



Epidemiologisches Bulletin

10. Mai 2002/Nr. 19

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Übersicht zum Masernausbruch in Coburg

Bericht aus der IfSG-Meldezentrale Bayern

In der Ausgabe 12/2002 des *Epidemiologischen Bulletins* waren epidemiologische Daten zu aktuellen Masernausbrüchen veröffentlicht worden, die dem RKI durch Meldungen und Berichte aus der Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) vorlagen. Zu dem inzwischen abgeklungenen Masernausbruch in Coburg, der allgemein ein starkes Interesse auslöste, legt nun die für die epidemiologische Überwachung zuständige Stelle des Freistaates Bayern einen Bericht als vorläufige Zusammenfassung vor:

Ende Oktober 2001 traten zunächst im Landkreis Miltenberg/Unterfranken etwa 5–8 Masernerkrankungen pro Woche auf. Ende November klang diese kleinere Häufung ab, gleichzeitig wurden beim Gesundheitsamt Coburg die ersten Erkrankungsfälle bekannt. Den Mitarbeitern fiel schnell auf, dass es sich bei den Erkrankten überwiegend um Schüler der Waldorfschule handelte. Das Gesundheitsamt nahm daraufhin Kontakt mit der Schule sowie dem Kindergarten des gleichen Trägers und dem betreuenden Kinderarzt auf und versorgte diese mit Informationsmaterial, die Ärzte und die lokalen Medien wurden informiert. Bis zum Ende des Jahres wurden wöchentlich etwa 20–30 Fälle gemeldet, überwiegend Kleinkinder und Grundschüler, zunehmend auch aus anderen Schulen bzw. Kindergärten (s. Abb. 1 und 2).

Nach den Feiertagen kam es zu einem sprunghaften Anstieg der Fallzahlen mit einem Maximum in der 5. Meldewoche (131 Meldungen). Daraufhin dehnte das Gesundheitsamt seine Informationskampagne auf alle Gemeinschaftseinrichtungen in der Stadt und im Landkreis aus, es kam zu einem lebhaften Pressecho mit diversen Leserbriefen von Impfbefürwortern und -gegnern. Anfang März wurde auch die gesamte Ärzteschaft nochmals mit Informationen versorgt. Dennoch wurden weiterhin zwischen 60 und 100 Erkrankungen gemeldet. Eine Auswertung von Daten aus Einschulungsuntersuchungen zeigte, dass

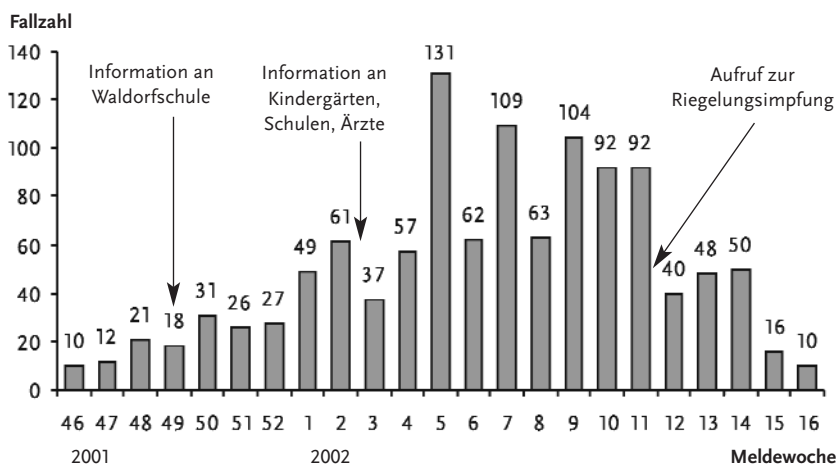


Abb. 1: Masernmeldungen im Stadtkreis Coburg nach Meldewochen, 46. Woche 2001 bis 16. Woche 2002 (n=1.166; Stand: 23.04.2002)

Diese Woche

19/2002

Masern:

Ausbruch in Coburg
– zusammenfassender Bericht

Mycoplasmosen:

Untersuchung eines Clusters
in einer Kindertagesstätte

Mitteilung:

Merkblatt >Wiederzulassung
in Schulen und sonstigen
Gemeinschaftseinrichtungen<
aktualisiert

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
Stand vom 7. Mai 2002
(16. Woche)



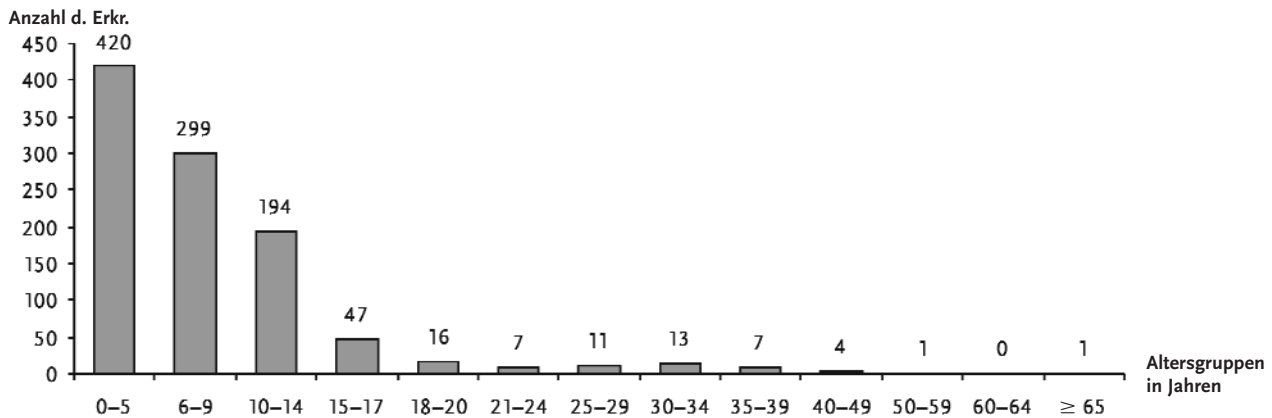


Abb. 2: Gemeldete Masernerkrankungen im Stadtkreis Coburg, 46. Woche 2001 bis 16. Woche 2002, nach Altersgruppen (Stand 23.04.2002)

die Durchimpfungsraten der Schulanfänger in Coburg konstant niedrig bei 75 % lagen, während die Nachbarkreise Raten von über 90 % aufwiesen. Dies bot auch eine einleuchtende Erklärung für die zunächst überraschende Erkenntnis, dass während des gesamten Geschehens in allen benachbarten Landkreisen nur ganz sporadische Fälle auftraten. Im Stadtkreis Coburg wurden von der 46. Woche 2001 bis zur 16. Woche 2002 insgesamt 1.166 Masernerkrankungen durch Meldung erfasst.

Nachdem sich der Masernausbruch in Coburg als größeres Geschehen erwiesen hatte, wurde vom mittlerweile gegründeten Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Absprache mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium im Januar ein umfangreicher Aktionsplan erarbeitet. Mitarbeiter der Arbeitsgruppe ›Aufsuchende Epidemiologie‹ wurden nach Coburg entsandt, um das Gesundheitsamt bei der Bekämpfung und Aufarbeitung des Ausbruchs zu unterstützen. Wichtigste Maßnahme war zunächst ein Aufruf zur Riegelungsimpfung an die Bevölkerung und die Ärzte im ganzen Landkreis. Dieser war offenbar sehr erfolgreich, so dass aus einigen Praxen von einem regelrechten ›Run‹ auf die Impfung berichtet wurde. Derzeit wird versucht, dies auch zahlenmäßig zu erfassen, was dadurch erschwert wird, dass die Impfungen nicht durch das Gesundheitsamt, sondern durch die Hausärzte und Kinderärzte durchgeführt wurden. Dieses Vorgehen hat sich aber sehr bewährt, da niedergelassene Ärzte schneller und flexibler auf die Impf-

nachfrage reagieren können, als dies bei der Organisation öffentlicher Impftermine durch das Gesundheitsamt möglich ist. Zudem genießen sie das Vertrauen der Eltern und können in Kenntnis der Vorgeschichte Fragen gezielt beantworten.

Unmittelbar nach dem Aufruf zur Riegelungsimpfung fiel die Fallzahl auf etwa die Hälfte ab, blieb zunächst auf diesem Niveau, um 3 Wochen später erneut deutlich abzufallen bis auf zuletzt 10 Fälle in der 16. Meldewoche.

Nach dem derzeitigen Stand mussten 43 Personen stationär behandelt werden, davon etwa die Hälfte Kleinkinder (s. Abb. 3). Anlass waren meist Komplikationen wie Pneumonie, Bronchitis, Otitis media, Krämpfe. Enzephalitiden und Todesfälle sind erfreulicherweise nicht aufgetreten. Angaben zum Impfstatus liegen von 934 Erkrankten vor, von ihnen waren 882 (94 %) ungeimpft. Die Angaben zu Komplikationen und Impfstatus werden derzeit nachermittelt, da diese z.T. lückenhaft sind und bei der Vielzahl der Fälle fehlerhafte Angaben nicht auszuschließen sind. Insofern können sich noch Korrekturen nach oben oder unten ergeben. Über diese noch laufenden Erhebungen soll später berichtet werden.

Für diesen vorläufigen Abschlussbericht danken wir Frau Dr. Maria-Sabine Ludwig (Tel.: 089.31560-251, E-Mail: ifsg@luas.bayern.de), Herrn Dr. Wolfgang Hautmann (Tel.: 089.31560-415, E-Mail: epi@luas.bayern.de) und Herrn Thomas Eschlwech (Tel.: 089.31560-387, E-Mail: ifsg-meldezentrale@luas.bayern.de), Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Dienststelle Oberschleißheim.

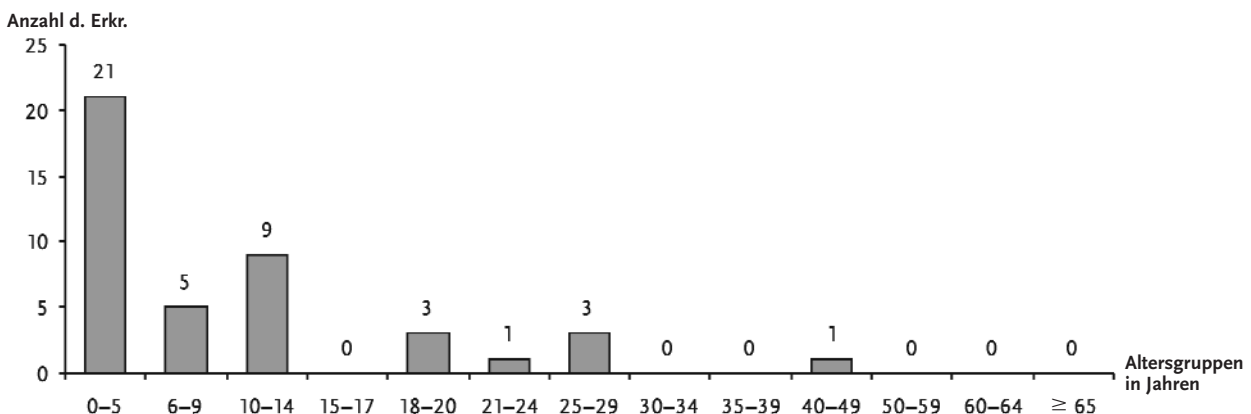


Abb. 3: Masernerkrankungen im Stadtkreis Coburg, die im Rahmen des Ausbruchs von der 46. Woche 2001 bis zur 16. Woche 2002 stationär behandelt wurden, nach Altersgruppen (n=43; Stand 23.04.2002)

Ein Cluster atypischer Pneumonien in einer Kindereinrichtung

Erfahrungsbericht zur Ursachenermittlung

Am 10.08.01 teilte eine als praktische Ärztin in einer Kleinstadt Sachsen-Anhalts niedergelassene Kinderärztin dem Gesundheitsamt mit, dass sie in den letzten Wochen Pneumonien bei 3 Kindern und einer Erzieherin einer Kindertagesstätte beobachtet habe. Es handelte sich um zwei 3-jährige Jungen aus einer Gruppe, die 50-jährige Erzieherin dieser Gruppe und um die 6-jährige Schwester eines der Jungen. Die Erkrankungen traten zwischen dem 25.06. und 06.08.01 auf. Im Vordergrund der Symptomatik standen starke Hustenanfälle, Dyspnoe sowie Fieber bis 38,5°C. Das 6-jährige Mädchen war besonders schwer erkrankt. Eine Röntgenaufnahme der Lunge wies Zeichen einer atypischen Pneumonie auf. Bei den anderen Erkrankten wurde eine Pneumonie durch die typischen Symptome und den auskultatorischen Befund belegt. Eine Blutprobe der am 28.07.01 erkrankten 6-Jährigen wurde am 10.08.01 entnommen und in einem privaten Labor außerhalb Sachsen-Anhalts auf Antikörper gegen *Chlamydia pneumoniae*, Influenzavirus A und B, Legionellen und Coxsackieviren der Typen A und B₁ bis B₆ untersucht.

Die Befunde vom 15.08.01 ergaben einen erhöhten Titerwert von 1:256 gegen *Legionella pneumophila* (SG 7-14) und leicht erhöhte Titerwerte (je 1:40) gegen Coxsackieviren der Typen A₉ und B₆. Dies wurde als Hinweis auf kürzlich abgelaufene Infektionen mit den entsprechenden Erregern gewertet. Alle anderen Untersuchungen verliefen negativ. Die Laborbefunde wurden dem Gesundheitsamt von der praktischen Ärztin mitgeteilt. Eine Meldung des Legionellenbefundes (erhöhter Titerwert aus einer einzelnen Serumprobe) nach IfSG §7 durch das Labor erfolgte nicht und war auch laut Falldefinition nicht als Hinweis auf eine akute Infektion übermittlungspflichtig. Wegen einer nicht auszuschließenden kürzlich abgelaufenen Infektion und eines vermuteten Zusammenhangs mit dem gehäuftem Auftreten von Pneumonien in der Kindertagesstätte sah sich das Gesundheitsamt veranlasst, in der Einrichtung Ermittlungen zur eventuellen Legionellenkontamination des Wasserleitungssystems aufzunehmen. Dabei wurde bekannt, dass seit dem 15.08.01 in der Einrichtung erstmals Duschen im Außenbereich (Gartenduschen) bereitgestellt wurden. Auch im Innenbereich waren die Duschen neu installiert worden. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes empfahlen zunächst vorsorglich, das Duschen zu unterlassen und entnahmen am 20.08.01 Proben zur Untersuchungen auf Legionellen an verschiedenen Stellen des Leitungssystems. *Legionella pneumophila* der Serogruppen 2-14 wurde im Stagnationswasser der Entnahmestelle für Warmwasser in der Küche mit einer Konzentration von 192 KBE/ml festgestellt. Aus dem Wasser einer Dusche im Innenbereich wurden 2 KBE/100 ml *Legionella pneumophila*, ebenfalls Serogruppe 2-14, isoliert. Laut technischer Regel des DVGW W 552 sind Mengen von >100 KBE/ml als extrem hohe Kontamination mit Legionellen zu bewerten und sollten eine unverzügliche Desinfektion bzw. Nutzungseinschränkung sowie eine Sanierung zur Folge haben.

Das Gesundheitsamt ordnete nun gemäß §13 der Trinkwasserverordnung eine sofortige Stilllegung der Duschanlage sowie eine Erneuerung der Wasseraufbereitungsanlage einschließlich des Einbaus einer Elektrolyseanlage zur dauerhaften Legionellen-Dekontamination und die Auswechslung alter Leitungssysteme durch einen Fachmann zum baldmöglichsten Zeitpunkt an.

Parallel dazu wurden die Familien der Erkrankten aufgesucht, Wasserproben in den Wohnungen entnommen und es wurde darum gebeten, einer Blutentnahme bzw. der Bereitstellung einer Urinprobe zuzustimmen. Alle Laboruntersuchungen wurden im Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt durchgeführt. Die serologischen Untersuchungen erfolgten auf Influenza- und Parainfluenzaviren, RS-Viren, Picornaviren, Coxsackieviren, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Mycoplasma pneumoniae* und *Legionella pneumophila*. Die Urinprobe wurde mittels Antigennachweis auf *Legionella pneumophila* der Serogruppe 1 untersucht. Die Untersuchung der Wasserproben auf Legionellen verlief negativ. Legionellenantigen im Urin konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Dagegen wurde bei allen drei Kindern eine abgelaufene *Mycoplasma-pneumoniae*-Infektion mittels Partikelimmunoassay ermittelt (Titerwerte 2 x 1:2560, 1 x 1:1280; Grenzwert \geq 1:40). Alle anderen serologischen Untersuchungen einschließlich der auf *Legionella pneumophila* verliefen negativ. Der Verdacht auf Legionellose wurde damit entkräftet.

Die serologischen Untersuchungen der Erzieherin erbrachten kein positives Ergebnis, auch nicht auf *Mycoplasma pneumoniae*. Allerdings war die Erzieherin erst am 04.08. erkrankt und es ist bekannt, dass die Antikörperantwort auf eine *Mycoplasma-pneumoniae*-Infektion oftmals erst einige Wochen nach Infektionsbeginn bzw. in der späten Akut- oder Rekonvaleszenzphase diagnostisch verwertbar sein kann. Eine spätere Blutentnahme erfolgte aber nicht. Neuerkrankungen waren in der Kindereinrichtung seit Anfang August nicht mehr aufgetreten. Ein gehäuftes Auftreten leichterer respiratorischer Infekte während der Sommermonate als Zeichen einer verstärkten Zirkulation von *Mycoplasma pneumoniae* wurde nach Aussage der Leiterin der Kindertagesstätte nicht beobachtet.

Obwohl die Erkrankungen nicht durch *Legionella pneumophila* verursacht worden waren, musste das Duschen in der Einrichtung aus Vorsorgegründen weiter untersagt werden, da sowohl eine thermische als auch eine chemische Desinfektion aufgrund des Zustandes des vorhandenen Leitungssystems nicht durchführbar bzw. nicht erfolgversprechend war. Ein Sanierungs- und Finanzierungskonzept zur Erneuerung des Leitungssystems und der Warmwasseraufbereitungsanlage wurde dem Gesundheitsamt vom Träger der Einrichtung vorgelegt.

Kommentar: Nach IfSG §34 Abs. 6 ist über das »Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzusehen sind« von der Leitung der Gemeinschaftseinrichtung das Gesundheitsamt zu informieren. In der amtlichen Begründung des Kommentars von Bales/Baumann heißt es dazu: » ... damit unverzüglich die Ursache fest-

gestellt wird und mögliche Maßnahmen zur Verhütung weiterer Erkrankungen eingeleitet werden können«. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung war im vorliegenden Fall nicht auf die Gleichartigkeit der Erkrankung aufmerksam geworden, wohl aber die behandelnde Ärztin, die vorsorglich das Gesundheitsamt informierte, da sie Handlungsbedarf des Gesundheitsamtes hinsichtlich der Ermittlung einer möglichen Infektionsquelle sah und weitere Infektionen befürchtete. Der auf eine Legionelleninfektion hinweisende Laborbefund, der die klinischen Symptome durchaus plausibel erklärt hätte, löste das gezielte Tätigwerden des Gesundheitsamtes aus. Darüber hinaus obliegt dem Gesundheitsamt nach § 36 IfSG die infektionshygienische Überwachung von Kindertagesstätten, so dass sich Handlungsbedarf auch hieraus ergab. In diesem Zusammenhang wurden die positiven Legionellenbefunde an Trinkwasser-Entnahmestellen in der Einrichtung erhoben und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Zeitgleich wurden die Bemühungen um eine ätiologische Absicherung der von der Ärztin erhobenen Verdachtsdiagnose »Legionellose« seitens des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt fortgesetzt. Im Ergebnis der Ermittlungen und differenzialdiagnostischen Laboruntersuchungen wurde die Diagnose *Mycoplasma pneumoniae*-Infektion gestellt und der Legionelloseverdacht entkräftet. *Mycoplasma pneumoniae* kommt weltweit vor und führt nicht selten im Spätsommer und Herbst zu Häufungen, insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen. Ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene erkranken meist schwerer, u. U. auch länger, als kleine Kinder unter 5 Jahren. Atypische Pneumonien sind jedoch in jedem Alter möglich. Die Erreger werden durch Tröpfcheninfektion

übertragen. Antiepidemische Maßnahmen sind kaum möglich. Die Kenntnis der Ätiologie ist dennoch wichtig, weil in diesem Fall eine antibiotische Therapie möglich und sinnvoll ist; eine frühzeitige adäquate Therapie mit einem geeigneten Antibiotikum (Makrolide) mildert den Krankheitsverlauf und verkürzt die Erkrankungsdauer.

Die Aufmerksamkeit der Ärztin und die enge Zusammenarbeit zwischen ihr, dem Gesundheitsamt und dem Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt führte zu einer ätiologischen Aufklärung der Erkrankungsfälle und auch zur Aufdeckung und Beseitigung der Legionellenkontamination von Wasserleitungen in der Kindereinrichtung.

Dieser Beitrag soll aber auch die Diskussion darüber anregen, wie das Melde- und Informationsverhalten bei derartigen Erkrankungsklustern einzuschätzen ist. Informationspflichtig wäre hier nach § 34 Abs. 6 die Leitung der Kindereinrichtung gewesen, die den Meldetatbestand jedoch nicht als solchen wahrgenommen hatte. In diesem Falle – vier Pneumonien – wäre auch eine Meldepflicht gemäß § 6 Abs. 5 zutreffend. Eine derartige Meldung ist sinnvoll, da sich Handlungsbedarf für das Gesundheitsamt ergibt.

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. med. Hanna Oppermann und Frau Dr. med. Claudia Kohlstock, Landesuntersuchungsamt für Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Gesundheit/Hygiene/Epidemiologie (ehemals Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt) in Magdeburg. Frau Ansorge, Dezernat Wasserhygiene dieser Einrichtung, gilt Dank für die Bereitstellung und Bewertung der Legionellen-Befunde. Weiterer Dank gilt Frau Dr. Mewes, Frau Böhm und Frau Tresemer vom Gesundheitsamt Stendal für die Bereitstellung der Informationen.

Mitteilung aus dem Robert Koch-Institut

Merkblatt »Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen«

Erläuterung zur aktualisierten Fassung vom Mai 2002

Gem. § 4 Abs. 2 IfSG erstellt das Robert Koch-Institut im Benehmen mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden für Fachkreise als Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und sonstige Informationen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten.

Das Merkblatt »Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen« (Erstveröffentlichung im *Bundesgesundheitsblatt* 5/97, letzte Aktualisierung im April 2001) ist eine **Empfehlung zur Durchführung der »zusätzlichen Vorschriften im 6. Abschnitt des IfSG**, die insofern **Spezialregelungen zum 5. Abschnitt** (Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) des Gesetzes darstellen. Insbesondere die Aussagen des Merkblatts zum Ausschluss von Kontaktpersonen und zum Erfordernis eines ärztlichen Attestes haben zu Nachfragen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, von Ärzten, Einrichtungen und Sorgeberechtigten geführt. Diese gaben Veranlassung, einige Passagen zu präzisieren, die nachfolgend aufgeführt und erläutert werden. – Die vollständige aktualisierte Fassung ist im Internet unter www.rki.de verfügbar.

1. Zum Ausschluss von Kontaktpersonen

§ 34 Abs. 1 IfSG regelt den Ausschluss von Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen (Legaldefinitionen in § 2 Nrn. 4 und 5 IfSG) vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung. Dieses Verbot gilt auch für Personen, in deren Wohngemeinschaft eine der in Abs. 3 der Vorschrift genannten Erkrankungen aufgetreten ist. Der dort zitierte Katalog ist kürzer als der der Ausschlussgründe in Abs. 1 (nicht genannt sind Impetigo contagiosa, Keuchhusten, Scabies, Scharlach und Windpocken).

Mit der Darstellung der Systematik in § 34 IfSG soll verdeutlicht werden, dass ein Besuchs-, Teilnahme- oder Benutzungsverbot für Kontaktpersonen zu einem Indexpatienten, die nicht zu dessen Wohngemeinschaft gehören, nicht auf die Vorschriften des 6. Abschnittes des IfSG gestützt werden kann. Soweit die Formulierungen im Merkblatt »Wiederzulassung« zur Begründung einer abweichenden Gesetzesauslegung herangezogen worden sind, erfolgt hierzu in der nachfolgend erläuterten aktualisierten Fassung eine Klarstellung. Im Übrigen ist das Merkblatt mit den darin ausgesprochenen Empfehlungen keine selbständige Rechtsgrundlage für etwaige Grundrechtseingriffe; diese sind vielmehr nur auf gesetzlicher Grundlage zulässig.

Sollten im Einzelfall, z. B. zur Beendigung eines Ausbruchs, Maßnahmen gegenüber weiteren Ansteckungsverdächtigen für erforderlich gehalten werden, so können diese ggf. auf § 28 IfSG gestützt werden (am Beispiel der Masern dargestellt: *Epidemiologisches Bulletin* 6/2002: 44).

Dabei kommt es hinsichtlich des Erfordernisses ›notwendige Schutzmaßnahmen‹ in § 28 Abs. 1 IfSG auf die Umstände des Einzelfalles an; z. B. sind bei virusbedingten hämorrhagischen Fiebrern, Diphtherie oder Meningokokkensepsis im Rahmen von Ermessensentscheidungen andere Überlegungen anzustellen als bei Mumps, Windpocken oder Scharlach.

Das Merkblatt ›Wiederzulassung‹ dient insbesondere der Information von Ärzten und beteiligten Laien und folgt bei den einzelnen Erkrankungen einer einheitlichen Systematik, ähnlich einer Tabelle. Eine solche Form der Darstellung verbietet sich aber für Sachverhalte, bei denen es an einer zwingenden gesetzlichen Regelung fehlt, es vielmehr im Rahmen von Ermessensentscheidungen auf

- ▶ die Umstände des Einzelfalles,
- ▶ die Tauglichkeit der verfügbaren Maßnahme und
- ▶ den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ankommt.

Deshalb wurde das Merkblatt in seinen Aussagen präzisiert. Im Glossar des Merkblattes (am Ende des ersten Abschnittes ›Allgemeines‹) ist **›5. Ausschluss von Kontaktpersonen‹** jetzt folgendermaßen definiert:

››Hierunter sind alle Personen zu verstehen, mit denen der/die Erkrankte in seiner Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG) in dem Zeitraum infektionsrelevante Kontakte hatte, in dem er/sie Krankheitserreger ausschied. Ob ein irgendwie anders gearteter Kontakt der/des Erkrankten innerhalb dieses Zeitraums mit einer Person außerhalb des häuslichen Bereichs, z. B. in einer Gemeinschaftseinrichtung, Maßnahmen zur Infektionsverhütung oder Krankheitsfrüherkennung nach diesem Merkblatt erfordert, ist nach den Umständen des Einzelfalles fachlich zu entscheiden. Zum Vorgehen wird auf die in den Absätzen 2 bis 4 dieses Kapitels (›Allgemeines‹) gemachten Aussagen verwiesen.«‹

Folglich beziehen sich die entsprechenden Anmerkungen bei den einzelnen Erkrankungen zum ›Ausschluss von Kontaktpersonen‹ nur auf solche in der Wohngemeinschaft.

Für Maßnahmen gegenüber anderen Kontaktpersonen sind für eine Entscheidungsfindung im Merkblatt folgende Aussagen gemacht worden:

››Bei der Wiederzulassung ist eine Güterabwägung vorzunehmen. Ein absoluter Schutz vor Infektionen lässt sich bei manchen übertragbaren Krankheiten nur durch einen monatelangen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung erreichen.

Dem Anspruch der Allgemeinheit, vor Ansteckung geschützt zu werden, stehen das Recht des Einzelnen auf Bildung und die Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit der Mittel gegenüber. Als Kriterien der Abwägung können gelten

- ▶ Schwere, Behandelbarkeit und Prognose der zu verhütenden Krankheit,
- ▶ tatsächlich beobachtete Übertragungen unter den Bedingungen der jeweiligen Einrichtung und
- ▶ alternative Möglichkeiten des Infektionsschutzes wie hygieneorientiertes Verhalten, Chemoprophylaxe oder Impfungen.

Bevor ein Ausschluss von Personen aus einer Gemeinschaftseinrichtung aus Gründen des Infektionsschutzes veranlasst wird, sollte stets geprüft werden, ob die Belastungen, die beispielsweise in einer Familie durch Ausschluss eines Kindes aus einem Kindergarten entstehen, vermieden werden können und ob das

Ziel einer Verhütung von Infektionen nicht auch durch Aufklärung über Infektionswege, hygienische Beratung und gegebenenfalls durch detaillierte Anweisungen des zuständigen Gesundheitsamtes erreicht werden kann. Diesen Ausführungen liegt der Rechtsgedanke des § 34 Abs. 7 IfSG zugrunde.«

2. Zur Notwendigkeit eines schriftlichen ärztlichen Attestes

Eine weitere Änderung des Merkblattes gegenüber der früheren Fassung aus dem Jahr 1996 betrifft die Empfehlung, in welchen Fällen ein **›schriftliches ärztliches Attest‹** der Gemeinschaftseinrichtung zum Wiederbesuch vorzulegen ist. Zu diesem Teil der Empfehlung wurde kritisch angemerkt, dass das ›ärztliche Urteil‹ in § 34 Abs. 1 IfSG als schriftliche Bescheinigung für die Einrichtung zu verstehen sei, da nur so Schulen und Kindergärten verlässlich informiert werden könnten.

Im Kommentar von Bales, Baumann und Schnitzler zum Infektionsschutzgesetz wird zum Problem erläutert, dass das IfSG keine schriftliche Bescheinigung fordere, eine solche aber zur Absicherung aller Beteiligten zweckmäßig sei (§ 34 Rn. 5). Hierbei ist zu bedenken, dass solche Atteste kostenpflichtig sind (Geb.Ziff. 70 GOÄ), und dies bedeutet im Einzelfall eine nicht unerhebliche Belastung für die Sorgeberechtigten. Außerdem bestimmt § 34 Abs. 5 IfSG, dass die Informationspflicht, ein Kind sei durch eine Infektionskrankheit am Besuch der Gemeinschaftseinrichtung gehindert, die Sorgeberechtigten (und nicht etwa den behandelnden Arzt) trifft.

Die primäre Verantwortung von Eltern und sonstigen Sorgeberechtigten findet sich z. B. auch in der allgemeinen Schulordnung (ASchO) des Landes Nordrhein-Westfalen. Danach ist es zunächst ganz allgemein Sache der Erziehungsberechtigten, die Schule von der Erkrankung des Schülers zu unterrichten, und zwar durch ›einfache‹ Benachrichtigung. Einer der Krankheit untermauernden ärztlichen Bescheinigung bedarf es nicht. Lediglich ››bei begründetem Zweifel, ob Unterricht aus gesundheitlichen Gründen versäumt wird‹‹ ist die Schule berechtigt, ››von den Erziehungsberechtigten ein ärztliches Zeugnis über die Erkrankung des Schülers zu fordern‹‹ (§ 9 Abs. 3 ASchO) (Koch BF: Zum Ausstellen von Schulunfähigkeitsbescheinigungen. *Westfälisches Ärzteblatt* 1999: 13).

Aufgrund des prägenden Gedankens zur (vertrauensvollen) Zusammenarbeit und Eigenverantwortung des Einzelnen (§ 1 Abs. 2 IfSG) einerseits und des berechtigten Interesses gerade von Kindern und Jugendlichen, in Gemeinschaftseinrichtungen vor Infektionsgefahren geschützt zu werden andererseits, hat zur Abwägung des Erfordernisses eines schriftlichen ärztlichen Attestes im Merkblatt geführt.

Ohne die Begründung hier für jede einzelne Erkrankung nachzuvollziehen wird darauf hingewiesen, dass **›bei allen schweren und bedrohlichen Erkrankungen sowie bei Skabies, Impetigo contagiosa und wiederholtem Kopflausbefall‹** eine schriftliche Bescheinigung im Merkblatt empfohlen wird, während bei Erkrankungen, die

- ▶ nach einem bestimmten Intervall ab Krankheitsbeginn nicht mehr ansteckend sind und eine dauerhafte Immunität hinterlassen (Hepatitis A, Masern, Mumps, Windpocken) oder
- ▶ nach einem bestimmten Intervall ab Beginn einer chemotherapeutischen Behandlung nicht mehr übertragbar sind (Keuchhusten, Scharlach, erstmaliger Kopflausbefall) oder
- ▶ nach Abklingen von Durchfall und Erbrechen nicht mehr ansteckend sind (akute Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren)

ein Attest nicht erforderlich ist.

Davon unberührt bleibt das Recht der Einrichtungen, gegenüber Eltern, die wiederholt klinisch kranke Kinder in die Einrichtung schicken, auf einem ärztlichen Attest zu bestehen.

Ansprechpartner im RKI ist Herr Dr. A. Nassauer (Tel.: 018 88. 754–34 70, E-Mail: NassauerA@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.5.2002 (16. Woche 2002)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2001
Baden-Württemberg	82	1333	1609	1	6	2	0	1	2	1	24	52	1	86	187
Bayern	96	1191	1487	0	1	2	0	2	4	1	49	52	9	127	132
Berlin	33	470	360	0	0	1	0	1	3	0	4	2	5	79	75
Brandenburg	42	608	433	0	1	0	0	0	0	0	7	1	5	70	71
Bremen	4	79	94	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	26	8
Hamburg	21	335	260	0	0	0	0	1	1	0	7	4	0	6	7
Hessen	68	851	832	0	1	0	0	5	3	0	5	10	1	48	58
Mecklenburg-Vorpommern	41	525	423	0	1	0	0	0	0	0	6	4	6	103	61
Niedersachsen	80	1292	1045	1	2	1	0	0	0	10	41	23	1	59	54
Nordrhein-Westfalen	133	2205	2255	0	6	2	1	2	1	1	66	50	22	205	175
Rheinland-Pfalz	46	665	745	0	0	0	0	0	2	0	14	9	4	38	22
Saarland	6	139	104	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	12
Sachsen	47	841	835	0	0	2	0	1	0	1	23	14	14	275	206
Sachsen-Anhalt	44	683	1028	0	0	0	0	0	0	1	3	15	11	150	135
Schleswig-Holstein	32	437	517	0	0	2	0	0	1	0	4	1	1	26	12
Thüringen	51	629	601	0	1	0	0	0	0	0	9	9	6	115	131
Gesamt	826	12283	12628	2	19	13	1	13	17	16	264	246	87	1416	1346

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2001
Baden-Württemberg	2	53	93	7	109	184	14	263	355
Bayern	4	36	64	1	68	114	6	185	270
Berlin	1	40	48	5	28	31	0	12	18
Brandenburg	0	6	9	1	8	14	0	8	34
Bremen	1	6	22	0	3	6	0	3	4
Hamburg	2	19	19	0	9	15	0	9	14
Hessen	3	52	66	1	47	68	3	55	113
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	1	0	6	8	0	10	22
Niedersachsen	2	46	63	1	42	76	10	134	150
Nordrhein-Westfalen	4	112	216	9	125	238	5	140	362
Rheinland-Pfalz	0	19	19	2	41	27	2	43	58
Saarland	0	3	6	0	2	13	0	1	15
Sachsen	0	5	23	1	12	20	0	9	27
Sachsen-Anhalt	1	12	7	0	12	11	4	29	51
Schleswig-Holstein	0	24	32	0	13	18	2	10	17
Thüringen	0	8	4	0	15	5	2	9	12
Gesamt	20	443	692	28	540	848	48	920	1522

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-laboridiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, EHEC, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**.

Stand v. 7.5.2002 (16. Woche 2002)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001	
86	1266	1320	6	41	56	13	177	157	39	675	425	207	3171	2745	Baden-Württemberg
82	1145	1013	3	48	39	10	177	185	31	379	178	205	2916	2323	Bayern
48	842	965	6	59	20	3	66	50	45	631	543	74	1453	1070	Berlin
23	455	385	1	2	10	6	83	95	0	99	256	128	2147	1504	Brandenburg
8	104	129	0	1	1	3	27	7	0	4	55	5	107	135	Bremen
28	426	542	0	17	14	3	51	71	10	274	1	48	487	532	Hamburg
39	615	726	1	19	23	7	105	106	6	148	128	89	1372	1131	Hessen
30	401	230	0	0	14	8	138	55	1	71	50	196	2347	1691	Mecklenburg-Vorpommern
50	918	708	1	8	11	8	198	122	4	595	328	152	1802	2606	Niedersachsen
185	2711	2553	4	22	26	22	404	303	160	359	235	258	3825	3690	Nordrhein-Westfalen
30	537	637	3	10	9	4	89	92	94	441	200	109	1649	1000	Rheinland-Pfalz
9	171	182	0	0	1	1	19	14	3	85	3	23	283	219	Saarland
49	1012	818	1	16	43	6	172	214	14	1824	1941	280	5198	4224	Sachsen
23	365	286	0	2	4	10	121	130	81	1117	850	187	2350	3226	Sachsen-Anhalt
18	414	587	0	6	13	1	76	54	0	213	1	26	377	736	Schleswig-Holstein
36	470	409	2	7	23	9	158	148	10	250	52	257	2309	2065	Thüringen
744	11852	11490	28	258	307	114	2061	1803	498	7165	5246	2244	31793	28897	Gesamt

Meningokokken-Erkr.										Masern			Tuberkulose			Land
16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.					
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001					
2002		2001	2002		2001	2002		2001	2002		2001					
1	38	37	0	21	370	14	290	295	1	48	42	Baden-Württemberg				
1	38	37	41	1403	1019	13	306	297	1	48	42	Bayern				
0	11	19	0	14	12	7	94	85	1	48	42	Berlin				
0	5	11	1	2	5	1	53	76	1	48	42	Brandenburg				
0	2	4	0	0	0	1	18	18	1	48	42	Bremen				
0	5	12	0	4	0	9	75	110	1	48	42	Hamburg				
0	20	11	10	27	60	8	251	220	1	48	42	Hessen				
1	8	15	0	2	2	1	48	42	1	48	42	Mecklenburg-Vorpommern				
0	23	31	45	574	237	13	174	171	1	48	42	Niedersachsen				
6	86	90	46	943	480	21	487	512	1	48	42	Nordrhein-Westfalen				
1	8	6	5	127	55	13	86	81	1	48	42	Rheinland-Pfalz				
1	1	5	0	6	4	1	34	65	1	48	42	Saarland				
0	11	12	0	11	9	3	63	83	1	48	42	Sachsen				
1	7	6	1	3	2	7	77	60	1	48	42	Sachsen-Anhalt				
1	11	17	0	9	145	3	62	44	1	48	42	Schleswig-Holstein				
1	11	6	1	13	4	3	43	40	1	48	42	Thüringen				
14	285	319	150	3159	2404	118	2161	2199	14	285	319	Gesamt				

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

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.02.2002).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.5.2002 (16. Woche 2002)

Krankheit	16. Woche 2002	1.–16. Woche 2002	1.–16. Woche 2001	1.–52. Woche 2001
Adenovirus-Infektion	2	19	24	131
Influenza	78	2364	2339	2486
Legionellose	2	69	62	327
FSME	0	5	8	254
Haemophilus-infl.-Infektion	0	15	32	80
Humane spongif.ENZ. *	0	16	29	75
Listeriose	2	52	56	211
Brucellose	3	9	7	25
Hantavirus-Infektion	2	39	45	186
Leptospirose	0	12	8	48
Ornithose	0	9	12	53
Q-Fieber	2	28	135	294
Tularämie	0	2	0	3
Giardiasis	62	853	968	3896
Kryptosporidiose	8	160	115	1482
Trichinellose	0	0	1	5

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

1. Baden-Württemberg, 70 Jahre, weiblich
2. Sachsen-Anhalt, 1 Jahr, weiblich
(13. und 14. HUS-Fall 2002)

► Läuserückfallfieber:

1. Nordrhein-Westfalen, 42 Jahre, weiblich
Die Frau erkrankte am 29.3.2002 nach einer Reise in den Senegal (14.03.–28.03.2002) mit rezidivierenden, kurzdauernden Fieberschüben (Febris recurrens). In mehreren Blutausstrichen waren Plasmodien nicht nachweisbar. Schließlich wurde in einem Giemsa-Präparat *Borrelia recurrentis* nachgewiesen (20.04.2002). Nach einer ambulanten Doxycyclin-Behandlung gingen die klinischen Erscheinungen vollständig zurück. In der Anamnese sind organisierte Ausflüge in die Umgebung hervorzuheben, bei denen z.T. in unsauberen Hotels übernachtet wurde, so dass hier der Kontakt mit den übertragenden Kleiderläusen stattgefunden haben dürfte. Die Kinder der Patientin hatten an der Reise teilgenommen, blieben aber gesund (Bericht aus dem lögd Münster).

► Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF):

1. Hamburg, 40 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien
2. Sachsen, 39 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Australien
3. Bayern, 35 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Indonesien
4. Schleswig-Holstein, 69 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Brasilien
5. Baden-Württemberg, 31 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Thailand
6. Bayern, 21 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Thailand
7. Bayern, 34 Jahre, männlich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Thailand
8. Baden-Württemberg, 27 Jahre, weiblich, Dengue-Fieber nach Aufenthalt in Thailand
(54. bis 61. Dengue-Fall 2002)

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

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut

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

Sylvia Fehrmann

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

Fax.: 01888.754-2459

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

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

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

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

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

Druck

Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273