



Epidemiologisches Bulletin

26. Juli 2010 / Nr. 29

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Landesimpfkampagne in Nordrhein-Westfalen 2007/2008

Im Jahr 2006 erlebte Nordrhein-Westfalen (NRW) einen Masernausbruch in **Duisburg** und den angrenzenden Kommunen, der mit mehr als 1.700 erfassten Fällen zu den größten Ausbrüchen der letzten Jahre gehörte. 2007 gab es einen weiteren Ausbruch in NRW im Regierungsbezirk **Düsseldorf**. Bei beiden Ausbrüchen waren zu 95 Prozent ungeimpfte Schüler betroffen, und zwar überwiegend die Altersgruppen zwischen 9 und 18 Jahren.

Daraufhin wurden sofortige schulbasierte, auf ältere Schüler zielende Catch-up-Impfkampagnen gefordert, um kritische Impflücken zu schließen.¹ Anders sei die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geplante Elimination von Masern in Deutschland und damit in Europa bis zum Jahr 2010 nicht zu erreichen.

Da sich, gerade bei älteren Schülern und Jugendlichen in NRW, die Notwendigkeit zeigte, die Impfraten für Masern, Mumps und Röteln (MMR) zu verbessern, beschloss die Landesregierung im Frühsommer 2007, eine Landesimpfkampagne durchzuführen. Das Ziel war, in einer koordinierten Aktion aller 54 Gesundheitsämter an allen weiterführenden Schulen Impflücken zu identifizieren und diese im Rahmen eines aufsuchenden zusätzlichen MMR-Impfangebotes, das freiwillig angenommen werden konnte, zu schließen.

Das Projekt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) wurde von mehreren Kooperationspartnern unterstützt. Eine tragende Rolle spielte dabei der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), der die Überprüfung der Impfausweise und die Durchführung der Impfungen an der Schule selbst oder in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten organisierte und durchführte. Eltern konnten ihre Kinder auch vom Haus- oder Kinderarzt gegen MMR impfen lassen und dabei andere in diesem Rahmen identifizierte Impflücken schließen lassen.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen personellen und organisatorischen Ausstattung der Gesundheitsämter waren nicht überall flächendeckende Impfaktionen/Impfpasskontrollen möglich. Somit waren eine große Schwankungsbreite bezüglich der Anzahl aufgesuchter Schulen, der überprüften Impfpass und der Vollständigkeit des überprüften Impfstatus sowie erhebliche Unterschiede in der Umsetzung des Impfangebotes an den Schulen zu erwarten.

Rahmenbedingungen

Gesundheitsämter, die sich an der Landesimpfkampagne beteiligten, wurden finanziell unterstützt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen boten Hilfe durch die niedergelassene Ärzteschaft an. Die Kampagne begann im November 2007 und endete zum Schuljahresende im Juni 2008. Es sollten alle Schüler weiterführender Schulen der Altersgruppen 10 bis 18 Jahre angesprochen werden. Nach Möglichkeit sollte der komplette Impfstatus, mindestens aber der für MMR, anonymisiert erhoben werden. Daneben war ein aufsuchendes Impfangebot für die Masernimpfung Kernstück der Kampagne.

Weitere Bestandteile des Projekts waren individuelle Impfpfehlungen für alle anderen fehlenden Impfungen, die landesweit ausgewertet werden sollten,

Diese Woche

29/2010

Schutzimpfungen

Landesimpfkampagne in NRW
2007/2008

Infektionsschutzgesetz

Hinweise zur Meldepflicht
für Labore

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

26. Woche 2010

(Datenstand: 21. Juli 2010)



sowie eine Fragebogenaktion für Schüler und Lehrer zu ihrem Wissen und ihrer Einstellung zum Thema Impfen. Zu der Fragebogenaktion erfolgt eine gesonderte Auswertung und Veröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin*.

Zur Kosten- und Arbeitersparnis wurden den unteren Gesundheitsbehörden verschiedene Form- und Aufklärungsblätter zur Verfügung gestellt. Alle Teilnehmer erhielten regelmäßig Info-E-Mails über aktuelle Themen im Zusammenhang mit der Kampagne.

Das Gesundheitsministerium richtete eine Stabsstelle für Anfragen per E-Mail und Telefon ein, die von Gesundheitsämtern, niedergelassenen Ärzten, Lehrern, Eltern und Schülern rege genutzt wurde.

Ergebnisse

Der Großteil der Kommunen nutzte die vorgeschlagenen Formblätter zur Erfassung der Standardimpfdaten. Einige Kommunen stellten Excel-Dateien zur Verfügung, die in den Datenbestand eingespeist werden konnten. Als Mindestkriterium für die Auswertbarkeit eines Datensatzes (Einschlusskriterien) wurde ein Alter zwischen 10 und 40 Jahren, die Angabe des Geschlechts und mindestens die Angabe des Masernimpfstatus festgelegt. Danach wurde bei 95,1% der Impfdokumente der MMR-Impfstatus überprüft, bei 69,5% der komplette Impfstatus. Gelegentlich wurde auch ausschließlich der Masernimpfstatus erfasst.

Teilnehmende Kommunen

Von 54 nordrhein-westfälischen Kommunen nahmen 51 an der Landesimpfkampagne teil. In NRW gab es im Jahr 2008 laut Schulliste mehr als 2.800.000 Schüler an weiterführenden Schulen. Davon besuchten 900.614 Schüler eine Schule, die an der Landesimpfkampagne teilnahm. Da meist nur einzelne Jahrgänge angesprochen wurden, lagen letztlich von 264.634 Schülern (9,4% aller Schüler in NRW) auswertbare Datensätze vor. Der Umfang, in dem die Kommunen an der Landesimpfkampagne teilnahmen, war sehr

unterschiedlich. Im Mittel wurden von 12,5% (0,8%–55,8%) der Schüler pro Kommune auswertbare Datensätze geliefert.

Schüler

Zielgruppe der Landesimpfkampagne waren 10- bis 18-jährige Schüler, 95,5% der auszuwertenden Impfausweise stammten von Schülern dieser Altersgruppe. 4,5% gehörten der Altersgruppe 19 bis 40 Jahre an.

Bei den Schülern in der Altersgruppe 10 bis 18 Jahre ist die Geschlechterverteilung etwa gleichmäßig (49,1% Jungen, 50,9% Mädchen), bei Schülern ab 19 Jahren wurden weniger Impfpässe von Jungen (38,3%) erfasst als von Mädchen (61,7%).

Die meisten Kommunen überprüften hauptsächlich den Impfstatus von Schülern aus Gymnasien (im Mittel 36,2% der Daten), Realschulen (im Mittel 24,8% der Daten), Hauptschulen (im Mittel 21,0% der Daten) und Gesamtschulen (im Mittel 18,5% der Daten). Einige Kommunen konzentrierten sich auf die Datenerfassung von Förderschülern, andere sprachen schwerpunktmäßig Berufsschüler an.

Zum Masernimpfstatus

Von den Schülern mit auswertbaren Daten (264.634) hatten 247.439 Schüler (93,5%) mindestens eine Masernimpfung; 17.195 Schüler (6%) waren nicht gegen Masern geimpft.

Im Mittel waren 80,3% der kontrollierten Schüler einer Kommune vollständig gegen Masern geimpft (26,9%–91,0%), 5,3% der Schüler waren gar nicht gegen Masern geimpft (0,3%–28,9%). Betrachtet man dagegen den Median, hat die Hälfte der Kommunen einen Anteil vollständig gegen Masern geimpfter Schüler von 78,6% bis 85,2% und einen Anteil nicht gegen Masern geimpfter Schüler von 3,3% bis 6,0%. Die Durchimpfungsraten von Mädchen und Jungen unterschieden sich kaum.

Alter der Schüler* in Jahren	Masernimpfstatus von Schülern in Nordrhein-Westfalen											
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Anzahl der Schüler*	2.130	21.942	37.544	38.767	38.475	38.015	36.996	25.489	13.410	6.131	2.906	1.260
keine Impfung	87	791	1.590	1.968	2.132	2.245	2.455	2.197	1.544	966	552	237
Anteil keine Impfung	4,1%	3,6%	4,2%	5,1%	5,5%	5,9%	6,6%	8,6%	11,5%	15,8%	19,0%	18,8%
eine Impfung	161	2.008	3.959	4.531	4.455	4.569	5.056	3.641	2.034	990	615	315
Anteil eine Impfung	7,6%	9,2%	10,5%	11,7%	11,6%	12,0%	13,7%	14,3%	15,2%	16,1%	21,2%	25,0%
vollständige Impfung	1.882	19.143	31.995	32.268	31.888	31.201	29.485	19.651	9.832	4.175	1.739	708
Anteil vollständiger Impfungen	88,4%	87,2%	85,2%	83,2%	82,0%	82,1%	79,7%	77,1%	73,3%	68,1%	59,8%	56,2%
mindestens 1 Impfung	2.043	21.151	35.954	36.799	36.343	35.770	34.541	23.292	11.866	5.165	2.354	1.023
Anteil mindestens 1 Impfung	95,9%	96,4%	95,8%	94,0%	94,5%	94,1%	93,4%	91,4%	88,5%	84,2%	81,0%	81,2%

Tab. 1: Masernimpfstatus der Schüler* mit auswertbaren Daten nach Alter; Landesimpfkampagne NRW 2007/2008 (*Einschlusskriterien erfüllt)

Anteil vollständig Geimpfter

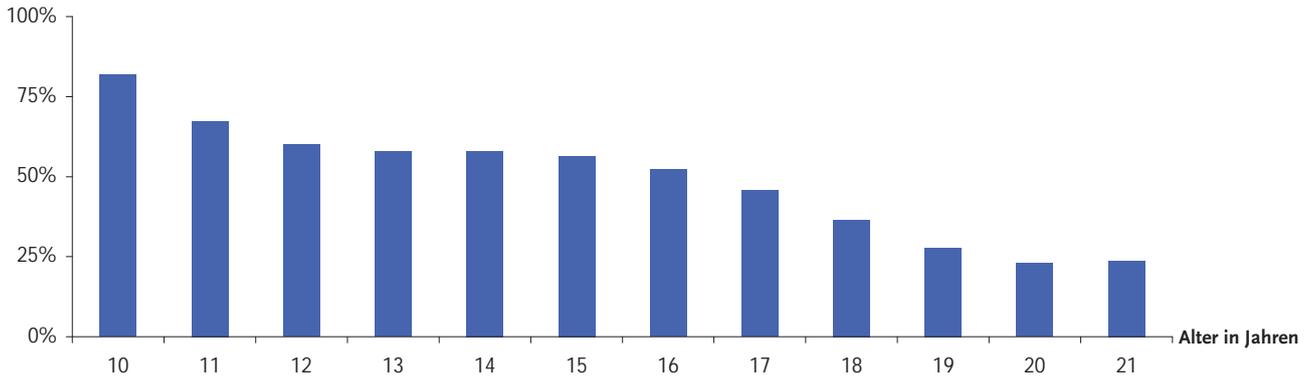


Abb. 1: Anteil Schüler (Einschlusskriterien erfüllt) mit vollständiger Pertussisimpfung nach Alter; Landesimpfkampagne NRW 2007/2008

Auswertung nach Altersgruppen: Die Gruppe der 10- bis 14-jährigen Schüler war erwartungsgemäß am besten gegen Masern geimpft, am schlechtesten die der älteren Schüler (19–40 Jahre). Der Anteil vollständig gegen Masern geimpfter Schüler sank im Cochran-Armitage-Test ($p < 0,05$) signifikant mit dem Alter (getestet von 10 bis 21 Jahre; s. Tab. 1).

Auswertung nach Schulform: Schüler von Realschulen (84,7%), Gymnasien (84,5%) und Gesamtschulen (79,6%) sind häufiger vollständig gegen Masern geimpft als Schüler von Hauptschulen (76%), Förderschulen (74,4%) und Berufsschulen (67,8%). Dabei ist der niedrigere Impfstatus bei Berufsschülern vermutlich darauf zurückzuführen, dass diese Schüler schon älter sind.

Zum Mumps- und Rötelnimpfstatus

Der Mumps- und Rötelnimpfstatus unterschied sich nicht wesentlich vom Masernimpfstatus, war aber meist etwas niedriger (was bereits bei den Daten der Schuleingangsuntersuchung zu sehen ist²). Mädchen sind zwar gegen Röteln besser geimpft als Jungen (77,2% vs. 73,8%), die Zahlen vollständig geimpfter 18- und 19-jähriger Frauen sind mit 64,8% bzw. 57,8% aber deutlich zu niedrig.

Status anderer impfpräventabler Erkrankungen

Beispielhaft für die Erfassung des Impfstatus bei anderen impfpräventablen Erkrankungen möchten wir hier den Impfstatus für Pertussis und Hepatitis B anführen.

Vollständig gegen **Pertussis** geimpfte Kinder sind erwartungsgemäß eher in der Altersgruppe der etwas jüngeren Schüler zu finden. Bei den älteren Schülern fehlt häufig die Auffrischungsimpfung (s. Abb. 1).

Die Impfung gegen Pertussis war zeitweise wegen höherer Nebenwirkungsraten des Ganzkeimimpfstoffes nicht durchgeführt worden. Erst mit Entwicklung des azellulären Impfstoffes Anfang der neunziger Jahre wurde die Impfung wieder regelhaft angeboten. Heute besteht durch das Fehlen eines monovalenten Keuchhusten-Impfstoffes ein Problem bei der Auffrischung der Pertussisimpfung. Die Folgen spiegeln sich an der hohen Zahl der ausgesprochenen Impfeempfehlungen wider. Insgesamt wurden 7.812 Empfehlungen für die Pertussisimpfung ausgesprochen, von denen 3.729 (47,7%) bislang durchgeführt wurden. 269 Impfungen (3,8%) wurden ohne ausgesprochene Impfeempfehlung verabreicht.

Die Impfung gegen **Hepatitis B** wird erst seit 1995 als Standardimpfung für alle Kinder, nicht nur für Angehörige von Risikogruppen, von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen.

Dies erklärt, dass der Hepatitis-B-Impfstatus bei jüngeren Schülern deutlich besser ist als bei älteren (91% vs. 73%). Den älteren Jugendlichen fehlt häufiger die dritte, die Impfserie komplettierende Impfung. Minimal- und Maximalwerte der vollständigen Hepatitis-B-Impfung lagen zwischen 46,5% und 90,2% der abgegebenen Impfausweise einer Kommune (s. Abb. 2).

Anteil vollständig Geimpfter

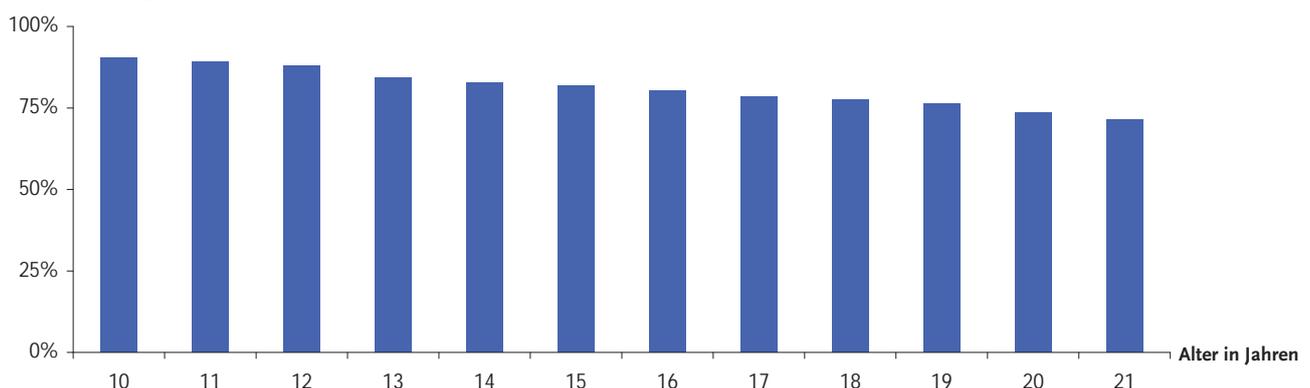


Abb. 2: Anteil Schüler (Einschlusskriterien erfüllt) mit vollständiger Hepatitis-B-Impfung nach Alter; Landesimpfkampagne NRW 2007/2008

Durchgeführte Impfungen

Insgesamt wurden nahezu 8.000 MMR-Impfungen vor Ort in die Erhebungsbögen eingetragen; demnach wurden 3,0 % der Schüler im Rahmen des aufsuchenden Angebotes in den Schulen gegen MMR geimpft.

Vergleichsweise häufig erhielten Schüler von Berufsschulen eine fehlende MMR-Impfung. Die in den Arztpraxen durchgeführten Impfungen gegen Masern und andere impfpräventable Erkrankungen gehen nicht in die o. g. Zahlen mit ein. Aus der Analyse der zurückgeschickten Impfpfehlungen geht hervor, dass die Eltern rund 60 % der empfohlenen Impfungen bei ihrem Hausarzt durchführen ließen.

Bewertung der Kampagne

Die Landesimpfkampagne ermöglichte erstmals einen umfassenden Einblick in den Impfstatus von Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren in NRW. Die Kampagne hat einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Impfsituation in NRW geleistet, auch wenn die Ziele einer flächendeckenden Aktion nicht erreicht werden konnten.

Die Hypothese, dass gerade ältere Schüler erhebliche Defizite in ihrem Impfschutz aufweisen, konnte deutlich belegt werden. Außerdem konnte gezeigt werden, dass Schüler der Berufsschulen, Förderschulen und Hauptschulen besonders von einem aufsuchenden Impfangebot profitieren, da hier die niedrigsten Durchimpfungsraten gefunden wurden. In den Haupt- und Förderschulen befindet sich ein höherer Anteil von Schülern mit Migrationshintergrund sowie sozial benachteiligten Kindern, die von den Vorsorgeangeboten weniger profitieren (vgl. KIGGS-Studie). Durch weitere gezielte Aktionen können gerade hier Impflücken geschlossen werden.

Die MMR-Impfraten sind nachweislich zu niedrig, insbesondere in den älteren Jahrgängen. Nur 81,1 % der untersuchten Jugendlichen verfügen über einen kompletten Impfschutz gegen Masern. Während die jüngeren Jahrgänge aber besser durchgeimpft sind (88,4 % der 10-Jährigen haben einen vollständigen Impfschutz), sind die Impflücken bei den älteren Schülern deutlich größer. So sind die 18-Jährigen nur zu 73,3 % komplett gegen Masern immunisiert. Noch schlechter sieht es bei den Durchimpfungsraten für Mumps und Röteln aus. Diese Zahlen belegen deutlich einen dringenden Nachholbedarf bei der Immunisierung der älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

In vielen Schulen wurde nur ein sehr geringer Prozentsatz von Impfausweisen abgegeben. Unter der Annahme, dass Schüler, die den Impfausweis vorlegen, häufiger vollständig geimpft sind, ist zu vermuten, dass bei Schülern, die keinen Impfausweis abgeben, größere Impflücken vorliegen.

Masernausbrüche unter diesen Schülern sind somit eine Frage der Zeit. Dies ist besonders bei den bekannten Komplikations- und Hospitalisierungsraten der Erkrankten ein bewusst in Kauf genommenes Risiko. Deutschland ist

nach wie vor weit davon entfernt, das von der WHO angestrebte Ziel der Masernelimination zu erreichen.

Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen, z. B. durch ärztliche Information vor Ort in den Schulen, da nur so ein Großteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen erreicht wird. Arztkontakte finden sonst in diesen Altersgruppen vornehmlich bei Mädchen zu Fragen der Kontrazeption statt. Jungen begegnen Ärzten allenfalls in Ausnahmesituationen bei Unfällen oder schweren Erkrankungen. Jeder Arztkontakt sollte daher genutzt werden, um den Impfschutz zu kontrollieren und gegebenenfalls zu vervollständigen.

Für die Zukunft wird es darum gehen, ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Impfungen zu schaffen und Programme zum Schließen von Impflücken einzuführen und zu verstetigen.

Literatur

1. Wichmann O, et al.: Further efforts needed to achieve measles elimination in Germany: results of an outbreak investigation; Bull World Health Organ 2009; 87: 108–115
2. Robert Koch-Institut: Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2008. Epid Bull 2010; 16: 137–140

Für diesen Bericht danken wir Gabriele Ahlemeyer, Anette Jurke und Sybille Scharkus (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen). Gabriele Ahlemeyer steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: Gabriele.Ahlemeyer@liga.nrw.de).

Nationales Referenzzentrum für Masern, Mumps, Röteln am Robert Koch-Institut

Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030. 18 754–25 16; –23 08
Fax: 030. 18 754–25 98
E-Mail: MankertzA@rki.de
Leitung: Frau PD Dr. A. Mankertz

Leistungsangebot

- ▶ Beratung für diagnostische Laboratorien, klinisch tätige Ärzte und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu Fragen
 - der Diagnostik der akuten Infektion mit Masern-, Mumps- und Rötelnviren, insbesondere in speziellen Fällen wie atypischen, subklinischen und komplizierten Verläufen;
 - der Immunität gegenüber Masern, Mumps, Röteln als auch zu den entsprechenden Impfungen, zu Impfkomplicationen oder bei Fällen von Impfversagen;
- ▶ direkter und indirekter Nachweis von Masern-, Mumps- und Rötelnviren mit klassischen und molekularbiologischen Methoden; Unterstützung bei der labordiagnostischen Abklärung von Ausbrüchen und Infektketten sowie bei fraglichen Masern, Mumps, Röteln besonders bei Geimpften oder Schwangeren;
- ▶ Genotypisierung von zirkulierenden Wild- und Impfviren sowie Differenzierung zwischen Wild- und Impfviren;
- ▶ Abgabe von charakterisierten Virusstämmen und Referenzseren.

Hinweise für den Materialversand: Bei Anforderung von Untersuchungen wird vor Entnahme und Versand von Untersuchungsmaterialien eine Absprache mit dem Labor erbeten. Generell sind bei Entnahme und Versand von Materialien wie Blut- bzw. Serumproben, Abstrichen, Gewebeproben und Sektionsmaterial sterile Geräte (Einwegmaterial) und Versandgefäße zuzüglich einer bruchsicheren Umverpackung zu verwenden. Die Entnahme sollte ohne Zeitverzug und der Transport möglichst kühl und schnell erfolgen mit der Kennzeichnung „Diagnostische Proben“.

Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG): Hinweise zur Meldepflicht für Labore

Vielfältige Anfragen an das Robert Koch-Institut (RKI) zeigen, dass es in einigen Laboren Unklarheiten bezüglich der Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) gibt, die zu einem unterschiedlichen Vorgehen bzw. in einigen Fällen zu unterbleibenden Meldungen führen. Probleme ergeben sich insbesondere dann, wenn mehr als ein Labor an der Diagnostik beteiligt ist. Deshalb wird hierzu noch einmal Stellung genommen:

Leiter von Laboren (Medizinaluntersuchungsämter, private oder öffentliche Untersuchungsstellen, Krankenhauslabore) sind zur Meldung von Infektionskrankheiten nach IfSG verpflichtet, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen. Auch Leiter von Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik sind zur Meldung verpflichtet. Werden weitere Labore in die Diagnostik einbezogen, so gelten für diese ebenfalls die Meldepflichten gemäß IfSG. Das betrifft auch die mit der Diagnostik befassten Speziallabore (z.B. NRZ oder Konsiliarlabore). Die Meldepflicht besteht, wenn im Speziallabor Befunde erhoben werden, die über die bereits vom Primärlabor erhobenen und gemeldeten hinausgehen. Werden gleiche Befunde bestätigt, besteht die Meldepflicht nicht, wenn dem zweiten beteiligten Labor ein schriftlicher Nachweis über die erfolgte Meldung durch das erste Labor vorliegt.

Gemäß IfSG ist es nicht ausreichend, z. B. Ergebnisse einer weiteren Typisierung an den Einsender zu übermitteln und darauf zu vertrauen, dass dieser die erforderliche Meldung an das Gesundheitsamt vornimmt. Für das zweite an der Diagnostik beteiligte Labor besteht eine Meldepflicht nur dann nicht, wenn ihm „ein Nachweis vorliegt, dass die Meldung erfolgte und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden“. Dieser Nachweis sollte schriftlich sein. Eine Nachmeldung oder Korrektur von Angaben hat unverzüglich nach Vorliegen zu erfolgen.

Für die praktische Umsetzung empfiehlt es sich, gemeinsam mit den einsendenden Laboren nach Lösungen für eine zuverlässige und unkomplizierte Einhaltung der Meldeverpflichtungen zu suchen. Dabei wäre es vorstellbar, die an das Gesundheitsamt adressierten ausgefüllten Meldeformulare in Kopie an das jeweils zweite beteiligte Labor zur Benachrichtigung zu senden. Eine andere Möglichkeit wäre, z. B. Ergebnisse der Feintypisierung, die nur im Speziallabor durchgeführt werden können, direkt an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. (Das zuständige Gesundheitsamt lässt sich durch Eingeben der PLZ in ein entsprechendes Tool auf den RKI-Seiten mit geringem Aufwand identifizieren: www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Software). Im Gesundheitsamt könnten die verschiedenen Meldungen zu einem Patienten zusammengeführt werden.

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Meldepflicht gehört zu den Aufgaben eines jeden Speziallabors. Nur auf dieser Basis können im Surveillance-System differenzierte Angaben zum Erreger zuverlässig erfasst und damit deutschlandweit zur Verfügung gestellt werden.

Die gesetzlichen Bestimmungen dazu finden sich in folgenden Regelungen des IfSG:

► In § 7 IfSG sind „Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern“ genannt. Hiernach ist namentlich bei den dort genannten Krankheitserregern, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen (§ 7 Abs. 1 IfSG). Die Liste enthält 47 meldepflichtige Erreger; sie kann durch Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingeschränkt oder erweitert werden (vgl. etwa die seit 01.07.2009 bestehende Meldepflicht für MRSA). Solange das BMG von dieser Ermächtigung keinen Gebrauch gemacht hat, können die Bundesländer die Meldepflicht für Krankheiten oder Krankheitserreger durch Rechtsverordnung erweitern (§ 15 Abs. 3 IfSG).

Nach § 7 Abs. 2 IfSG sind in § 7 nicht genannte Krankheitserreger zu melden, deren örtliche und zeitliche Häufung auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist. Damit sind ggf. namentlich auch Nachweise von Erregern zu melden, die nicht in § 7 Abs. 1 IfSG genannt sind, z. B. Staphylokokken mit besonderen Resistenzen (Vancomycin-, Linezolid-Resistenz); gramnegative Erreger mit extremen Resistenzen (z. B. Carbapenemasen, KPC).

In § 7 Abs. 3 IfSG sind Erreger (insgesamt 6) genannt, die nichtnamentlich direkt an das RKI zu melden sind.

► In § 8 Abs. 1 IfSG sind „Zur Meldung verpflichtete Personen“ aufgeführt, darunter:

- im Falle des § 7 die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich der Krankenhauslabore (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 IfSG),
- im Falle der §§ 6 und 7 die Leiter von Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik, wenn ein Befund erhoben wird, der sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung oder Infektion durch einen meldepflichtigen Krankheitserreger schließen lässt (§ 8 Abs. 1 Nr. 3 IfSG).

In § 8 Abs. 3 IfSG steht: Die Meldepflicht besteht nicht, wenn dem Meldepflichtigen ein Nachweis vorliegt, dass die Meldung bereits erfolgte und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden. Satz 1 gilt auch für Erkrankungen, bei denen der Verdacht bereits gemeldet wurde.

► § 9 Abs. 3 Satz 1 IfSG legt für die namentlichen Meldungen fest: Die namentliche Meldung muss unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis gegenüber dem (...) für den Einsender zuständigen Gesundheitsamt erfolgen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben hat unverzüglich nach deren Vorliegen zu erfolgen.

Mitteilung aus dem Robert Koch-Institut (FG 32, Surveillance, Abteilung für Infektionsepidemiologie, in Abstimmung mit dem Rechtsreferat).
Ansprechpartner ist Dr. Tim Eckmanns (E-Mail: EckmannsT@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

26. Woche 2010 (Datenstand: 21.7.2010)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.
Baden-Württemberg	154	2.499	2.770	1	33	37	4	111	107	73	1.138	997	2	29	58
Bayern	179	2.517	3.316	4	68	58	10	315	345	63	1.275	1.580	2	38	68
Berlin	77	1.219	965	1	16	23	1	48	210	17	413	350	3	31	14
Brandenburg	61	778	813	1	7	13	4	133	149	23	422	374	0	4	8
Bremen	11	183	160	0	3	0	0	13	13	3	45	61	0	2	1
Hamburg	59	788	732	0	11	9	1	16	12	5	210	270	2	14	16
Hessen	151	1.840	1.634	1	9	5	0	37	50	28	612	791	1	24	19
Mecklenburg-Vorpommern	51	796	758	0	3	2	5	136	109	22	334	402	0	2	4
Niedersachsen	180	2.410	2.113	1	68	54	11	265	220	52	1.144	1.195	0	7	8
Nordrhein-Westfalen	444	7.089	6.170	2	68	68	26	461	431	118	2.369	3.113	0	29	19
Rheinland-Pfalz	100	1.457	1.302	2	47	32	3	101	117	31	579	706	1	7	14
Saarland	33	501	464	0	3	3	1	12	19	2	133	171	0	3	1
Sachsen	130	2.201	1.926	0	25	31	10	271	314	31	1.020	1.020	2	12	12
Sachsen-Anhalt	24	533	663	2	16	5	6	197	210	17	609	563	0	4	7
Schleswig-Holstein	87	998	934	1	9	14	2	32	20	11	312	301	0	3	8
Thüringen	40	684	788	0	7	5	13	343	279	17	601	568	0	1	6
Deutschland	1.781	26.493	25.508	16	393	359	97	2.491	2.605	513	11.216	12.462	13	210	263

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.
Baden-Württemberg	3	58	84	40	10.555	12.816	41	3.345	2.998	8	254	252	1	12	6
Bayern	6	183	196	92	21.445	17.080	67	5.570	6.263	11	320	382	0	25	10
Berlin	1	39	45	22	3.335	5.678	10	1.880	2.278	4	183	180	1	34	25
Brandenburg	1	57	52	33	6.106	6.721	35	2.966	4.173	3	44	46	0	13	10
Bremen	0	13	15	0	772	1.344	5	311	238	1	15	22	0	0	0
Hamburg	1	31	52	4	2.313	3.664	15	1.091	1.254	2	49	52	0	8	6
Hessen	4	96	116	38	7.928	7.981	35	2.127	2.272	2	133	112	1	24	8
Mecklenburg-Vorpommern	0	29	35	43	7.530	3.551	35	1.927	2.974	0	67	71	0	11	27
Niedersachsen	8	143	163	67	12.163	11.037	64	4.072	4.100	5	101	94	0	33	39
Nordrhein-Westfalen	21	368	299	173	24.772	31.082	145	7.306	8.523	11	317	252	4	51	70
Rheinland-Pfalz	2	108	98	52	7.426	7.014	22	2.387	2.253	1	85	92	0	12	11
Saarland	2	16	23	9	1.595	1.742	5	603	560	2	10	23	0	0	3
Sachsen	5	219	232	101	10.593	13.108	120	4.002	6.498	3	169	125	0	33	28
Sachsen-Anhalt	4	93	81	69	10.810	7.506	25	2.405	3.053	1	40	44	0	4	5
Schleswig-Holstein	2	50	64	22	3.915	4.189	20	1.229	989	0	40	37	0	3	3
Thüringen	4	129	166	34	10.122	6.463	64	2.703	3.198	3	37	55	0	17	12
Deutschland	64	1.632	1.721	799	141.380	140.976	708	43.924	51.624	57	1.864	1.839	7	280	263

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

26. Woche 2010 (Datenstand: 21.7.2010)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.
Baden-Württemberg	1	29	40	2	32	42	13	392	435
Bayern	3	58	84	2	51	49	24	570	587
Berlin	0	20	39	1	34	36	11	315	339
Brandenburg	0	10	21	0	5	12	2	35	41
Bremen	0	4	6	0	1	3	0	15	16
Hamburg	1	16	11	1	14	23	2	65	82
Hessen	0	20	43	0	32	25	6	146	160
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	13	0	10	5	0	28	37
Niedersachsen	1	25	36	1	16	13	8	150	141
Nordrhein-Westfalen	1	73	89	3	89	75	10	378	409
Rheinland-Pfalz	1	25	30	0	36	45	5	133	140
Saarland	0	15	5	2	5	5	3	43	36
Sachsen	0	2	15	2	14	22	5	158	125
Sachsen-Anhalt	0	11	11	0	15	7	2	58	87
Schleswig-Holstein	1	7	20	0	9	11	1	63	86
Thüringen	0	8	12	0	7	14	3	62	75
Deutschland	9	326	475	14	370	387	95	2.611	2.796

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.	26.	1.–26.	1.–26.
Baden-Württemberg	1	22	33	0	91	63	12	269	277
Bayern	3	35	58	10	91	41	14	317	289
Berlin	1	17	25	1	75	32	2	146	127
Brandenburg	2	5	9	0	11	4	0	41	54
Bremen	0	1	4	0	0	0	0	17	32
Hamburg	0	1	5	0	13	209	2	98	101
Hessen	1	11	15	0	18	18	7	184	201
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	5	0	0	0	0	16	47
Niedersachsen	1	19	24	0	11	69	5	135	166
Nordrhein-Westfalen	4	62	75	2	145	72	17	527	582
Rheinland-Pfalz	0	11	18	1	21	12	0	78	100
Saarland	0	3	3	0	1	1	1	26	34
Sachsen	0	12	14	0	3	2	2	78	100
Sachsen-Anhalt	0	5	6	0	2	0	2	74	64
Schleswig-Holstein	0	5	17	1	5	23	0	48	53
Thüringen	0	7	10	0	0	0	1	45	58
Deutschland	13	218	321	15	487	546	65	2.099	2.285

gegeben. 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). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

26. Woche 2010 (Datenstand: 21.7.2010)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	26. Woche	1.–26. Woche	1.–26. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Erkrankung am Auge	13	226	80	169
Brucellose	0	7	7	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	46	49	89
Dengue-Fieber	7	209	153	298
FSME	16	58	79	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	17	21	66
Hantavirus-Erkrankung	72	1.148	25	181
Hepatitis D	0	4	4	7
Hepatitis E	3	100	42	108
Influenza zusätzliche aggregierte Übermittlungen +	0	2.947 199	27.416	175.606 53.070
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	97	116	185
Legionellose	5	272	198	502
Leptospirose	4	22	38	92
Listeriose	6	176	191	396
Ornithose	0	11	9	26
Paratyphus	1	23	15	76
Q-Fieber	0	128	109	191
Trichinellose	0	1	0	1
Tularämie	1	11	4	10
Typhus abdominalis	1	33	26	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Vom 18.11.2009 bis zum 18.01.2010 konnten Fälle der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 auch aggregiert übermittelt werden. Darunter waren Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprachen.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

- ▶ **Diphtherie:** Baden-Württemberg, 58 Jahre, männlich (C. ulcerans, Wunddiphtherie) (3. Diphtherie-Fall 2010)
- ▶ **Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber:** Sachsen, 35 Jahre, weiblich (Infektionsland Madagaskar) (17. Chikungunya-Fall 2010)
- ▶ **Lepra:** Sachsen, 29 Jahre, männlich (Infektionsland Indien) (24. Meldewoche 2010; 1. Lepra-Fall 2010)

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

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

▶ Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

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