



Epidemiologisches Bulletin

9. Juni 2006 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Surveillance nosokomialer Infektionen gemäß § 23 IfSG in einem Berliner Krankenhaus

Mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren gemäß § 23 IfSG zur Surveillance, d. h. zur Erfassung und Bewertung von bestimmten vom RKI festgelegten nosokomialen Infektionen sowie von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen verpflichtet. Die erhobenen Daten dienen nicht zuletzt auch dem Qualitätsmanagement. Auf ihrer Grundlage sollen gegebenenfalls erforderliche Interventionsmaßnahmen zum Schutz der Patienten vor nosokomialen Infektionen möglich werden und deren Erfolg objektivierbar sein. Dabei wird von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI empfohlen, die Methoden etablierter Surveillance-Systeme wie des vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen etablierten Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) anzuwenden (s. unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene). Unter der Voraussetzung der Anwendung identischer Definitionen für nosokomiale Infektionen ist ein orientierender Vergleich mit Referenzdaten, die von KISS geliefert werden, möglich.

Die Aufzeichnungen werden in der Regel bei den Begehungen der Krankenhäuser durch das zuständige Gesundheitsamt eingesehen (s. a. Epid. Bull. 29/05). Dabei zeigt die Erfahrung, dass durch eine unterschiedliche Wahrnehmung der Bedeutung der gesetzlichen Vorschrift seitens der Einrichtungen die Qualität der Aufzeichnungen schwankt und die Nutzung für das Qualitätsmanagement sehr unterschiedlich ist. An dieser Stelle sollen in loser Folge Erfahrungen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Umsetzung von § 23 Abs. 1 veröffentlicht werden.

Das folgende Beispiel einer internistischen Klinik in Berlin zeigt, wie durch persönliches Engagement ein effektives Surveillance-System etabliert werden kann, das sich an den Bedürfnissen des jeweiligen Krankenhauses orientiert und dadurch in der täglichen Praxis hohe Akzeptanz findet.

Die Klinik betreibt 138 Überwachungsbetten und 12 Intensivbetten. Pro Jahr werden ca. 2.900 Patienten nach überwiegend kardiochirurgischen Operationen und vor oder nach Herz- oder Lungentransplantationen versorgt. Durch dieses Patientenspektrum ergeben sich besondere infektiologische Risiken und infektionspräventive hygienische Herausforderungen.

Anspruch der Nachsorgeklinik war, ein System zu entwickeln, das sich methodisch an KISS orientiert und gleichzeitig eine Verknüpfung der im Rahmen der Surveillance nach § 23 IfSG zu erhebenden Parameter mit den schon routinemäßig EDV-gestützt aufgezeichneten Patientendaten ermöglicht. Hierzu wurde ein System zur Erfassung von Infektionen und zur Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen etabliert. Nachdem die technischen Voraussetzungen geschaffen waren und sowohl das Pflegepersonal als auch das ärztliche Personal geschult worden war, ist der Zeitaufwand für die Registrierung der Daten gering. So benötigt das Pflegepersonal beispielsweise für die Erfassung und Dokumentation der „Device-Tage“ und Beatmungstage pro Tag und Patient etwa 1–2 Minuten. Die Erfassung nosokomialer Infektionen durch die Ärzte nimmt etwa 5 Minuten pro Patient und Infektion in

Diese Woche

23/2006

Krankenhaushygiene:

- ▶ Bericht eines Gesundheitsamtes zur Umsetzung des § 23 IfSG am Beispiel eines Berliner Krankenhauses
- ▶ Berücksichtigung der MRSA-Problematik im Fallpauschalensystem

Masern:

RKI zum Gefahrenhinweis der PAHO anlässlich der Fußball-WM

Publikationshinweise:

- ▶ Desinfektionsmittelliste des VAH erschienen
- ▶ Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten in aktualisierter Fassung erschienen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
20. Woche 2006
(Stand: 7. Juni 2006)



Anspruch. Eine den gestellten Erwartungen entsprechende Qualität der Erfassung dieser Infektionen kann jedoch nur durch aktive Maßnahmen wie Schulungen und Sensibilisierung für die Problematik gewährleistet werden.

Obwohl die Methode der Datenerfassung eine zeitnahe Analyse mit den damit verbundenen Möglichkeiten für eine rasche Intervention und Erfolgskontrolle bietet, ist der Zeitraum seit Einführung des Systems noch zu kurz und die Patientenzahlen sind noch zu gering, um statistisch nachweisbare Erfolge aufzuzeigen. Allerdings konnte bereits ein Rückgang der MRSA-Inzidenzdichte dokumentiert werden.

Nach Einschätzung des zuständigen Gesundheitsamtes ist die Entwicklung und Implementierung des Systems zum einen dem infektiologischen Sachverstand des ärztlichen Direktors zu verdanken, der in der Surveillance primär eine Strategie zur Bewältigung klinikspezifischer infektiologischer Probleme und nicht nur die lästige Erfüllung einer gesetzlichen Vorschrift sieht. Eine wichtige Bedingung für die Realisierung des Projektes war – neben fundierten Kenntnissen auf dem Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung – sein ständiges Bestreben, Strukturen und Abläufe zu standardisieren und zu optimieren.

Zum anderen trafen diese etablierten Strukturen synergistisch auf einen engagierten hygienebeauftragten Ober-

arzt, der mit persönlichem Einsatz und infektionsepidemiologischem Sachverstand das Projekt weiter entwickelte. Er wertet die Daten fortlaufend aus und publiziert die Ergebnisse im hauseigenen Intranet. Auch die Mitarbeiter werden von ihm in die Erfassung eingewiesen und geschult.

Durch die Kooperation mit einem kompetenten Labor ist zudem eine unmittelbare Übertragung von mikrobiologischen Befunden in das System möglich.

Dieses aus Sicht des ÖGD erfreuliche Beispiel der Umsetzung des § 23 IfSG in der Praxis zeigt vor dem Hintergrund der Erfahrung mit anderen Einrichtungen, dass die bestehenden Vorgaben in Form von Gesetzen und Umsetzungsempfehlungen eine wichtige Voraussetzung für sachgerechtes Handeln sind, die aber nur in Verbindung mit persönlichem Engagement von Entscheidungsträgern in einem Krankenhaus zum Erfolg führen. Unter solchen Gegebenheiten können personelle und strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, die es ermöglichen, die gesetzlich vorgesehene Surveillance nosokomialer Infektionen zum Wohle des Patienten mit Leben zu erfüllen.

Dank für diesen Bericht gilt Frau Dr. Gabriele Sinn, Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin (E-Mail: Gabriele.Sinn@ba-cw.verwalt-berlin.de).

Zur Berücksichtigung der MRSA-Problematik im Fallpauschalensystem – diagnosebezogenes Entgeltsystem (DRG)

Die sachgerechte Betreuung von Patienten, die mit MRSA besiedelt oder infiziert sind, ist mit Mehrkosten verbunden. Um diese im Fallpauschalensystem bei der Vergütung (diagnosebezogenes Entgeltsystem – DRG) adäquat zu berücksichtigen, hat sich eine Arbeitsgruppe der DGHM (s. u.) gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften um die Aufnahme entsprechender Aspekte im G (German)-DRG-System bemüht. Näheres hierzu wurde in einem Beitrag der Arbeitsgruppe im *Deutschen Ärzteblatt* im März dieses Jahres erläutert, auf den an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen wird (s. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 103, Heft 12, 24.3.2006, S. A 760-61, Leserbrief in Heft 16, 21.4.2006, S. A 1067), da Unsicherheiten hinsichtlich einer angemessenen Berücksichtigung der Problematik geeignet sind, die Umsetzung der gebotenen diagnostischen und infektionspräventiven Maßnahmen zu hemmen.

Resistenzcodes im ICD-10 (U80.0-U85)

Gemeinsam mit verschiedenen infektiologisch orientierten Fachgesellschaften hat die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) neben einer verbesserten Kodierung für Krankheitserreger überhaupt einen Vorschlag für die Kodierung multiresistenter Krankheitserreger erarbeitet, der vom DIMDI in die deutsche Version des ICD-10 übernommen wurde.^{1,2} Grundlage der U80.0-U85 Codes waren die zum Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom Robert Koch-Institut gemäß § 4 und § 23 IfSG festgelegten Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie die entsprechenden Umsetzungsempfehlungen zur Surveillance nosokomialer Infektionen.^{3,4} Darüber hinaus

sieht der ICD-10 nun die Kodierung von Hygienemaßnahmen beim Vorliegen bestimmter Sachverhalte vor, die bisher allerdings ebenfalls noch nicht besonders vergütet werden.

OPS-Kodes Komplexbehandlung multiresistenter Erreger

Die DGHM^{1,2} hat sich in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) um einen weiteren wichtigen Baustein im DRG-System für das Jahr 2006 bemüht. Erstmals soll es einen Prozedurenkode für die Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern geben: Beim Vorliegen einer Besiedlung oder Infektion mit speziellen multiresistenten Krankheitserregern kann ab Januar 2006 der dadurch entstehende zusätzliche Aufwand durch den neuen OPS-Kode 8-987 kodiert werden.

Grundlage dieses OPS-Kodes waren die Empfehlungen zu Maßnahmen bei Patienten mit MRSA.⁴ Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Erfüllung von Mindestmerkmalen gelegt, die auch geeignet sind, das Vorgehen zu vereinheitlichen. Auch die Durchführung von diagnostischen Untersuchungen wurde in diesen Kode aufgenommen. Nur wenn diese Erreger gesucht werden, kann auf dieses Problem reagiert werden. Um den neuen OPS-Kode anwenden zu können, muss ein entsprechender Erreger- (B95.0-B97.9) und ein Resistenzkode U80.0-U85 vorliegen.

- Leitritz L, Gärtner B, Kniehl E, Mauch H, Pietzcker T, Straube E: Bericht DRG Arbeitsgruppe der DGHM zu den Auswirkungen der DRGs (Diagnosis Related Groups) auf Mikrobiologie, Infektiologie und Hygiene. *Hyg Mikrobiol* 2003; 7 (3): 109-116
- Leitritz L, Kniehl E, Sing A, Gärtner B, Pietzcker T, Straube E, Mauch H: Vorläufiger Kodierleitfaden ICD-10 Kode – Verschlüsselung von Infektions-

krankheiten und Infektionserregern unter DRG-Bedingungen erstellt von der DRG-AG der DGHM in Zusammenarbeit mit GfV, BÄMI, DGIM, DGI, DGPI, PEG, DAIG, DGKH, AKM und NRZ für Borrelien. Mikrobiologe 2003; 13 (5): 192–204

3. www.rki.de, dort: Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene > Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen
4. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI. Bundesgesundheitsbl

– Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 1999; 42 (12): 954–958; s. a.: www.rki.de; dort: Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie Informationen zu ausgewählten Erregern

Dank für diesen Beitrag gilt Herrn Dr. E. Kniehl, Klinikum Karlsruhe; Herrn Dr. L. Leitritz, Ludwig-Maximilians-Universität München; Herrn Dr. T. Pietzcker, Universitätsklinik Ulm; Frau Prof. Dr. B. Gärtner, Universitätsklinik Homburg/Saar; Herrn Prof. Dr. H. Mauch, Lungenklinik Heckeshorn, sowie Herrn Prof. Dr. E. Straube, Friedrich-Schiller-Universität Jena, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: eberhard.straube@med.uni-jena.de).

RKI zum Hinweis der PAHO zur Gefahr einer Maserninfektion während der Fußball-WM

Im Vorfeld der Fußball-Weltmeisterschaft in Deutschland hat die *Pan American Health Organization* (PAHO) im Hinblick auf den aktuellen Masernausbruch in Nordrhein-Westfalen (NRW) und kürzlich abgelaufene bzw. noch andauernde Ausbrüche in weiteren europäischen Ländern (Dänemark, Griechenland, Spanien, Schweden, Ukraine) in einem *Epidemiological Alert* am 25. Mai 2006 nicht-immune Reisende aus der WHO-Region Amerika auf die Gefahr hingewiesen, sich bei einem Aufenthalt in bestimmten Regionen NRWs mit dem Masernvirus zu infizieren zu können (s. www.paho.org). Generell wird von der PAHO in diesem Zusammenhang ausdrücklich eine Überprüfung der Immunität bzw. des Impfschutzes angeraten und empfohlen, ggf. erforderliche Impfungen bei diesem Anlass nachzuholen. Mitarbeiter im Gesundheitswesen wurden vorsorglich auf die Möglichkeit importierter Maserninfektionen hingewiesen. Hintergrund für diesen Hinweis ist die Tatsache, dass die WHO-Region Amerika seit 1994 masernfrei ist.

Unabhängig von geplanten Reisen in Regionen mit aktuellen Masernausbrüchen empfiehlt das RKI grundsätzlich allen Personen, ihren Impfschutz gegen Masern und auch gegen andere durch Impfung vermeidbare Krankheiten selbst zu prüfen oder von einem Arzt überprüfen zu lassen (z. B. Impfschutz gegen Tetanus und Diphtherie regelmäßig). Fehlende bzw. noch erforderliche Impfungen sollten bei dieser Gelegenheit nachgeholt oder durchgeführt werden. Die Impfung gegen Masern gehört zu den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI grundsätzlich

empfohlenen „Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene“ (s. a. *Epid. Bull.* 30/2005). Nichtgeimpfte Kinder und Jugendliche, die nicht bereits sicher an Masern erkrankt gewesen sind und bei denen keine Kontraindikationen gegen eine Impfung vorliegen, benötigen für einen ausreichenden Impfschutz zwei Impfungen mit einem Abstand von mindestens 4 Wochen.

Im Rahmen des derzeit in NRW beobachteten Masernausbruchs sollte die mögliche Indikation zum Nachholen einer Masernimpfung (MMR) auch für Erwachsenen geprüft werden und ein Schutz gegen eine Infektion ggf. durch eine Impfung gesichert werden. Die STIKO empfiehlt eine Impfung von Personen über 18 Jahren (mit MMR-Impfstoff) für ungeimpfte bzw. empfängliche Personen in Einrichtungen der Pädiatrie, in der Onkologie und bei der Betreuung von Immundefizienten sowie in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter sowie eine postexpositionelle Impfung für Kinder und Jugendliche sowie andere gefährdete Personen in Gemeinschaftseinrichtungen mit Kontakt zu Masernerkrankten. Darüber hinaus ist auf Grund der bestehenden Zulassung des Impfstoffes und der STIKO-Empfehlungen eine Impfung unter Berücksichtigung der persönlichen individuellen Gesundheitsgefährdung möglich. Besonders für junge Erwachsene mit Kontakt zu an Masern erkrankten Personen im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens sollte ein Schutz gegen die Erkrankung vorliegen, insbesondere auch um die Weiterverbreitung der Erkrankung zu verhindern.

Publikationshinweise

Desinfektionsmittel-Liste des VAH soeben erschienen

Die Desinfektionsmittel-Liste des VAH (Verbund für Angewandte Hygiene) e.V. mit Stand Januar 2006 ist in gedruckter Form erschienen. Diese Liste wurde von der Desinfektionsmittel-Kommission des VAH in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstellt. Sie stellt eine Bestandsaufnahme aller am 1. Januar 2006 gültigen von dieser Kommission zertifizierten Verfahren dar. Die Zertifizierung erfolgte auf Basis der durch die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) festgelegten Standardmethoden zur Prüfung chemischer Desinfektionsverfahren für die prophylaktische Desinfektion und die hygienische Händewaschung. Die Liste ist Grundlage für die Auswahl von Desinfektionsmitteln für die routinemäßige und prophylaktische Desinfektion in Krankenhaus und Praxis sowie in öffentlichen Einrichtungen und anderen Bereichen, in denen Infektionen übertragen werden können. Sie kann als Druckversion erworben werden. Zudem besteht die Möglichkeit, eine Lizenz für eine monatlich aktualisierte Internetpräsentation (PDF) mit Firmenverzeichnis sowie Zusatzinformationen zu erwerben. Weitere Informationen unter www.vah-online.de.

RKI veröffentlicht Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten in aktualisierter Fassung

Die „Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten“ – erschienen in 3., aktualisierter Auflage, ISBN 3-89606-059-3 – richten sich in erster Linie an Ärzte, die von Patienten nach Tropenreisen aufgesucht werden. Die aufgeführten Steckbriefe sollen kurz, aber umfassend über Infektionskrankheiten informieren, die in Deutschland nur selten vorkommen. Sie sollen helfen, diese zu erkennen und differenzialdiagnostisch abzugrenzen sowie auf weiterführende Informationen verweisen.

Zahlreiche Nachfragen, aber auch neue Infektionskrankheiten wie SARS und neue Verbreitungswege bekannter Infektionserreger wie des West-Nil-Virus in den USA machten eine Anpassung erforderlich. In einem Anhang werden Meldevorschriften für Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) angeführt.

Die „Steckbriefe“ werden auch auf den **Internetseiten** des RKI veröffentlicht (www.rki.de). **Bestellung der Printversion** zum Preis von 4 € bei: RKI, Bereich Wernigerode, ZV 33, Burgstr. 37, 38855 Wernigerode.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.6.2006 (20. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
	2006			2005			2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	97	1.398	1.642	5	43	35	10	108	81	83	1.137	1.209	1	45	39		
Bayern	70	1.421	1.832	5	53	89	18	303	258	140	1.458	1.495	6	64	69		
Berlin	32	523	839	0	5	18	1	34	73	23	414	450	0	22	38		
Brandenburg	25	440	586	0	9	14	2	109	73	24	474	493	0	6	12		
Bremen	7	81	199	0	1	1	0	13	7	2	53	70	0	1	0		
Hamburg	32	435	617	1	7	7	0	10	6	12	175	204	0	13	10		
Hessen	35	785	960	0	5	4	2	50	43	55	692	873	0	14	31		
Mecklenburg-Vorpommern	14	406	453	0	1	2	5	139	107	21	317	243	0	4	1		
Niedersachsen	75	1.077	1.449	4	38	37	9	95	60	69	1.035	1.208	1	9	11		
Nordrhein-Westfalen	237	3.804	4.754	4	94	60	24	502	400	169	2.339	2.497	0	19	19		
Rheinland-Pfalz	26	701	866	0	9	20	4	96	92	51	798	856	0	6	10		
Saarland	7	250	273	1	4	2	1	13	12	11	158	175	0	1	1		
Sachsen	33	1.122	1.359	0	22	19	11	337	267	85	880	959	0	18	43		
Sachsen-Anhalt	17	419	472	0	11	13	9	209	237	16	595	598	0	6	11		
Schleswig-Holstein	41	538	668	4	22	20	1	31	47	21	259	383	0	1	9		
Thüringen	23	424	500	0	7	5	6	138	165	40	528	627	1	14	16		
Deutschland	771	13.824	17.469	24	331	346	103	2.187	1.928	822	11.312	12.340	9	243	320		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
	2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	0	30	34	1	48	54	27	540	462		
Bayern	4	64	59	3	40	62	31	601	760		
Berlin	3	40	38	0	21	30	15	360	369		
Brandenburg	0	7	12	1	6	1	0	37	39		
Bremen	0	6	8	0	1	4	2	9	12		
Hamburg	0	7	15	0	14	8	0	25	21		
Hessen	3	59	48	0	32	35	7	165	187		
Mecklenburg-Vorpommern	1	8	5	2	6	9	1	40	32		
Niedersachsen	1	35	40	3	34	40	10	237	290		
Nordrhein-Westfalen	1	72	109	4	124	106	20	435	531		
Rheinland-Pfalz	2	30	23	0	26	39	6	180	248		
Saarland	0	4	3	0	5	6	1	18	19		
Sachsen	0	10	14	0	17	8	5	99	105		
Sachsen-Anhalt	0	6	7	0	6	28	8	76	91		
Schleswig-Holstein	0	12	19	1	14	9	3	105	100		
Thüringen	1	7	8	0	21	14	3	66	63		
Deutschland	16	397	442	15	415	453	139	2.993	3.329		

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,

Stand v. 7.6.2006 (20. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
6	92	125	80	3.966	3.267	125	3.788	2.194	14	242	235	4	33	22	Baden-Württemberg
11	195	195	100	3.077	3.127	212	6.284	4.460	11	205	366	4	23	9	Bayern
1	49	54	56	1.896	3.033	15	1.885	2.006	5	116	137	4	23	14	Berlin
8	64	84	20	1.716	3.395	64	3.712	3.144	0	17	36	0	9	16	Brandenburg
1	7	13	18	255	368	5	281	207	0	13	27	0	6	5	Bremen
4	27	41	80	2.015	878	18	1.250	849	3	34	53	0	3	2	Hamburg
8	93	83	33	1.139	2.129	57	2.111	1.671	4	82	91	1	4	6	Hessen
4	64	53	14	1.323	2.622	100	3.160	2.840	3	62	95	3	48	44	Mecklenburg-Vorpommern
11	166	181	148	3.186	4.255	87	4.562	2.591	3	71	113	1	29	25	Niedersachsen
11	257	318	250	5.766	7.916	214	8.731	5.782	7	239	332	2	34	40	Nordrhein-Westfalen
9	91	130	29	1.307	2.662	130	2.679	1.772	2	87	63	0	5	6	Rheinland-Pfalz
1	30	41	4	64	645	16	503	400	0	13	14	0	1	1	Saarland
6	208	270	48	4.321	5.942	159	7.793	7.394	4	72	183	0	29	65	Sachsen
5	119	123	117	1.707	1.691	52	3.312	4.102	2	38	76	2	11	16	Sachsen-Anhalt
3	69	71	12	905	947	18	1.109	781	1	25	25	0	2	3	Schleswig-Holstein
13	167	155	41	2.918	2.595	111	3.821	2.666	1	24	45	0	9	8	Thüringen
102	1.698	1.937	1.050	35.561	45.472	1.383	54.981	42.859	60	1.340	1.891	21	269	282	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
0	28	33	2	88	11	6	236	291	Baden-Württemberg	
0	53	50	1	47	110	11	286	388	Bayern	
1	13	13	8	26	10	6	135	139	Berlin	
1	10	10	0	3	3	2	41	71	Brandenburg	
0	3	2	0	1	1	1	36	25	Bremen	
0	3	6	0	10	2	6	78	61	Hamburg	
1	12	19	2	41	247	9	179	227	Hessen	
1	5	8	0	0	1	0	37	58	Mecklenburg-Vorpommern	
0	24	38	2	14	25	3	160	175	Niedersachsen	
4	91	85	75	1.278	16	26	540	576	Nordrhein-Westfalen	
0	9	12	1	28	13	5	69	123	Rheinland-Pfalz	
1	4	6	0	0	0	1	37	35	Saarland	
0	12	16	0	1	8	2	62	94	Sachsen	
1	14	8	0	1	1	6	51	71	Sachsen-Anhalt	
1	7	7	6	24	3	2	47	48	Schleswig-Holstein	
0	8	20	3	5	0	2	56	59	Thüringen	
11	296	333	100	1.567	451	88	2.050	2.441	Deutschland	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.6.2006 (20. Woche 2006)

Krankheit	20. Woche 2006	1.–20. Woche 2006	1.–20. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	5	163	49	138
Brucellose	0	9	10	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	29	88
Dengue-Fieber	0	57	38	144
FSME	0	2	17	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	12	27	79
Hantavirus-Erkrankung	0	16	139	448
Influenza	15	3.711	12.578	12.735
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	3	54	31	70
Legionellose	4	162	154	556
Leptospirose	1	14	12	58
Listeriose	5	165	146	510
Ornithose	1	15	6	33
Paratyphus	1	15	20	56
Q-Fieber	7	41	28	416
Trichinellose	0	18	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	1	30	42	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:**Bayern, 27 Jahre, männlich (Infektionsland Mauritius)
(25. Chikungunya-Fall 2006)

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, 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 BerlinTel.: 030 18.754-0
Fax: 030 18.754-26 28
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 030 18.754-23 24 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 030 18.754-24 55
Fax.: 030 18.754-24 59
E-Mail: FehrmannS@rki.de**Vertrieb und Abonentenservice**Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.94 87 81-3**Das Epidemiologische Bulletin**

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

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

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A 14273