



Epidemiologisches Bulletin

7. März 2011 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zu einem Ausbruch durch Hepatitis A in einer Kindertageseinrichtung in Hamburg

Ein Hepatitis-A-Ausbruch in einer Kindertagesstätte stellt alle Beteiligten vor die Herausforderung schnell, adäquat und mit für die Betroffenen verhältnismäßigen Maßnahmen eine Weiterverbreitung dieser Infektionskrankheit zu unterbinden. Allerdings verlaufen Infektionen mit dem Hepatitis-A-Virus (HAV) in der betroffenen Altersgruppe häufig inapparent oder subklinisch und in der Regel komplikationslos. So ist bei Bekanntwerden einer Hepatitis-A-Erkrankung bei einem Kind, das in einer Kindertagesstätte betreut wird, in Betracht zu ziehen, dass es sich möglicherweise nicht um den Indexpatienten handelt, sondern sich die Erkrankung zuvor unbemerkt in der Kindertageseinrichtung durch einen (noch) unbekanntem Indexpatienten ausgebreitet hat.

Der Bericht soll die gemachten Erfahrungen beschreiben und damit Basis für einen Erfahrungsaustausch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sein, der sich in solchen Situationen häufig mit den nicht immer konformen Interessen der Kindertageseinrichtung, der Eltern, der involvierten Kinderärzte und der Medien konfrontiert sieht.

Zeitlicher Ablauf und Ermittlungen des zuständigen Gesundheitsamtes

Am 26.5.2010 erhielt das zuständige Gesundheitsamt in Hamburg-Altona nach § 7 IfSG die Labormeldung einer Hepatitis-A-Erkrankung eines 6-jährigen Mädchens. Dieses besuchte eine Elementargruppe (Alter der betreuten Kinder: 4–6 Jahre) einer Hamburger Kindertagesstätte, in der 95 Kinder durch 8 Erzieher betreut wurden. Das Kind hatte seit dem 16.5.2010 Bauchschmerzen und Fieber gehabt, war aber trotz der Beschwerden bis zum 21.5.2010 in der Kindertagesstätte betreut worden. Am 22.5.2010 entwickelte sich ein Ikterus.

Der behandelnde Kinderarzt veranlasste eine Laboruntersuchung des Serums auf HAV-IgM-Antikörper und Transaminasen. Die Werte zeigten sich erhöht. Dennoch konnten durch eine ausgebliebene Meldung des Kinderarztes nach § 6 IfSG (auch der Verdacht auf eine Hepatitis-A-Infektion ist meldepflichtig) die Ermittlungen des ÖGDs erst verzögert anlaufen.

Die Inkubationszeit für eine Hepatitis-A-Erkrankung liegt bei 15 bis 50 Tagen. Erkrankte sind in den beiden Wochen vor und bis zu 1 Woche nach Auftreten des Ikterus ansteckend. Der Höhepunkt der Virusausscheidung und damit der Gipfel der Infektiosität liegt in der späten Inkubationsphase, d.h. in den letzten beiden Wochen vor Beginn des Ikterus. So wurde am 26.5.2010 ein Besuchsverbot für die Gemeinschaftseinrichtung bis zum 29.5.2010 für die 6-Jährige ausgesprochen.

Die Eltern des Kindes wurden über die notwendigen häuslichen Hygienemaßnahmen, insbesondere über eine gute Händehygiene mit einem viruswirksamen Händedesinfektionsmittel aufgeklärt. Der 2-jährige Bruder, der im gleichen Haushalt lebt, galt als ansteckungsverdächtige Kontaktperson. Er besuchte die gleiche Kindertageseinrichtung wie seine Schwester. Allerdings wurde die Empfehlung einer postexpositionellen Impfung durch den ÖGD gegen Hepatitis A

Diese Woche

9/2011

Hepatitis A

Zu einem Ausbruch in einer Kindertageseinrichtung

Public Health

KiGGS Welle 1:
Stichprobenziehung und
Teilnehmergewinnung

Veranstaltungshinweis

Bad Honnef-Symposium 2011

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik
nichtnamentlicher Meldungen
des Nachweises
ausgewählter Infektionen
Dezember 2010
(Datenstand: 1. März 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik
6. Woche 2011
(Datenstand: 2. März 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 8. Woche 2011



beim Kinderarzt für den Jungen durch die Eltern nicht umgesetzt. So wurde der Junge bis zum Ablauf der Inkubationszeit zu Hause betreut. Dies bedeutete, dass der ÖGD für 4 Wochen ein Besuchsverbot für die Kindertageseinrichtung für den Jungen aussprechen musste. Auch den Eltern des erkrankten Mädchens wurde eine postexpositionelle Impfung empfohlen.

Die betroffene Gemeinschaftseinrichtung wurde am darauffolgenden Tag durch das Gesundheitsamt aufgesucht. Eine aktive Impfung gegen Hepatitis A wurde für alle Kinder der Gemeinschaftseinrichtung empfohlen, da in der Gemeinschaftseinrichtung keine klare Gruppentrennung bestand. Zudem sollten die 8 Erzieher der Einrichtung und das Reinigungspersonal ihren Impfstatus kontrollieren lassen. Impflücken sollten beim Betriebsmediziner geschlossen werden.

Allerdings wurde zu diesem Zeitpunkt die Immunisierung gegen Hepatitis A für einen weiteren Besuch der Gemeinschaftseinrichtung vom ÖGD noch nicht zur Bedingung gemacht. Im Sinne der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen des ÖGD hatte das zuständige Gesundheitsamt einen Kompromiss geschlossen. In den nächsten 4 Wochen sollte auf entsprechende Symptome der Erkrankung bei den Kindern und Mitarbeitern geachtet werden.

Zudem wurde die Kindertageseinrichtung mit einem gegen Hepatitis-A-Virus wirksamen Hände- und Flächendesinfektionsmittel durch das Gesundheitsamt ausgestattet und das Personal über die notwendigen Hygienemaßnahmen belehrt.

Eine mögliche Infektionsquelle des 6-jährigen Mädchens in der Gemeinschaftseinrichtung konnte zunächst nicht ausgemacht werden. Auch im häuslichen Bereich der Erkrankten ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Infektionsquelle. Die Familie des erkrankten Mädchens hatte keine Auslandsreise unternommen, keinen ausländischen Besuch empfangen und keine offensichtlich suspekten Lebensmittel verzehrt.

Am 31.5.2010 erkrankte ein weiteres 4-jähriges Mädchen der Kindertageseinrichtung mit Ikterus. Seit 4 Tagen litt es an Mattigkeit und einer dunklen Verfärbung des Urins. Die Hepatitis-A-Erkrankung konnte auch hier labordiagnostisch bestätigt werden. Die Meldung durch das Labor und durch den behandelnden Kinderarzt erfolgte ohne Zeitverzug. Das Mädchen besuchte eine andere Elementargruppe als das zuvor erkrankte Mädchen. Allerdings benutzten beide Mädchen den gleichen Toiletten- und Waschraum in der Einrichtung. Es wurde ein Besuchsverbot für die Kindertageseinrichtung für eine Woche bis zum 7.6.2010 für das 4-jährige Mädchen erteilt. Es hatte bis zum 28.5.2010 die Kindertageseinrichtung besucht.

Da nun ein zweiter Fall einer Hepatitis-A-Erkrankung in der betroffenen Kindertagesstätte dem zuständigen Gesundheitsamt mitgeteilt wurde und keine klare Gruppentrennung der Kinder in der Einrichtung bestand, wurde

vom Gesundheitsamt angeordnet, dass eine aktive Immunisierung gegen Hepatitis A oder der Nachweis einer durchgemachten Hepatitis-A-Erkrankung für alle Kinder und Mitarbeiter der Kindertageseinrichtung Voraussetzung für einen weiteren Besuch der Einrichtung war. Schließlich war zu diesem Zeitpunkt bekannt, dass zwei Kinder Hepatitis-A-Viren in unterschiedlichen Betreuungsgruppen über einen längeren Zeitraum ausgeschieden hatten und die Wahrscheinlichkeit weiterer asymptomatischer Carrier in der Einrichtung in Betracht gezogen werden musste.

In Absprache zwischen dem zuständigen Gesundheitsamt und den unweit der Kindertageseinrichtung ansässigen Kinderärzten, welche die Kinder der Einrichtung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen kannten und betreuten, wurden Riegelungsimpfungen angeboten bzw. gegebenenfalls durchgeführt. Der ÖGD stellte die notwendigen Impfsereen zur Verfügung.

Auch ungeimpfte Mitarbeiter der Kindertageseinrichtung hatten die Möglichkeit, sich bei ihren Hausärzten oder beim Betriebsmediziner impfen zu lassen. Die STIKO empfiehlt eine Impfung aufgrund eines beruflichen Risikos bei Tätigkeiten in Kindertagesstätten, dennoch bestanden zu Ausbruchsbeginn große Impflücken bei den Mitarbeitern.

In den nächsten Tagen folgten noch 5 weitere Meldungen von an Hepatitis A erkrankten Kindern. Darunter waren auch 3 türkischstämmige Geschwisterkinder.

Die Nachforschungen zum Hergang des Geschehens und die intensive Suche nach weiteren Fällen führte das zuständige Gesundheitsamt zu der türkischstämmigen Familie, in der sich von 4 Geschwisterkindern in der Rückschau 3 Kinder mit dem Hepatitis-A-Virus infiziert hatten. Das jüngste männliche Familienmitglied war nur subklinisch infiziert und muss als Indexpatient gelten (s. Abb. 1). Dieser hatte die Hepatitis-A-Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit in die Kindertageseinrichtung eingebracht.

Schon Ende April 2010 war der Indexpatient anamnestisch durch Verfärbungen von Urin und Stuhl auffällig gewesen. Eine Diagnose der Hepatitis-A-Erkrankung durch einen aufgrund der Symptome konsultierten Kinderarzt wurde nicht gestellt. Der Junge besuchte die Einrichtung weiter. Er konnte so unbemerkt Hepatitis-A-Viren ausscheiden und andere Kinder und Erwachsene infizieren. Es erging keine Meldung an das Gesundheitsamt und die Hepatitis-A-Erkrankung blieb für den ÖGD zunächst unsichtbar. Eine später im Rahmen des Ausbruchsgeschehens durchgeführte Titerbestimmung belegte eine kürzlich durchgemachte Hepatitis-A-Erkrankung.

Die ebenfalls erkrankte 15-jährige Schwester des Indexpatienten besuchte eine weiterführende Schule in einem anderen Bezirk in Hamburg, wo keine weiteren Fälle bekannt wurden. Das Mädchen hatte bereits am 15. Mai einen Ikterus entwickelt. Allerdings erhielt auch in diesem Fall das Gesundheitsamt die Arzt- und Labormeldung deutlich verzögert. Verstärkte Hygienemaßnahmen in der Schule wurden mit der Schulleitung besprochen und kommuniziert.

Der, wie eine Titerbestimmung zeigte, asymptomatisch infizierte 10-jährige Bruder des Indexpatienten besuchte den Hort der Kindertagesstätte und zudem eine nahe gelegene Grundschule, in der ebenfalls keine weiteren Fälle bekannt wurden. Auch in dieser Schule wurden verstärkte Hygienemaßnahmen seitens des ÖGD besprochen.

Die Infektionsquelle, an der sich der Indexpatient infiziert haben könnte, blieb trotz intensiver Recherchen unklar: Für mögliche Ursachen wie z. B. kontaminiertes Trinkwasser oder kontaminierte Lebensmittel konnte in der Kindertageseinrichtung kein Anhaltspunkt gefunden werden. Die türkische Familie des Indexpatienten war weder in der Türkei gewesen, noch hatte sie Besuch aus der Türkei empfangen oder suspektes Lebensmittel verzehrt.

Am 2.6.2010 erhielt das zuständige Gesundheitsamt zwei Meldungen von infizierten Kindern der betroffenen Gemeinschaftseinrichtung, ein Mädchen erkrankte asymptomatisch, ein Junge zeigte einen Ikterus. Eine Hepatitis-A-Infektion konnte jeweils labordiagnostisch bestätigt werden. Bei beiden Kindern wurde keine Riegelungsimpfung vorgenommen, da diese durch eine Titerbestimmung der betreuenden Kinderärzte am 1.6.2010 hinfällig wurde. Beide Kinder waren bis zum 28.5.2010 in der Kindertageseinrichtung betreut worden.

Zum Ende des Ausbruchs folgten zwei letzte Meldungen von an Hepatitis A erkrankten Erwachsenen. Anfang Juni erkrankte eine Mutter eines Kindergartenkindes, das selbst keine Symptome entwickelt hatte, an Hepatitis A mit Abgeschlagenheit und einem Ikterus. Ende Juni erkrankte zudem eine nicht geimpfte Mitarbeiterin der Einrichtung. Die Verläufe der Erkrankung zeigten sich bei den betroffenen Erwachsenen ausgeprägter als bei den Kindern. Die Erzieherin musste stationär behandelt werden.

Im Rahmen des Ausbruchsgeschehens infizierten sich 9 Personen mit Hepatitis-A-Viren, davon zeigten 2 Personen keine Symptome. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Dunkelziffer höher lag. Als Kontaktpersonen galten insgesamt 88 Kinder der Einrichtung, 6 Mitarbeiter und die Familienangehörigen der erkrankten Kinder. Alle Erkrankten waren nicht gegen Hepatitis A geimpft.

Maßnahmen des Gesundheitsamtes

Nach gängiger Definition von Ausbruch in der Infektions-epidemiologie gilt schon ein einzelner Fall von Hepatitis A in einem Kindergarten in Deutschland als Ausbruch. Er ist „mehr als erwartet“, zu erwarten wären „null Fälle“. Im Gegensatz dazu steht die Definition von Ausbruch im Sinne des Meldewesens (z. B. 2 oder mehr Fälle). Aber innerhalb einer Kindertageseinrichtung erwartet man doch eher null Fälle, so dass schon der erste dort auftretende Fall mit großer Aufmerksamkeit bearbeitet werden sollte – nicht zuletzt, weil einem Fall meist weitere folgen. Grundsätzlich stellt schon der erste Fall einen Ausbruch dar. Er ist auch ein klares Warnsignal für einen Ausbruch im Sinne des Meldewesens und eine Chance zu früher Intervention.

Das zuständige Gesundheitsamt in Hamburg hat dennoch erst beim Bekanntwerden des zweiten Hepatitis-A-Falles beschlossen, dass eine aktive Immunisierung gegen Hepatitis A oder der Nachweis einer durchgemachten Hepatitis-A-Erkrankung zur Voraussetzung für einen weiteren Besuch der Einrichtung wurde.

Der Kompromiss, die Einrichtung nicht zu schließen, der im Hinblick auf die große Zahl der berufstätigen Elternpaare der in der Einrichtung betreuten Kinder gefunden worden war, musste bei Bekanntwerden des 2. Falles revidiert werden.

Für die Personengruppe, die eine Riegelungsimpfung erhielt, wurde die Einrichtung temporär für eine Woche nach stattgefundener Riegelungsimpfung geschlossen. Nach Ablauf dieses Zeitfensters konnte davon ausgegangen werden, dass die Geimpften schützende Antikörper aufgebaut hatten. Wieso sich der ÖGD für eine Schließung entschloss, ist der anschließenden Diskussion zu entnehmen.

Alle Kinder und Mitarbeiter, die keine Riegelungsimpfung gegen Hepatitis A erhielten, durften die Einrichtung bis zum Ablauf der Inkubationszeit für 4 Wochen nicht besuchen. Sie hätten insbesondere auf Impfersager oder auf innerhalb der Inkubationszeit neu in die Einrichtung aufgenommene Kinder treffen können, die von der Riegelungsimpfung nicht betroffen waren, und hätten weitere Infektionsketten auslösen können.

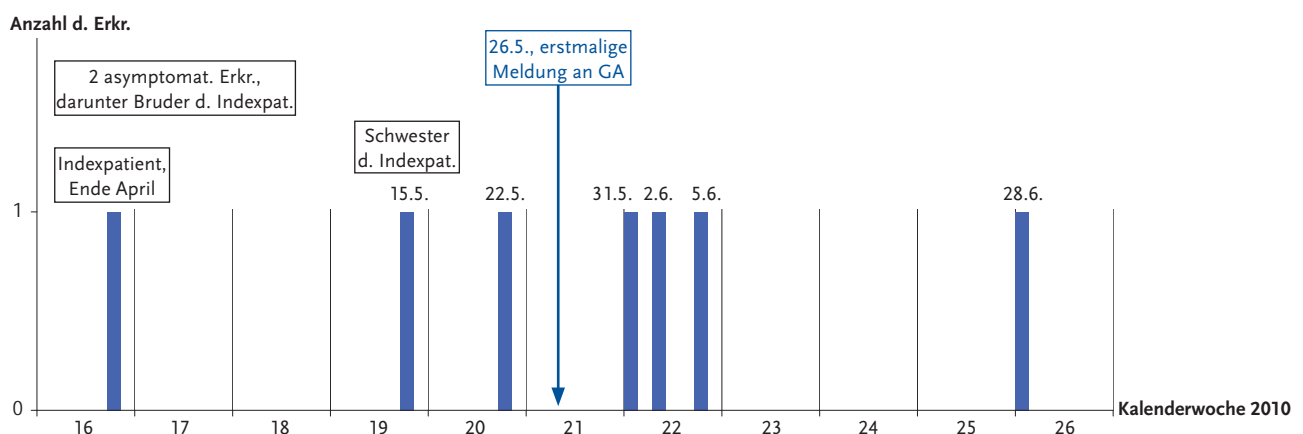


Abb. 1: Epidemiologischer Verlauf eines Hepatitis-A-Ausbruchs in einer Kindertagesstätte in Hamburg-Altona im Frühjahr 2010

Eine Impfung, ob passiv oder aktiv, kann nicht in allen Fällen den Ausbruch der Erkrankung verhindern. Daher wurde mit der Kindertageseinrichtung besprochen, dass für mindestens 2 Wochen nach Wiedereröffnung besondere hygienische Maßnahmen einzuhalten sind. Diese beinhalten (fäkal-oralen Übertragungsweg) die regelmäßige Anwendung von viruziden Hände- und Flächendesinfektionsmitteln.

Diskussion

In Ländern mit hohen Hygienestandards treten Hepatitis-A-Erkrankungen nicht so häufig auf wie in Ländern mit niedrigeren Hygienestandards. Allerdings finden Infektionen in den Hochendemielländern bei Kindern meist so früh statt, dass (fast) alle Infektionen subklinisch verlaufen. Erwachsene Suszeptible sind selten, werden dann aber gelegentlich als Fall erkannt.

Aufgrund des geringen Infektionsdruckes in Deutschland sind ungeimpfte Kinder und Jugendliche meist nicht immun gegen Hepatitis A. Die Impfung gegen Hepatitis A zählt nicht zu den Routineimpfungen für Kinder und Jugendliche. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Berlin empfiehlt die Impfung nur für bestimmte Risikogruppen. Zu dem Personenkreis gehören u. a. Personal im Gesundheitsdienst, in Laboren, in Kindertagesstätten oder in Kinderheimen.

Die Hepatitis-A-Impfung ist zudem bei Reisen in Hochrisikoländer in tropischen Gebieten und bei Reisen in den gesamten Mittelmeerraum und nach Osteuropa angezeigt.

Infizierte Kinder entwickeln oft nur geringfügige oder als asymptomatische Carrier gar keine Symptome, können den Erreger aber gleichwohl übertragen. Somit ist es in einem Ausbruchsgeschehen oft nicht ohne weiteres möglich, ansteckungsfähige Personen zu identifizieren und Kontakte zu Nichtinfizierten effektiv zu unterbinden.

Gerade bei Erwachsenen kann es jedoch zu protrahierten Verläufen kommen. Bei insgesamt 0,01% bis 0,1% der Erkrankten kommt es zu fulminanten und dann oft letalen Verläufen. In durch Lebensmittel bedingten Ausbrüchen in den USA mit erwachsenen Betroffenen zeigte sich sogar eine Rate von 0,5%, die zum Tod führte.¹

Hepatitis-A-Ausbrüche, z. B. in Kindergärten, sind mitunter schwer zu kontrollieren und zu beherrschen. Die Inkubationszeit ist mit bis zu 50 Tagen lang. Das Virus weist eine hohe Umwelt- und Thermostabilität und ausgeprägte Desinfektionsmittelresistenz auf. Die Infektiosität beginnt bei Erkrankten noch vor Symptombeginn.

Wenn die Erkrankung erst einmal in eine Kindergemeinschaftseinrichtung eingetragen wurde, hilft oft nur eine vorübergehende Schließung, um Erregerzirkulationen zu unterbinden und um zu vermeiden, dass immer neue Generationen von Kontaktfällen auftreten. Eine solche Schließung ist im vorliegenden Fall durch das zuständige Gesundheitsamt veranlasst worden.

Es war damit zu rechnen, dass sich weitere Kinder oder Erwachsene bereits infiziert hatten, sich in der Inkubationsphase befanden und noch erkranken würden. Der ÖGD hatte Riegelungsimpfungen bei den nicht erkrankten Kindern und Mitarbeitern der Kindertageseinrichtung empfohlen, um die Nichtinfizierten zu schützen und um die Chance zu nutzen, bei den bereits Infizierten den Ausbruch der Erkrankung im Sinne einer postexpositionellen Impfung vielleicht zu verhindern.

Nach der ersten Impfdosis mit monovalentem Impfstoff sind bei mindestens 95% der Geimpften HAV-Antikörper nachweisbar. Schützende Antikörper entstehen bei den meisten Geimpften 1 bis 2 Wochen nach der ersten Impfdosis. Aufgrund der langen Inkubationszeit kann damit die Impfung auch kurz nach der Exposition sinnvoll sein.

Einer **vorübergehenden Schließung der Einrichtung** liegen zwei Annahmen zu Grunde: Zum einen, dass asymptomatisch Erkrankte eine Riegelungsimpfung erhalten und naturgemäß dennoch Erreger unbemerkt ausscheiden und zum anderen Kontaktpersonen Riegelungsimpfungen möglicherweise zu spät erhalten und auch noch erkranken. Dieser Personenkreis kann auf mögliche Impfversager treffen und weitere Kinder infizieren. Es gibt kaum Daten zu Impfversagern bei Hepatitis-A-Impfungen. Theoretisch ist allerdings bei jeder Impfung mit Impfversagern zu rechnen. Aus diesem Grund fiel in dem beschriebenen Ausbruch die Entscheidung, die Einrichtung temporär zu schließen.

Entscheidet sich der ÖGD, die **Kindertageseinrichtung für Geimpfte** sofort wieder zu **öffnen**, kann er, wenn alle Kinder geimpft sind und das theoretische Risiko von Impfversagern in der Einrichtung außer Acht gelassen wird, auf die sich aufbauende Herdenimmunität vertrauen, da Geimpfte nur auf Geimpfte treffen.

Wenn nicht, wie im vorliegenden Fall beschrieben, alle Kinder der Kindertageseinrichtung inklusive der Mitarbeiter geimpft wurden, kann der ÖGD in einem anders gelagerten Fall auch eine sogenannte **Riegelungsgeimpften-gruppe** zulassen und damit auf die Schließung der Einrichtung verzichten. Diese ist dann aber für 14 Tage konsequent von anderen ungeimpften Kindergruppen in der Einrichtung zu separieren. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen in der Einrichtung für eine solche Vorgehensweise vorhanden sind.

Geimpfte Kontaktpersonen dürfen bis zum Aufbau schützender Antikörper keinen Kontakt zu Ungeimpften haben. Dies kann 7 bis 14 Tage in Anspruch nehmen. In dieser Zeit könnte die geimpfte Kontaktperson noch erkranken und Ungeimpfte anstecken. Dann gilt, dass die Betroffenen, die eine postexpositionelle Schutzimpfung erhalten haben, 1 bis 2 Wochen vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen auszuschließen sind, sofern nicht die strikte Einhaltung von hygienischen Maßnahmen zur Verhütung einer Übertragung gewährleistet ist.

Bei der Schließung einer Kindertageseinrichtung auf Zeit für ungeimpfte, aber auch für geimpfte Ansteckungsverdächtige stellt der ÖGD die Eltern der betroffenen Kinder vor die Aufgabe, eine häusliche Kinderbetreuung zu organisieren. Dies trifft besonders berufstätige Eltern.

Zudem muss bei der Entscheidung für eine Schließung bedacht werden, dass durch die notfallmäßige anderweitige Unterbringung der Kinder während der Schließung die Infektion potenziell auch in andere Haushalte oder Einrichtungen gestreut werden könnte. Die Eltern sollten auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.

Im Laufe des berichteten Ausbruchsgeschehens fand ein reger Austausch zwischen dem ÖGD und dem Vorstand der Kindertageseinrichtung statt, zu dem auch eine ärztliche Kollegin/Mutter eines Kindes der Einrichtung gehörte. Durch die offene Kommunikation mit den Beteiligten konnte weitestgehend Verständnis für die notwendigen Schritte des ÖGD herbeigeführt werden. Es hat sich bewährt, bei Diskrepanzen zwischen den Maßnahmen des Gesundheitsamtes und den Interessen der Betroffenen auf Transparenz und Aufklärungsarbeit zu setzen.

KiGGS Welle 1: Stichprobenziehung und Teilnehmergeinnung

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

Grundgesamtheit

KiGGS Welle 1 zielt einerseits darauf, aktuelle und bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der aktuell in Deutschland mit Hauptwohnsitz lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu gewinnen. Zum anderen sollen alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), die damals einer erneuten Kontaktierung zugestimmt haben und die inzwischen 6 bis 24 Jahre alt sind, erneut einbezogen werden.

Stichprobenziehung

Um diese Grundgesamtheit zu repräsentieren, wird die in der KiGGS-Basiserhebung – in Kooperation mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) Mannheim – gezogene „stratified-two-stage-probability“-Stichprobe durch eine Anreicherung mit neuen Probanden ergänzt. Das damalige zweistufige Stichprobenziehungsverfahren und die aktuelle Anreicherung erfolgen folgendermaßen:

Erste Stufe – Auswahl der Sample Points

Auf der ersten Stufe der Stichprobenziehung wurden für die Basiserhebung insgesamt 167 Untersuchungsorte, die

Abschließend ist anzumerken, dass das Interesse der Medien bei Bekanntwerden der Schließung einer Einrichtung nicht unerheblich ist. Gerade im Bundesland Hamburg mit 7 Bezirken und 7 Gesundheitsämtern ist einheitliches Handeln oft schwierig. Dies kann zu Irritationen führen, wenn in zwei Bezirken bei ähnlich gelagerten Ausbrüchen unterschiedliche Maßnahmen getroffen werden. Hilfreich ist auch hier der offene Umgang mit den gefassten Beschlüssen des ÖGD durch Pressemitteilungen oder durch das Abhalten von Elternabenden bzw. Treffen mit Elternvertretern und mit den niedergelassenen Kinderärzten, so wie es auch bei diesem Ausbruchsgeschehen umgesetzt wurde.

Im Rahmen der qualitativen Nachbearbeitung mit den beteiligten Kinderärzten wurde von Seiten des ÖGD noch einmal ausdrücklich auf die Gesetzlichkeiten für das zeitnahe Melden von Infektionserkrankungen hingewiesen.

Literatur

1. Wheeler C, Vogt TM, Armstrong GL, et al.: An outbreak of hepatitis A associated with green onions. *N Engl J Med* 2005; 353(9): 890–897

Für diesen Bericht danken wir Dr. Manuela Wahlen, Gesundheitsamt Hamburg Altona, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: Manuela.Wahlen@altona.hamburg.de).



die Siedlungsstruktur der Bundesrepublik repräsentativ abbilden, aus der Gesamtmenge der politischen Gemeinden in Deutschland ausgewählt. Zur Auswahl dieser Studienorte wurden alle bundesdeutschen Gemeinden nach Bundesländern und Gemeindetypen (BIK-Klassifikation) geschichtet. Mit Hilfe eines für diese Art der Stichprobenziehung von Gemeinden geeigneten Verfahrens wurde für jede Kombination aus Bundesland und Gemeindetyp die Anzahl der auszuwählenden Gemeinden (*Sample Points*) bestimmt. Die Großstädte Berlin und Hamburg sind dabei aufgrund der hohen Einwohnerzahlen mit mehreren *Sample Points* vertreten. Bei Gemeinden, in denen die Zahl der gemeldeten Kinder geringer war als die im Stichprobenplan vorgesehene Mindestzahl, wurden Orte aus Nachbargemeinden hinzugezogen.

Alle nach diesem Verfahren bestimmten 167 *Sample Points* der Basiserhebung werden auch in der Welle 1 einbezogen (s. Abb. 1, S. 70).

Zweite Stufe – Auswahl der Zielpersonen

Über die Einwohnermelderegister wurde in der Basiserhebung in den ausgewählten Gemeinden jeweils eine Personenstichprobe gezogen. Die Adressenauswahl erfolgte nach einem mathematischen Zufallsverfahren (uneingeschränkte Zufallsauswahl) aus den Adressendateien in den Einwohnermeldeämtern. Dabei wurde für die einzelnen Jahrgänge der gemeldeten 0- bis 17-Jährigen eine jeweils gleiche Anzahl von Personenadressen ausgewählt.

Insgesamt konnte in der Basiserhebung bei einer Response von 66,6% eine Gesamtteilnehmerzahl von

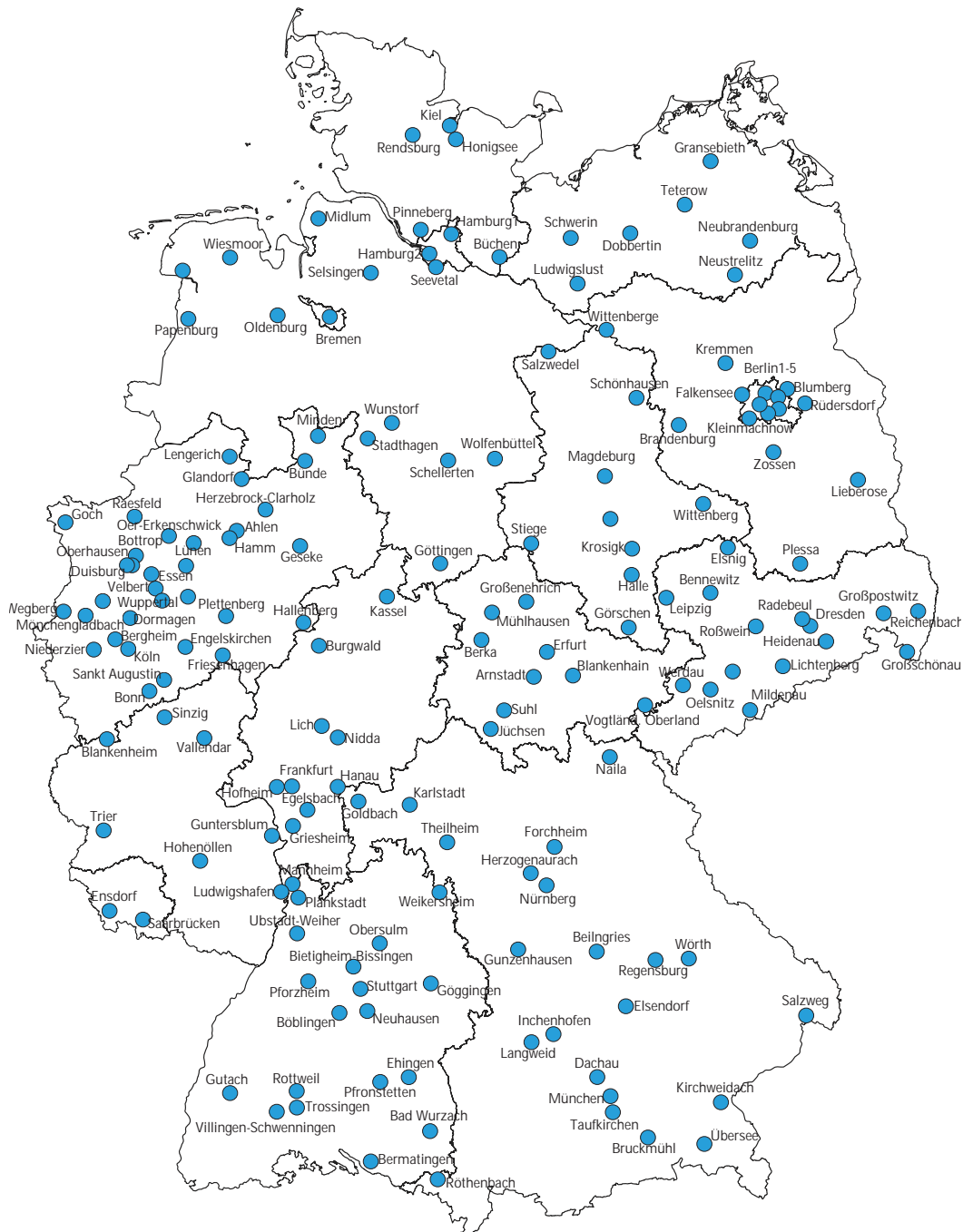


Abb. 1: Untersuchungsorte (Sample Points) in Deutschland, KiGGS Welle 1

17.641 (8.985 Jungen, 8.656 Mädchen) erreicht werden. Die KiGGS-Basiserhebung ist repräsentativ für die Wohnbevölkerung der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland für die Jahre 2003 bis 2006. Diese Probanden sind inzwischen 6 bis 24 Jahre alt und werden erneut eingeladen.

Für Probanden des Altersbereichs 0 bis 6 Jahre erfolgt eine komplette Neuziehung zwecks einmaliger Befragung, da dieser Altersbereich ansonsten nicht mehr mit Probanden besetzt wäre. Auch hier werden die zuständigen Einwohnermeldeämter angeschrieben.

Einladung und Erinnerung

Die telefonischen Datenerhebungen für die 167 Studienorte erfolgen innerhalb von 3 Jahren, wobei für jeden Studienort eine zwei- bis dreiwöchige Datenerhebungsphase vor-

gesehen ist und stets mehrere Orte parallel einbezogen werden. Die schriftlichen Einladungen werden etwa 6 Wochen vor Beginn der jeweiligen Erhebungsphase versendet. Während die Adressdaten der erstmals aus den Melderegistern ausgewählten Familien in der Regel zum Zeitpunkt der Einladung aktuell sind, ist für die Anschriften der wiederholt eingeladenen Familien und jungen Erwachsenen – aufgrund des langen zeitlichen Abstands zur Basiserhebung – ein vorherige Aktualitätsprüfung über die Einwohnermeldeämter notwendig. Neben den Anschreiben umfassen die Einladungsbriefe eine Informationsbroschüre, ein Einwilligungsformular und einen portofreien Rückumschlag. Da in der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre neben den Eltern auch die Kinder/Jugendlichen selbst telefonisch interviewt werden, erhalten letztere 3 Tage nach ihren Eltern ein

eigenes Einladungsschreiben (Jugendanschreiben), in dem sie noch einmal persönlich zur Befragung eingeladen werden.

In der Informationsbroschüre wird Auskunft gegeben über den Auftraggeber, die durchführende Institution, die Zielsetzung, die Datenverwendung, die Teilnehmerauswahl, den Teilnahmeablauf, die Datenspeicherung, die Einhaltung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie über die Sicherung der Qualität der Studie. Diese Ausführlichkeit ist notwendig, damit die Eingeladenen ihre Teilnahmeentscheidung auf Basis aller relevanten Informationen treffen können (*informed consent*). Bei Fragen zur Studie, die durch die Informationsbroschüre nicht beantwortet werden, können sich die Eingeladenen an das gebührenfreie Studientelefon oder das E-Mail-Postfach der Studie wenden. Teilnahmebereite Familien sind gebeten, das Einwilligungsfeld unterschrieben im portofreien Rückumschlag an das Robert Koch-Institut zu senden. Auf dem Formular sollen sie weiterhin notieren, unter welchen Telefonnummern sie zu welchen Tageszeiten am besten für eine Terminvereinbarung oder für das Interview erreichbar sind.

Erhält das Robert Koch-Institut innerhalb von 10 Tagen nach Versand der Einladung das Einwilligungsfeld nicht zurück, erfolgt ein Erinnerungsschreiben an die Eltern bzw. volljährigen Probanden, dem erneut ein Einwilligungsfeld und ein Rückumschlag beiliegen.

Telefonische Probandenwerbung

Der Einladungsmodus umfasst weiterhin eine Probandenwerbungphase, in der alle eingeladenen Personen, die

sich bis zu Beginn der Datenerhebungsphase nicht gemeldet haben, telefonisch für die Teilnahme geworben werden. Personen, die nicht an der Studie teilnehmen möchten, werden gebeten, im sofortigen Anschluss an einer kurzen telefonischen Nonresponder-Befragung teilzunehmen. Sind die kontaktierten Personen zur Teilnahme bereit, werden sie gebeten, die ausgefüllte Einwilligungserklärung zurückzusenden. Falls die Einladungsmaterialien den Familien nicht bzw. nicht mehr vorliegen, bekommen sie diese zuvor zugesendet.

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

Veranstaltungshinweis: Bad Honnef-Symposium 2011 Therapie von Infektionen beim alten Menschen

Termin: 18./19. April 2011

Veranstaltungsort: Königswinter, Arbeitnehmerzentrum

Veranstalter: Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Themen: Alternstheorien – strukturelle und funktionelle Organveränderungen; Immunsystem und Alter; Pharmakokinetik beim alten Menschen; Problematik der Anamneseerhebung beim alten Menschen; Mykosen im Alter; Impfungen im Alter; Ernährungskonzepte zur Stärkung des alternden Immunsystems u. a.

Organisation: Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. Geschäftsstelle, Campus Hochschule Bonn-Rhein-Sieg von-Liebig-Straße 20, 53359 Rheinbach
Tel.: 02226. 908-916; Fax: 02226. 908-918
E-Mail: geschaeftsstelle@p-e-g.org

Internet: <http://www.p-e-g.org/aktuelles/445/>

Die Veranstaltung wurde mit 13 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten															Berichtsmonat: Dezember 2010 (Datenstand: 1.3.2011)	
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern																
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311-314)																
Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.				
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009				
	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.				
Baden-Württemberg	24	228	227	21	294	278	5	76	64	3	23	17	1	1	0	
Bayern	32	408	377	28	384	390	13	92	91	2	25	30	0	1	2	
Berlin	37	493	411	32	455	442	1	56	43	0	6	2	0	2	0	
Brandenburg	3	47	28	5	68	51	0	10	4	1	1	1	0	1	0	
Bremen	2	45	38	2	35	36	3	14	16	0	2	1	0	0	0	
Hamburg	12	191	166	19	209	205	11	82	62	0	5	3	0	0	0	
Hessen	13	170	182	21	248	237	6	50	55	1	9	12	0	2	0	
Mecklenburg-Vorpommern	4	27	34	2	25	30	0	8	3	0	1	0	0	0	0	
Niedersachsen	22	225	180	11	188	172	1	32	34	0	2	8	0	0	2	
Nordrhein-Westfalen	78	812	740	48	656	692	7	124	111	1	22	25	1	3	2	
Rheinland-Pfalz	11	88	79	12	83	109	1	31	21	1	6	6	0	0	2	
Saarland	1	40	25	4	32	26	0	4	2	0	2	2	0	0	0	
Sachsen	3	108	137	12	116	85	0	8	6	0	1	1	0	2	0	
Sachsen-Anhalt	4	36	28	1	36	48	0	2	1	0	2	0	0	1	0	
Schleswig-Holstein	5	59	50	2	71	61	4	21	8	1	6	2	0	0	0	
Thüringen	2	51	32	0	18	23	1	7	5	0	4	2	0	1	0	
Deutschland	253	3.028	2.735	220	2.918	2.885	53	617	526	10	117	112	2	14	8	

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2011 (Datenstand: 2.3.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	65	472	552	0	6	9	3	15	22	22	155	206	1	14	9
Bayern	71	482	532	9	19	8	7	51	67	16	186	312	1	6	9
Berlin	35	259	243	0	3	2	6	41	11	6	60	70	1	9	7
Brandenburg	32	169	136	0	2	2	4	28	28	10	60	81	0	1	1
Bremen	9	43	33	0	1	0	0	0	5	4	15	15	0	4	0
Hamburg	25	183	149	0	2	0	0	2	5	3	34	47	1	5	5
Hessen	55	342	335	0	1	1	2	15	7	13	85	113	3	8	2
Mecklenburg-Vorpommern	30	161	124	0	0	0	4	29	27	12	116	67	0	0	0
Niedersachsen	80	443	460	3	14	13	2	31	55	29	145	235	2	2	2
Nordrhein-Westfalen	184	1.304	1.583	3	22	20	11	82	123	60	335	489	3	7	6
Rheinland-Pfalz	34	289	324	4	11	14	4	11	30	12	88	128	2	2	3
Saarland	19	99	148	0	1	1	1	5	1	4	23	34	0	0	1
Sachsen	111	578	405	2	12	11	1	42	72	17	130	172	0	1	1
Sachsen-Anhalt	16	128	86	0	2	3	9	45	41	16	82	122	1	1	0
Schleswig-Holstein	25	224	222	0	3	3	0	3	5	8	36	72	0	0	1
Thüringen	32	153	128	0	2	1	19	87	86	12	93	161	0	1	0
Deutschland	823	5.329	5.460	21	101	88	73	487	585	244	1.643	2.324	15	61	47

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	5	19	16	300	1.369	4.029	97	514	468	12	55	51	0	5	3
Bayern	8	47	61	421	1.975	7.007	193	779	795	22	69	77	2	4	3
Berlin	1	5	11	122	748	1.377	54	244	347	8	42	36	0	5	5
Brandenburg	1	6	17	115	713	1.826	63	353	399	0	11	16	0	1	1
Bremen	0	1	3	18	134	244	10	42	48	0	1	4	0	0	0
Hamburg	1	7	9	110	434	979	33	120	158	1	6	9	0	1	1
Hessen	0	14	23	126	617	2.951	60	243	267	7	33	29	1	4	2
Mecklenburg-Vorpommern	2	13	8	148	716	1.585	45	237	282	6	25	13	0	0	1
Niedersachsen	6	42	38	273	1.506	4.040	123	519	476	3	21	27	2	4	5
Nordrhein-Westfalen	2	52	70	745	4.410	8.422	210	1.067	707	8	77	88	4	10	10
Rheinland-Pfalz	2	17	31	158	1.043	2.428	46	240	226	3	26	16	1	4	4
Saarland	1	3	7	49	269	508	15	63	46	0	3	2	0	0	0
Sachsen	6	53	63	417	2.153	4.623	278	1.151	515	3	33	49	1	8	6
Sachsen-Anhalt	1	13	20	163	917	2.869	87	493	199	0	10	5	1	3	2
Schleswig-Holstein	1	8	9	145	622	1.025	53	201	147	0	8	17	0	0	2
Thüringen	4	32	30	151	909	2.710	64	300	249	2	6	8	1	2	2
Deutschland	41	332	416	3.461	18.535	46.623	1.431	6.566	5.329	75	426	447	13	51	47

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, Deutschland

6. Woche 2011 (Datenstand: 2.3.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	1	6	4	1	4	6	15	85	85
Bayern	1	7	12	4	17	16	23	88	115
Berlin	4	8	5	0	4	1	11	58	60
Brandenburg	0	0	1	0	1	2	1	7	7
Bremen	1	3	4	0	1	0	0	1	2
Hamburg	0	7	0	0	2	6	3	16	13
Hessen	1	6	5	0	9	6	6	32	36
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	0	2	0	5	6
Niedersachsen	1	7	6	1	7	4	5	35	31
Nordrhein-Westfalen	5	16	20	4	16	28	12	60	101
Rheinland-Pfalz	0	1	9	0	4	11	3	19	31
Saarland	0	0	5	0	5	0	1	9	11
Sachsen	0	0	1	1	7	4	8	31	36
Sachsen-Anhalt	1	3	1	0	1	1	1	15	13
Schleswig-Holstein	0	0	2	1	4	2	6	25	16
Thüringen	0	1	1	0	3	1	2	16	15
Deutschland	15	65	78	12	85	90	97	502	578

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	0	9	6	7	11	2	7	48	59
Bayern	0	11	8	11	40	6	13	49	63
Berlin	1	6	5	0	2	28	11	37	23
Brandenburg	0	2	1	0	0	6	0	9	11
Bremen	0	0	0	0	0	0	3	7	3
Hamburg	0	0	1	3	4	7	4	19	22
Hessen	1	7	3	0	5	1	7	45	32
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	1	0	3	9	3
Niedersachsen	2	7	5	5	11	2	4	24	37
Nordrhein-Westfalen	2	22	16	2	10	6	16	105	118
Rheinland-Pfalz	1	5	2	1	4	0	3	15	26
Saarland	0	1	1	0	0	0	0	2	5
Sachsen	0	4	1	0	0	0	2	9	25
Sachsen-Anhalt	0	1	1	0	0	0	0	11	17
Schleswig-Holstein	1	3	0	0	3	1	2	5	11
Thüringen	1	6	3	0	0	0	1	7	10
Deutschland	9	84	54	29	91	59	76	401	465

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

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

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2011 (Datenstand: 2.3.2011)

Krankheit	2011 6. Woche	2011 1.–6. Woche	2010 1.–6. Woche	2010 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	7	46	31	489
Brucellose	0	1	3	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	3	17	122
Dengue-Fieber	2	45	32	595
FSME	0	1	1	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	1	2	65
Hantavirus-Erkrankung	2	22	129	2.016
Hepatitis D	1	2	0	10
Hepatitis E	5	33	17	221
Influenza	6.267	23.182	2.502	3.466
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	36	21	210
Legionellose	7	52	128	690
Leptospirose	0	3	5	70
Listeriose	5	21	45	390
Ornithose	0	1	0	25
Paratyphus	1	3	1	57
Q-Fieber	30	53	13	360
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	3	4	31
Typhus abdominalis	1	4	6	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 8. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 8. KW im Vergleich zur Vorwoche erneut gesunken. Der Praxisindex liegt bundesweit sowie in den AGI-Großregionen Mitte (West) und Osten im geringfügig erhöhten Bereich. In den AGI-Großregionen Süden und Norden (West) liegt er im moderat erhöhten Bereich. Dem RKI wurden seit der 40. Meldewoche 2010 insgesamt 28.472 klinisch-labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt, davon waren 4.221 (15%) hospitalisiert. Insgesamt wurden seit der 40. MW 96 Todesfälle mit Influenza-Infektion übermittelt, die Subtypisierung bei 86 Viren identifizierte ausschließlich A(H1N1) 2009. 74 (95%) der 78 verstorbenen Fälle, zu denen Informationen zum Impfstatus vorliegen, waren nicht gegen Influenza geimpft (Datenstand 1.3.2011). Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 7. KW 2011 übermittelten 28 Länder epidemiologische Daten. Insgesamt 5 Länder (Griechenland, Italien, Litauen, Rumänien und Schweden) berichteten über hohe klinische Aktivität. 17 Länder berichteten über mittlere Aktivität, darunter Deutschland. Über geringe Aktivität berichteten Zypern, Malta, Norwegen, Portugal und das UK. Während 17 Länder (3 mehr als in der Vorwoche) von sinkenden Werten berichteten, meldeten nur noch 3 Länder (Österreich, Island und Rumänien) weiterhin ansteigende Werte. 8 Länder meldeten einen gleichbleibenden Trend. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Außereuropäische Influenza-Surveillance durch die WHO: In den USA lagen die Werte für Arztbesuche wegen ILI in der 7. KW immer noch in allen 10 Regionen oberhalb der Basislinie und stiegen insgesamt wieder leicht an. Die Mortalität aufgrund von Pneumonie und Influenza befand sich in der 4. aufeinanderfolgenden Woche oberhalb der epidemischen Schwelle. Weitere Informationen sind abrufbar unter <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 8. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

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

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

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

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** 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