 zeigt, dass die 2½ bis 3 Jahre älteren Schulanfänger diese Raten noch nicht erreicht haben (Schleswig-Holstein insgesamt 49%). Die 10-Jährigen waren im Jahr 2000 zu 45% geimpft, die 14-Jährigen zu 48%. Die Impfung gegen Hepatitis B wurde erst 1995 in die Impfeempfehlungen aufgenommen.

**Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis und Hib-Infektionen:** Die Abbildung 4 zeigt, dass in den meisten Gebieten in Schleswig-Holstein die Zielvorgabe einer 90%igen Immunisierung überschritten ist: Polio, Diphtherie und Tetanus liegen deutlich darüber. Lediglich die Raten der Impfungen gegen Hib- und *Bordetella-pertussis*-Infektionen liegen knapp darunter (89,2% bzw. 89,7%).

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Herrn Dr. Hans-Martin Bader, Jugendärztlicher Dienst am Gesundheitsamt Flensburg (Norderstr. 58–60, 24939 Flensburg; Tel. 04 61 . 85–26 15, Fax 04 61 . 85–26 49). Dank für die Mitarbeit bei der Erstellung der Ergebnisse gilt Herrn Dr. Klaus Hammer, Chiron Behring Marburg, Herrn Günter Michels, Gesundheitsministerium Kiel, Frau Marita Hopster, Gesundheitsamt Flensburg, und Herrn Gerhard Schroeder, Flensburg.

- Landesverordnung zur Änderung der Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen vom 22. September 1999

## Invasive Meningokokken-Erkrankungen der Serogruppe C: Begrenzte Häufung im Department Puy de Dôme (Frankreich) – Empfehlungen für Reisende

Das Robert Koch-Institut wurde durch das *Institut de Veille Sanitaire* (InVS) in Paris darüber informiert, dass seit dem 1. Januar 2002 im **Department Puy de Dôme** (Auvergne, Frankreich), 17 Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen aufgetreten sind. Von den 15 durch Erregernachweis gesicherten Erkrankungen waren 11 (73%) durch Meningokokken der Serogruppe C verursacht, sechs von diesen betrafen Kinder unter 5 Jahren, drei der Erkrankten starben. Sechs der Erkrankungsfälle, darunter zwei mit tödlichem Ausgang, traten seit November 2001 auf. Drei Cluster mit insgesamt sieben Erkrankungsfällen betrafen die Stadt **Clermont-Ferrand**. Die Inzidenzrate der Erkrankungen durch Meningokokken der Gruppe C betrug im Department Puy de Dôme in den 12 Monaten seit der ersten Erkrankung 1,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (zum Vergleich: Frankreich insgesamt 0,3).

Die örtlichen französischen Behörden empfehlen seit Mitte Januar 2002 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 2 Monaten und 20 Jahren, die in diesem Gebiet wohnen, sowie Schülern, Studenten und Gruppenreisenden bis zum Alter von 25 Jahren, die dieses Gebiet besuchen, eine Meningokokken-Impfung. – Die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut vom Juli 2001 (s. a.

*Epid. Bull.* 28/01: 208) befürworten ausdrücklich eine Impfung für Schüler und Studenten vor einem Langzeitaufenthalt (das trafe z. B. für Austauschschüler zu) in Ländern bzw. Regionen, für die von den dortigen Behörden eine Schutzimpfung empfohlen wird. Für Kurzzeitreisende in hyperendemische oder epidemische Gebiete wird eine Schutzimpfung besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung ebenfalls empfohlen.

Die vorstehend aufgeführten Impfindikationen treffen gegenwärtig für Reisen in das **Department Puy de Dôme** zu und gelten, bis eine Normalisierung der Situation vor Ort eingetreten ist. Für **Kurzzeitreisende** ist eine Impfung mit einem geeigneten Polysaccharid-Impfstoff ausreichend; falls Impfungen bei Kindern unter zwei Jahren erforderlich werden, sind diese mit dem zur Verfügung stehenden konjugierten Meningokokken-C-Impfstoff durchzuführen. Bei **Langzeitaufenthalten** kann auch für andere Altersgruppen eine Impfung mit konjugiertem Impfstoff erwogen werden.

Bericht aus dem Zentrum für Infektionsepidemiologie im RKI. Ansprechpartner ist Herr PD Dr. W. Haas (E-Mail: HaasW@rki.de, Tel.: 01888.754–3431). Die Website des InVS bietet spezielle Informationen zur Situation: <http://www.invs.sante.fr>.

## Tularämie – ein weiterer Ausbruch im Kosovo

Nach Informationen des Regionalbüros für Europa der WHO in Kopenhagen sind seit dem 1. November 2001 in der zu Jugoslawien gehörenden Provinz Kosovo 487 Verdachtsfälle von Tularämie bekannt geworden. Von diesen wurden bisher 109 Fälle labor diagnostisch bestätigt, bei 167 fanden sich mikrobiologisch keine Hinweise auf Tularämie, 211 Erkrankungsfälle befinden sich noch in der diagnostischen und oder epidemiologischen Abklärung (Stand vom 23.01.2002). Die Erkrankungsfälle wurden in ländlichen Gebieten in mehreren Gemeinden in der Region um Priština entdeckt. Das Alter der Patienten liegt zwischen 16 und 44 Jahren, Todesfälle wurden bisher nicht bekannt. Der Ausbruch setzt sich noch fort und wird durch das *Institute of Public Health* (IPH) in Priština untersucht.

Bereits von August 1999 bis April 2000 waren etwa 700 Personen unter dem klinischem Verdacht auf Tularämie erkrankt (s. a. *Epid. Bull.* 18/2000: 146–147).

**Anmerkung:** Tularämie (Hasenpest) ist eine in Deutschland sehr selten gewordene, sonst aber weit verbreitete

durch *Francisella tularensis* verursachte Nagetierseuche, die durch direkten oder indirekten Klontakt zu infizierten Nagern (Hasen, Kaninchen Ratten, Mäuse u. a.) relativ leicht auf den Menschen übertragen werden kann. Wichtige Möglichkeiten der Übertragung sind Haut- oder Schleimhautkontakte zu Blut, Gewebe oder Ausscheidungen und das Verzehren nicht ausreichend erhitzten Fleisches infizierter Tiere. Auch das Trinken kontaminierten Wassers und das Einatmen erregerehaltigen Staubes können praktische Bedeutung erlangen. Leitsymptome sind Fieber und Lymphknotenschwellungen sowie spezielle Symptome im Zusammenhang mit der Eintrittspforte des Erregers (Ulzerationen, Konjunktivitis, Pneumonie, Leibschmerzen, Durchfall u. a.). Verlauf und Ausgang sind sehr von einer frühen Diagnose und antibiotischen Therapie (Streptomycin, Gentamycin, Doxycyclin, Ciprofloxacin) abhängig.

Informationen zu Tularämie bieten eine Übersicht im *Epidemiologischen Bulletin* 18/2000: 147 und ein aktuelles Merkblatt des RKI (publiziert in *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 12/2001: 1233–1234 und im Internet verfügbar unter: <http://www.rki.de/INFEKT/BIOTERROR/HASENPEST.PDF>.)

### Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) / Influenza – aktuelle Situation

Bei einem weiterhin insgesamt nur geringfügig erhöhten Niveau der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ohne erkennbare steigende Tendenz oder besondere Schwerpunkte setzt sich eine seit Jahresbeginn registrierte sporadische Influenza-Aktivität in **Deutschland** fort. Einzelne Nachweise von Influenzavirus betreffen überwiegend Infektionen durch den Typ B, aber auch durch den Typ A. Eine weitere Ausbreitung der Influenza ist wahrscheinlich. – In einer zunehmenden Zahl von **Nachbarländern** wird eine sporadische bis lokale Influenza-Aktivität beobachtet. In Frankreich, Belgien, Spanien und Portugal blieb die Influenza-Aktivität

nach deutlicher Zunahme in den letzten Wochen aber offenbar moderat (Stand: 2. Kalenderwoche). In Belgien wurde in der 3. Woche ein weiterer Anstieg beobachtet. Beobachtet wurden sowohl Influenzavirus A (H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) als auch B in regional unterschiedlicher Verteilung.

**Quelle:** Mitteilungen des Zentrums für Infektionsepidemiologie des RKI im Zusammenwirken mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover.

### Hinweise auf Veranstaltungen

#### 12. Freiburger Infektiologie- und Hygienegespräche

**Termin:** 31. Januar und 1. Februar 2002

**Ort:** Konzerthaus Freiburg

**Veranstalter:** BZH GmbH Beratungszentrum f. neue Standards im Hygienemanagement; Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. med. F. Daschner

**Auskunft/Anmeldung:** Frau Doris Federer, BZH GmbH, Stühlingerstr. 21, 79106 Freiburg, Tel.: 07 61 . 202 – 67 80, Fax: 07 61 . 202 – 67 811; Internet: [www.bzh-freiburg.de](http://www.bzh-freiburg.de)

#### Kurse für Hygienebeauftragte Ärzte

**Termine:** 18.–22. Februar 2002; 17.–21. Juni 2002; 9.–13. Dezember 2002

**Veranstalter:** Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

**Leitung und Anmeldung:** Prof. Dr. med. habil. V. Hingst, Präsident des LGA Baden-Württemberg, Wiederholdstr. 15, 70174 Stuttgart; Ansprechpartnerin: Frau Kamke, Tel.: 07 11 . 18 49 – 219, 07 11 . 212 – 42 06; Fax: 07 11 . 18 49 – 242; E-Mail: [kamke@lga.bwl.de](mailto:kamke@lga.bwl.de)

#### Intensivkurs Krankenhaushygiene

**Termin:** 26. Februar bis 2. März 2002

**Ort:** Berlin, Institut für Hygiene, Hindenburgdamm 27, Seminarraum

**Veranstalter:** Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene

**Auskunft/Anmeldung:**

Frau Ursula Gebhardt, Institut f. Hygiene, Haus II, Heubnerweg 6, 14059 Berlin; Tel.: 030 . 450570 022; Fax: 030 . 450570 904; E-Mail: [ursula.gebhardt@charite.de](mailto:ursula.gebhardt@charite.de)

**Hinweis:** Kurs mit praktischen Übungen; u. a. für Ärzte in Fort- und Weiterbildung; Teilnehmerzahl auf max. 30 Personen begrenzt

#### Einführungskurs in das NEO-KISS-Pilotprojekt

**Termin:** 11. März 2002, 11.00 bis 15.00 Uhr

**Ort:** Berlin, Institut f. Hygiene, Hindenburgdamm 27, Seminarraum E 24

**Veranstalter:** Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene

**Auskunft/Anmeldung:** Frau Ursula Gebhardt, Institut für Hygiene, Haus II, Heubnerweg 6, 14059 Berlin; Tel.: 030 . 450570 022; Fax: 030 . 450570 904; E-Mail: [ursula.gebhardt@charite.de](mailto:ursula.gebhardt@charite.de)

**Hinweis:** Für Ärzte und Pflegepersonal, kostenfrei. –

NEO-KISS (KISS = Krankenhaus-Infektions-Surveillance System) ist ein Surveillance-System für nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen auf neonatologischen Intensivstationen.

#### Wochenend-Seminar ›Reisemedizin‹

**Termine:** 15./16. März und 19./20. April 2002

**Veranstalter:** Institut für Tropenmedizin der Charité, Berlin

**Auskunft/Anmeldung:** Institut für Tropenmedizin, Tel.: 030 . 30 11 67 01

**Hinweis:** Die Veranstaltung ist DTG-zertifiziert.

#### 52. Jahrestagung zum 100-jährigen Bestehen der Deutschen STD-Gesellschaft

**Termine:** 19. und 20. April 2002; **Ort:** Universitätsklinikum Leipzig

**Veranstalter:** Deutschsprachige Gesellschaft zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten

**Organisation:** Knöchel Kongress- und Veranstaltungsservice,

Frau Gabriele Knöchel, Paul-Grüner-Str. 44, 04107 Leipzig;

Tel.: 0341 . 26 78 230, Fax: 0341 . 26 78 250;

E-Mail: [kongress-service-knoechel@t-online.de](mailto:kongress-service-knoechel@t-online.de)

Internet: <http://www.kvsknoechel.de/STD2002/>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 23.1.2002 (1. Woche 2002)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	81	81	61	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
Bayern	49	49	53	0	0	0	1	1	0	0	0	2	4	4	2
Berlin	17	17	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	3	0
Brandenburg	29	29	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1
Bremen	7	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	11	11	12	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
Hessen	23	23	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	23	23	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0
Niedersachsen	73	73	50	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1
Nordrhein-Westfalen	102	102	75	0	0	0	0	0	0	4	4	2	7	7	5
Rheinland-Pfalz	29	29	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Saarland	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	10	10	57	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	4	3
Sachsen-Anhalt	32	32	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	1
Schleswig-Holstein	22	22	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	28	28	36	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	4	4
<b>Gesamt</b>	<b>541</b>	<b>541</b>	<b>491</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>17</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C		
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
	2002		2001	2002		2001	2002		2001
Baden-Württemberg	3	3	5	3	3	5	9	9	8
Bayern	1	1	0	1	1	3	2	2	3
Berlin	3	3	0	1	1	0	0	0	0
Brandenburg	2	2	3	1	1	1	0	0	3
Bremen	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Hamburg	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1	1	4	1	1	2	0	0	4
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Niedersachsen	1	1	1	0	0	3	3	3	2
Nordrhein-Westfalen	3	3	8	7	7	6	13	13	4
Rheinland-Pfalz	0	0	0	2	2	1	0	0	3
Saarland	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Thüringen	0	0	2	0	0	0	0	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>28</b>

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, EHEC, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**.



Stand v. 23.1.2002 (1. Woche 2002)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
1.	1.-1.	1.-1.	1	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	
47	47	48	2	2	3	7	7	4	7	7	1	83	83	16	Baden-Württemberg
31	31	30	4	4	1	6	6	1	7	7	0	79	79	10	Bayern
28	28	2	5	5	1	0	0	0	1	1	0	17	17	0	Berlin
20	20	21	0	0	0	2	2	3	0	0	0	47	47	12	Brandenburg
2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Bremen
15	15	15	0	0	0	2	2	2	0	0	1	18	18	0	Hamburg
21	21	38	1	1	2	4	4	1	0	0	0	37	37	6	Hessen
25	25	4	0	0	0	5	5	4	0	0	47	26	26	21	Mecklenburg-Vorpommern
49	49	31	0	0	0	13	13	6	1	1	5	46	46	16	Niedersachsen
137	137	94	2	2	0	20	20	7	0	0	0	132	132	58	Nordrhein-Westfalen
17	17	14	0	0	0	2	2	2	0	0	0	63	63	9	Rheinland-Pfalz
10	10	15	0	0	0	3	3	0	0	0	0	6	6	6	Saarland
26	26	35	0	0	3	7	7	8	18	18	73	43	43	59	Sachsen
8	8	8	0	0	0	3	3	3	25	25	0	61	61	9	Sachsen-Anhalt
15	15	12	0	0	0	5	5	0	0	0	0	3	3	5	Schleswig-Holstein
15	15	16	0	0	0	6	6	8	0	0	0	29	29	38	Thüringen
466	466	385	14	14	10	85	85	49	59	59	127	690	690	266	Gesamt

Meningokokken-Erkr.										Masern			Tuberkulose			Land
1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.								
2002		2001	2002		2001	2002		2001								
3	3	2	1	1	0	12	12	13						Baden-Württemberg		
5	5	1	54	54	1	2	2	10						Bayern		
0	0	0	0	0	0	0	0	0						Berlin		
1	1	1	0	0	0	1	1	3						Brandenburg		
0	0	0	0	0	0	1	1	1						Bremen		
1	1	0	0	0	0	5	5	3						Hamburg		
1	1	2	0	0	3	6	6	4						Hessen		
0	0	0	0	0	0	0	0	0						Mecklenburg-Vorpommern		
2	2	1	53	53	0	6	6	4						Niedersachsen		
3	3	4	18	18	1	17	17	12						Nordrhein-Westfalen		
1	1	0	3	3	0	0	0	0						Rheinland-Pfalz		
0	0	0	0	0	0	0	0	5						Saarland		
0	0	1	6	6	0	3	3	4						Sachsen		
1	1	0	0	0	0	0	0	5						Sachsen-Anhalt		
1	1	0	0	0	1	1	1	2						Schleswig-Holstein		
1	1	1	0	0	2	0	0	0						Thüringen		
20	20	13	135	135	8	54	54	66						Gesamt		

Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Quartal** und das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Stand v. 23.1.2002 (1. Woche 2002)

Krankheit	1. Woche 2002	1.–1. Woche 2002	1.–1. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	2	2	0	104
Influenza	4	4	8	2460
Legionellose	5	5	0	325
FSME	2	2	0	210
Haemophilus-infl.-Infektion	0	0	2	74
Humane spongif. Enz. *	1	1	3	56
Listeriose	3	3	4	204
Brucellose	0	0	0	21
Hantavirus-Infektion	2	2	2	181
Leptospirose	0	0	0	42
Ornithose	0	0	0	52
Q-Fieber	0	0	1	290
Tularämie	0	0	0	3
Giardiasis	26	26	8	3863
Kryptosporidiose	6	6	0	1476
Trichinellose	0	0	0	7

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:****► Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS):**

- Berlin, 40 Jahre, männlich (13. Woche 2001)
- Schleswig-Holstein, 2 Jahre, männlich (24. Woche 2001)
- Niedersachsen, 70 Jahre, weiblich (36. Woche 2001)
- Sachsen, 1 Jahr, männlich (38. Woche 2001)
- Niedersachsen, 2 Jahre, weiblich (40. Woche 2001)
- Niedersachsen, 3 Jahre, männlich (47. Woche 2001)
- Bayern, 1 Jahr, weiblich (49. Woche 2001)
- Niedersachsen, 3 Jahre, weiblich (50. Woche 2001)  
(47. bis 54. Fall im Jahr 2001)

**► Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF):**

- Sachsen, 15 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Thailand
- Nordrhein-Westfalen, 18 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Dominikanischer Republik
- Nordrhein-Westfalen, 60 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Rückkehr aus Mexiko  
(1. bis 3. Dengue-Fall in diesem Jahr)

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, HUS, konatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von HUS oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Infektionen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Humanen spongiformen Enzephalopathie enthalten.

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20  
13353 BerlinTel.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2328  
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 01888.754-2457  
E-Mail: kiehlu@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455  
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

**Vertrieb und Abonentenservice**Vertriebs- und Versand GmbH  
Düsterhauptstr. 17  
13469 Berlin  
Abo-Tel.: 030.403-3985**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen Netzwerkes einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter:  
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

**Druck**

Paul Fieck KG, Berlin

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273