



Epidemiologisches Bulletin

31. Januar 2003/Nr. 5

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Finnland hat die Masern eliminiert!

Kein autochthoner Erkrankungsfall seit 1996

Das Ziel der WHO, die Masern in Europa bis zum Jahr 2007 zu eliminieren, wurde in **Finnland** mehr als 10 Jahre früher als vorgesehen erreicht. Seit 1996 ist dort kein Fall einer autochthonen Masernerkrankung mehr aufgetreten. Die in Finnland gesammelten Erfahrungen belegen, dass ein europäisches Land mit einer freiwilligen Impfung gegen Masern und einer äußerst konsequent gehandhabten Impfstrategie und Surveillance die Masern innerhalb weniger Jahre eliminieren kann. Diese Erfahrungen sind auch für Deutschland beispielhaft.

Auch in Finnland gab es Anfang der 70er Jahre noch jährlich 15.000 Masernerkrankungen (Inzidenzrate: 366 Erkr. pro 100.000 Einwohner). Die Einführung eines Impfprogramms mit nur einer Impfung gegen Masern im Jahr 1975 führte lediglich zu Impfraten um 70 % und zu einem geringen Rückgang der Inzidenz der Erkrankung.

Da der angestrebte Erfolg ausgeblieben war, wurde die nationale Strategie der Verhütung und Bekämpfung der Masern 1982 entscheidend intensiviert. Das gesamte Programm hatte das Ziel, die Impfraten eindeutig zu verbessern und so einen fühlbaren Rückgang der Erkrankungszahlen zu erreichen. Kostenfrei und auf freiwilliger Basis erhielten alle Kinder erstmals im Alter von 14 bis 18 Monaten und nochmals im Alter von sechs Jahren eine MMR-Impfung (Masern-Mumps-Röteln-Impfung). In einem *Catch-up*-Programm wurden darüber hinaus bis 1986 Kinder zwischen einem und sechs Jahren nachgeimpft. Erste Erfolge: Die Impfrate betrug 1986 81 %, verglichen mit 1982 war die Inzidenz der Masern um 93 % gesunken. Das bereits erreichte positive Ergebnis wurde dann durch gezieltes Kontrollieren und Komplettieren des Impfschutzes zu verschiedenen Anlässen (Wehrdienst, Ausbildung von Krankenschwestern, Mütter, die nach einer Geburt keinen Röteltiter aufwiesen) weiter verbessert. Die Eltern nichtgeimpfter Kinder wurden durch medizinisches Personal besonders auf fehlende Impfungen hingewiesen. Begleitend wurde die Masern-Surveillance ausgebaut; seit 1987 wurde jede Masernerkrankung labordiagnostisch gesichert. Parallel lief eine Aufklärungskampagne in den Massenmedien ab. Diese Bemühungen führten zu einer MMR-Impfrate von über 96 % und bewirkten zugleich, dass neben den Masern seit 1997 auch Mumps und Röteln in Finnland eliminiert sind. Vier seit 1996 nach Finnland importierte Masernfälle hatten keine Sekundärinfektionen zur Folge!

Die Gesundheitsbehörden Finnlands sind sich darüber im Klaren, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, um den erreichten Stand zu sichern und auch in der Zukunft Masernausbrüchen vorzubeugen: Dauerhaft hohe Impfraten sollen durch die routinemäßige 2-malige MMR-Impfung bei Kindern erhalten bleiben, eine anhaltende Masern-Surveillance soll durch die Gesundheitsbehörden erfolgen. Derzeit wird in Finnland eine Kohortenstudie zum Verlauf der Antikörpertiter nach Masernimpfung durchgeführt, die einen Zeitraum von 20 Jahren umfassen soll. Es gibt Hinweise darauf, dass das Fehlen der natürlichen Boosterung die Antikörpertiter im zeitlichen Verlauf rascher sinken lässt.

Quelle: Rose A: Measles eliminated in Finland since 1996 – will it last? *Eurosurveillance Weekly* 2003; 7: 030116

Diese Woche

5/2003

Masern:

- ▶ Elimination in Finnland
- ▶ Zum Management bei importierten Fällen in den USA
- ▶ Aktueller Ausbruch in Niedersachsen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

Stand vom 29. Januar 2003

(2. Woche)



Zum Management bei importierten Masern in den USA

Ein Beispiel epidemiologischer Surveillance mit hoher Effizienz

Am 16. Februar 2001 wurde den Gesundheitsbehörden des Bundesstaates **Texas** die Masernerkrankung eines 10 Monate alten Kindes gemeldet, das erst wenige Tage zuvor als Adoptivkind einer amerikanischen Familie aus **China** eingereist war. Nachdem die Erkrankung rasch klinisch und labordiagnostisch gesichert worden war, leiteten die informierten *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) in Atlanta unverzüglich eine sich über mehrere Staaten erstreckende Umgebungsuntersuchung aller möglichen Kontaktpersonen in den USA ein und bezogen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden in China auch das Waisenhaus, in dem sich das Kind aufgehalten hatte, in die Ermittlungen ein. Mit dem Ziel, weitere Erkrankungen zu verhüten, veranlasste es vorbeugende Maßnahmen: **Aufklärung und Beobachten des Gesundheitszustandes** der möglicherweise betroffenen Personen, ergänzende **Schutzimpfungen gegen Masern**.

Im Rahmen von Umfelduntersuchungen konnten insgesamt 14 weitere Masernfälle aufgedeckt werden (13 serologisch bestätigte, 1 gesicherter epidemiologischer Zusammenhang). Zehn der Erkrankten waren chinesische Kinder im Alter von 9–12 Monaten, die kürzlich adoptiert worden waren und zuvor im gleichen Waisenhaus wie das Indexkind gelebt hatten; des Weiteren erkrankten zwei der US-amerikanischen Adoptivmütter sowie ein bereits in den USA lebendes Geschwisterkind eines gesunden adoptierten Kindes. Wie aufgrund des Erkrankungsverlaufs und der bekannten Inkubationszeit geschlossen werden konnte, hatten alle drei die Infektion in China erworben. Eine Kontaktperson in den USA – eine Haushälterin, die eine

Woche lang im selben Haus wie ein an Masern erkranktes Kind gelebt hatte – entwickelte Masern; dies wurde als im Lande entstandene Sekundärerkrankung (mit Kontakt zu einem importierten Fall) eingestuft. Nach entsprechenden Bekämpfungsmaßnahmen in den USA und im chinesischen Waisenhaus wurden nach dem 8. März keine erneuten Erkrankungen gemeldet.

Der berichtete „Import“ von 13 Masernerkrankungen und einer in epidemiologischem Zusammenhang in den USA erworbenen Infektion in einer Bevölkerung mit hoher Impfrate und niedriger Inzidenz (zwischen 1997 und 2001: 86–138 Masernfälle/Jahr, davon 24–47% „importierte“ Erkrankungen) zeigt, wie wichtig die Surveillance und konsequente Immunisierung der Bevölkerung auch weiterhin sind. Um das Einschleppen von Masern und eine anschließende Verbreitung innerhalb der USA zu verhindern, empfehlen die CDC allen US-Bürgern, die ins Ausland reisen, zuvor ihren Immunitätsstatus zu prüfen und ggf. zu komplettieren. Angesichts eines steigenden Anteils von Masernerkrankungen adoptierter Kinder an den importierten Masern insgesamt (20% im Jahr 2001!) und der Zahl von 19.230 Adoptionsfällen im Jahr 2001 sehen die CDC Handlungsbedarf. Adoptionswillige Eltern und mögliche Kontaktpersonen werden daher aufgefordert, vor der Adoption ihren Impfstatus zu überprüfen und die Kinder, falls noch nicht geimpft, rasch nach ihrer Ankunft in den USA impfen zu lassen.

Quelle: Reynolds A et al.: Measles Outbreak Among Internationally Adopted Children Arriving in the United States, February–March 2001. *JAMA* 2003; 289: 417–418

Zu einem aktuellen Masernausbruch im Landkreis Verden (Niedersachsen)

Seit Dezember 2002 sind dem Gesundheitsamt im Landkreis **Verden** vermehrt Masernfälle gemeldet worden. Der Ausbruch hat seinen Ursprung in einem anthroposophischen Kindergarten bzw. Schulkomplex und ist bislang im Wesentlichen darauf beschränkt. Dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt in Hannover wurden bis zum 28. Januar 2003 insgesamt 106 gemeldete Masernfälle übermittelt, die im Zusammenhang mit diesem Ausbruch stehen. 20 der gemeldeten Erkrankungen traten im Nachbarlandkreis **Rotenburg** auf, haben ihren Ursprung aber ebenfalls im Landkreis Verden. Außerdem wurde eine Masernerkrankung aus dem benachbarten Landkreis **Osterholz** übermittelt. Der hier erkrankte 13-jährige Jugendliche musste wegen einer Masernenzephalitis stationär behandelt werden. Er besucht zwar nicht den als Infektionsherd wirkenden Schulkomplex, auf Grund des Aufenthaltes in enger räumlicher Nähe wird aber ein Zusammenhang mit dem Ausbruch in Verden angenommen. Glücklicherweise war der Verlauf dieser Erkrankung günstig und es kam zu einer Heilung.

In der Abbildung 1 ist die Epidemiekurve dargestellt. Es wurde das übermittelte Erkrankungsdatum zugrunde

gelegt (in neun Fällen wurde kein Erkrankungsdatum übermittelt, diese Fälle sind nicht aufgeführt). Die ersten drei Fälle sind zwischen 28.11.02 und 4.12.02 aufgetreten, eine zweite Erkrankungswelle mit acht Erkrankungsfällen zwischen 9. und 14.12. Der bislang zu beobachtende Höhepunkt lag in den Weihnachtsferien zwischen dem 29.12.02 und dem 7.1.03. Nachfolgend ist bislang noch eine kleinere Erkrankungswelle um den 13.1. aufgetreten. Die Abbildung zeigt damit eindrucksvoll, wie sich die Erkrankungszahlen entsprechend einer mittleren Inkubationszeit von etwa 11 Tagen verteilen. Wie Abbildung 2 ausweist, sind Kinder und Jugendliche im Alter von einem Jahr bis zu 19 Jahren betroffen (ein Schwerpunkt ist bei den 4- bis 6-jährigen erkennbar). Vier Erkrankte sind älter als 20 Jahre.

Nach den vom Gesundheitsamt durchgeführten Ermittlungen waren die Erkrankten nicht gegen Masern geimpft. Insgesamt liegt die Masern-Impfquote in Verden in der letzten Erhebung der Schuleingangsuntersuchung 2001 bei 86,8% (bezogen auf vorgelegte Impfausweise) und damit unter dem Landesdurchschnitt (91,1%). Von 9,3% der Kinder lagen keine Informationen zum Impfstatus vor. Die Angaben für die 2. Masernimpfung, die im

Anzahl d. Erkr.

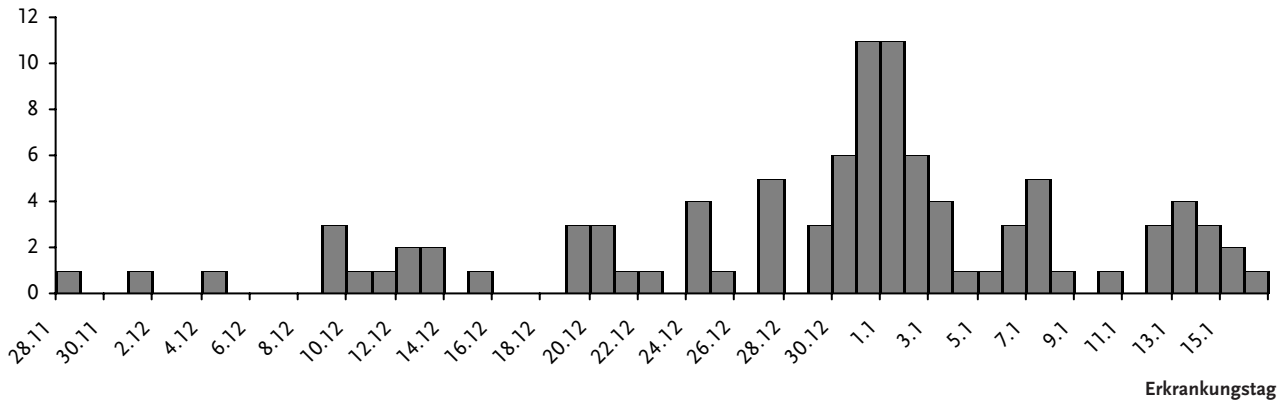


Abb. 1: Gemeldete Masernerkrankungsfälle in den Landkreisen Verden, Rotenburg und Osterholz nach Erkrankungstagen (28.11.02–16.1.03, Stand 28.1.2003; N=97)

Jahr 2001 zum ersten Mal flächendeckend erhoben wurden, liegen mit 56,2% über dem Landesdurchschnitt (33,7%). Der Träger des betroffenen Schulkomplexes lässt keine Schuleingangsuntersuchungen durch das Gesundheitsamt durchführen, insofern sind die in dieser Einrichtung fehlenden Impfungen nicht in die vorstehend zitierte Statistik eingegangen.

In den benachbarten Kreisen Rotenburg und Osterholz liegen die Raten der 1. MMR-Impfung etwas höher: Im Landkreis Rotenburg liegt die Impfquote 2001 bei 90,9% für die 1. und 17,0% für die 2. Masern-Impfung. 14,9% der Kinder hatten keinen Impfausweis vorgelegt. Für Osterholz liegen die Werte bei 89,9% und 24,8%. 8,8% der Kinder legten keinen Impfausweis vor. Alle in dieser Region Niedersachsens registrierten Masern-Impfraten liegen allerdings deutlich unter den angestrebten 95%, die notwendig sind, eine zur Verhütung der Weiterverbreitung ausreichende Populationsimmunität zu erhalten.

Das Gesundheitsamt Verden hat bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt die Eltern im Landkreis über die entsprechenden Gemeinschaftseinrichtungen auf die Masernerkrankungen hingewiesen und empfohlen, den Impfstatus der Kinder zu überprüfen und nötigenfalls zu komplettieren. Das Propagieren notwendiger Impfungen über die Gemeinschaftseinrichtungen hat sich allgemein als besonders effektiv erwiesen. Daneben wurden die nieder-

gelassenen Ärzte der Region über den Ausbruch informiert und es wurde dabei noch einmal auf die bestehende Meldepflicht hingewiesen. Außerdem werden die laufenden Schuleingangsuntersuchungen dazu genutzt, verstärkt mit Eltern über die Masernimpfung ins Gespräch zu kommen. Im betroffenen Schulkomplex wurde unter Berücksichtigung der speziellen Situation und der dort verfestigten Vorbehalte gegenüber der Impfung seitens des Gesundheitsamtes zurückhaltend agiert. Aus diesem Grunde wurde auch auf eine Pressemitteilung des Amtes verzichtet. Aus der Sicht des Gesundheitsamtes wird angeregt, die Haltung der Leitung von Schulen oder Einrichtungen zur Betreuung von Kindern zu den für die Gesamtgemeinschaft relevanten Impfungen grundsätzlich zu diskutieren und dabei z. B. den Unterschied zwischen individuellen Haltungen einzelner Eltern und Haltungen der für die Betreuung einer Gemeinschaft von Kindern und Jugendlichen Verantwortlichen herauszuarbeiten. Der hier beschriebene Ausbruch zeigt erneut, dass durch skeptische oder auch ablehnende Haltungen gegenüber Schutzimpfungen in Teilen naturheilkundlich ausgerichteter Bevölkerungsgruppen Probleme entstehen können.

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. F. Feil, NLGA, Hannover (E-Mail: Fabian.Feil@nlga.niedersachsen.de) und Herrn Dr. B. Krüger, Amt für Gesundheit und Umweltmedizin des LK Verden in Verden/Aller (E-Mail: bernhard-krueger@landkreis-verden.de).

Anzahl d. Erkr.

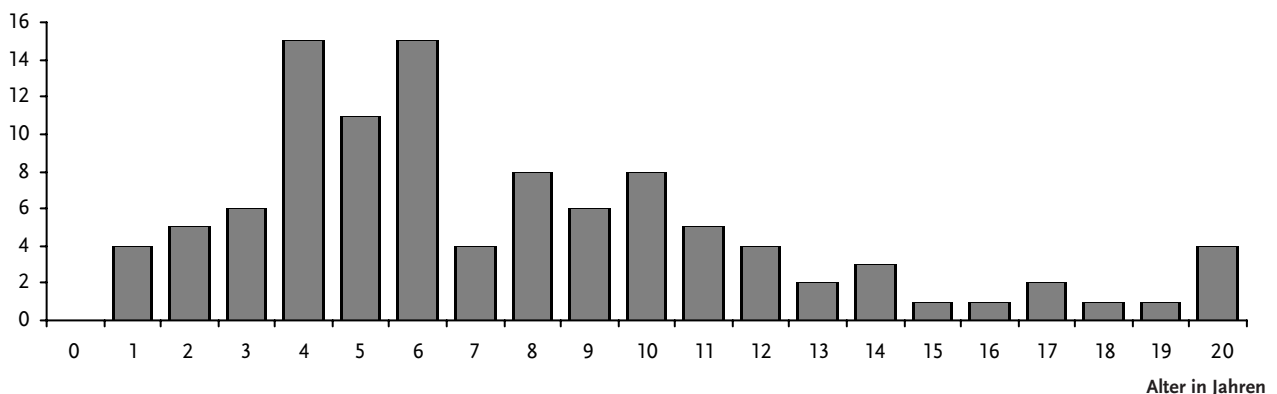


Abb. 2: Gemeldete Masernerkrankungsfälle in den Landkreisen Verden, Rotenburg und Osterholz nach dem Alter, 49. KW 2002 bis 4. KW 2003 (vorläufig, Stand: 28.1.03)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 29.1.2003 (2. Woche)

Land	Darminfektionen																
	Salmonellen-Ent.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.			Campylobacter-Inf.			Shigellose				
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	70	146	193	2	6	1	7	9	5	45	90	135	1	2	6		
Bayern	77	118	151	4	4	5	7	9	9	53	94	122	0	1	8		
Berlin	21	29	47	1	1	2	4	7	12	36	57	102	8	8	6		
Brandenburg	16	30	78	0	0	0	5	7	9	24	33	62	0	0	0		
Bremen	3	8	11	0	0	0	0	1	4	3	5	8	0	1	0		
Hamburg	8	15	37	0	2	0	0	0	2	13	23	51	0	1	2		
Hessen	41	68	89	1	1	0	3	4	1	40	63	70	1	2	4		
Mecklenburg-Vorpommern	28	33	45	1	1	0	2	3	14	15	25	51	0	0	0		
Niedersachsen	52	100	139	0	0	2	2	6	5	48	73	105	0	0	0		
Nordrhein-Westfalen	126	216	266	6	9	5	13	22	25	169	254	378	1	1	3		
Rheinland-Pfalz	42	74	81	2	2	2	3	4	3	34	53	56	0	2	3		
Saarland	9	14	10	0	0	1	0	0	0	20	27	37	0	0	0		
Sachsen	51	60	64	1	1	0	4	5	21	28	48	111	1	2	0		
Sachsen-Anhalt	41	58	59	0	0	0	5	9	17	10	20	42	1	1	0		
Schleswig-Holstein	19	35	60	0	0	2	2	2	1	20	29	42	0	0	0		
Thüringen	26	38	56	0	0	1	7	9	8	13	25	47	0	0	0		
Gesamt	630	1042	1386	18	27	21	64	97	136	571	919	1419	13	21	32		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	2	4	6	1	2	10	4	6	22		
Bayern	3	4	3	2	2	5	2	8	23		
Berlin	2	3	7	2	6	5	0	0	0		
Brandenburg	1	1	2	0	0	2	0	0	0		
Bremen	0	0	2	0	0	1	0	0	1		
Hamburg	1	2	4	0	0	1	0	0	0		
Hessen	6	9	4	3	3	4	2	3	2		
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
Niedersachsen	2	4	6	6	6	3	3	3	21		
Nordrhein-Westfalen	12	18	18	9	12	16	6	13	13		
Rheinland-Pfalz	1	3	2	0	0	4	0	2	5		
Saarland	0	0	2	0	0	0	0	0	0		
Sachsen	1	1	1	0	0	0	0	0	1		
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	0	4	0	0	4		
Schleswig-Holstein	4	4	4	0	1	3	0	1	0		
Thüringen	0	0	0	0	0	2	1	1	0		
Gesamt	35	53	62	23	32	61	18	37	92		

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**

Stand v. 29.1.2003 (2. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen															Land
Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			Giardiasis			Kryptosporidiose			
2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	
2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002		
7	17	14	270	500	18	22	65	227	3	8	20	1	1	3	Baden-Württemberg
7	19	17	43	72	48	67	127	193	5	11	13	0	0	0	Bayern
3	5	5	136	223	146	48	91	85	2	2	7	1	1	0	Berlin
6	6	5	182	535	29	54	88	96	1	1	3	0	0	0	Brandenburg
1	1	1	2	38	0	4	4	2	1	1	1	0	0	1	Bremen
4	6	7	58	176	17	8	10	43	1	1	1	0	0	0	Hamburg
6	6	8	39	169	2	35	50	101	1	4	2	1	3	0	Hessen
1	3	13	31	40	21	35	51	65	1	1	5	0	0	1	Mecklenburg-Vorpommern
9	18	20	224	515	30	33	54	118	2	3	2	0	1	3	Niedersachsen
12	25	45	277	441	1	96	184	362	9	12	15	0	1	5	Nordrhein-Westfalen
5	6	10	113	226	23	27	68	139	1	3	4	0	0	1	Rheinland-Pfalz
2	2	7	58	62	6	8	8	17	0	0	0	0	0	0	Saarland
11	18	26	462	541	132	82	127	191	5	5	6	1	1	3	Sachsen
5	10	9	110	131	114	84	121	110	0	1	8	0	0	0	Sachsen-Anhalt
3	6	6	144	286	0	22	36	20	3	4	4	0	0	0	Schleswig-Holstein
9	10	20	197	241	1	52	80	78	0	0	2	0	0	1	Thüringen
91	158	213	2346	4196	588	677	1164	1847	35	57	93	4	8	18	Gesamt

										Land
Meningokokken-Erkr.			Masern			Tuberkulose				
2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.		
2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002			
0	1	5	1	1	2	10	17	37	Baden-Württemberg	
2	4	11	1	3	123	10	14	31	Bayern	
3	3	0	0	0	0	6	8	13	Berlin	
1	2	1	0	0	0	5	6	9	Brandenburg	
0	0	1	0	0	0	2	2	4	Bremen	
0	2	2	1	1	0	0	0	14	Hamburg	
3	5	3	0	0	1	15	22	25	Hessen	
1	1	0	0	0	0	1	1	3	Mecklenburg-Vorpommern	
1	5	3	13	15	59	6	9	23	Niedersachsen	
7	10	6	4	11	44	34	54	68	Nordrhein-Westfalen	
1	1	2	0	0	11	3	5	7	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	3	4	1	Saarland	
0	1	1	0	0	6	7	7	9	Sachsen	
1	3	1	1	1	0	3	4	2	Sachsen-Anhalt	
1	1	2	4	4	0	3	6	10	Schleswig-Holstein	
0	0	1	0	0	1	1	1	3	Thüringen	
21	39	39	25	36	247	109	160	259	Gesamt	

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

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 29.1.2003 (2. Woche)

Krankheit	2. Woche 2003	1.–2. Woche 2003	1.–2. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Infektion	0	0	5	75
Influenza	6	7	15	2577
Legionellose	4	6	10	401
FSME	0	0	0	237
Haemophilus-infl.-Infektion	2	3	6	53
Humane spongif.ENZ. *	0	0	3	50
Listeriose	0	5	11	226
Brucellose	0	0	2	35
Dengue-Fieber #	2	2	5	217
Hantavirus-Infektion	2	2	2	227
Leptospirose	0	2	1	56
Ornithose	1	1	0	41
Q-Fieber	1	2	2	189
Tularämie	0	0	0	5
Paratyphus	1	1	0	66
Typhus	2	2	5	58
Trichinellose	0	0	0	7

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Meldetechnisch erfasst unter „Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)“.

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

1. Bayern, 1 Jahr, weiblich (25. Woche 2002)
2. Bayern, 1 Jahr, weiblich (48. Woche 2002)
3. Bayern, 2 Jahre, männlich (49. Woche 2002)
4. Sachsen-Anhalt, 9 Jahre, männlich (51. Woche 2002)
(91. bis 94. HUS-Fall 2002)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**Hinweise zur aktuellen Influenza-Situation**

Die in der 4. Woche vorliegenden Befunde signalisieren eine bundesweite Zunahme der Influenza-Aktivität, so dass es auf dieser Basis in der nächsten Zeit zu vermehrten Influenza-Erkrankungen und auch örtlichen Ausbrüchen kommen könnte. Im System der Meldepraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) war eine deutliche Zunahme der Erkrankungen bisher nicht zu erkennen. Die aktuell nachgewiesenen Influenzaviren gehören, soweit sie subtypisiert sind, zum Subtyp H₃N₂.

Quelle: Wochenbericht der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK), Marburg, und dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza am RKI und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover.

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: 01888.754-2628
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**

Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)

Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: KiehlW@rki.de

Dr. med. Ines Steffens, MPH

Tel.: 01888.754-2224
E-Mail: SteffensI@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 Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

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

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

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

Zur Zeit Hans Andersch GmbH, Berlin

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 A14273