



Epidemiologisches Bulletin

9. Dezember 2005/ Nr. 49

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zu einem Paratyphus-Ausbruch im Raum Ulm/Neu-Ulm 2004

Aus den Gesundheitsämtern Ulm und Neu-Ulm wird nachfolgend über eine örtliche Häufung von Paratyphus B berichtet, die sich schon im Sommer 2004 ereignet hat und wegen der ermittelten Umstände der Übertragung nützliche Erfahrungen vermittelt:

Im Sommer 2004 sind im Raum Ulm/Neu-Ulm insgesamt zehn Personen an Infektionen durch *Salmonella* Paratyphi B erkrankt, von denen nach Abschluss aller Untersuchungen und Ermittlungen neun einem einheitlichen Ausbruchsgeschehen zuzuordnen waren.

Ende Juni 2004 waren zunächst drei Geschwisterkinder (zwei Mädchen, Zwillinge, 10 Jahre, und deren Bruder, 5 Jahre alt) betroffen, welche stationär in der Universitätskinderklinik Ulm mit teilweise schwerem Krankheitsbild (Osteomyelitis) behandelt werden mussten. Von dort erfolgte Anfang Juli die Meldung an das Gesundheitsamt (GA) Ulm, welches unverzüglich das für den Wohnort der Kinder zuständige GA Neu-Ulm einschaltete. Zu diesen drei Geschwisterkindern kamen in kurzer Folge drei weitere Kinder aus drei verschiedenen Familien hinzu.

Ein epidemiologischer Zusammenhang zwischen diesen ersten sechs an Paratyphus B erkrankten Kindern (Erkrankungstage vom 23. bis 30. Juni 2004) konnte anfangs nicht gefunden werden. Keines der sechs Kinder hatte in der Anamnese einen Auslandsaufenthalt während des letzten Jahres und es gab keinen erkennbaren Hinweis auf eine menschliche Infektionsquelle. Die Befragungen der erkrankten Kinder und ihrer Familien konzentrierten sich daher im Weiteren auf mögliche Gemeinsamkeiten im Lebensmittelverzehr. Die Gesundheitsämter von Bayern und Baden-Württemberg sowie die niedergelassenen Kinderärzte der Region wurden über das gehäufte Auftreten von Paratyphus-B-Infektionen informiert und um besondere Aufmerksamkeit gebeten. Wegen des in der zweiten Julihälfte in Ulm stattfindenden traditionellen Fischerstechens und des Schwörmontags mit großen Besucherzahlen waren die Gesundheitsbehörden besonders sensibilisiert.

Durch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode, konnte recht rasch bei allen sechs Patienten der **Lysotyp Taunton/B7** nachgewiesen werden (es kamen zwei Lysotypsysteme zum Einsatz). Besonderes Merkmal dieser Stämme war eine einheitliche und ungewöhnliche Chloramphenicol/Sulfonamid-Doppelresistenz. Im Jahr 1999 war dieser Lysotyp im Rahmen eines größeren Ausbruchs ausgehend von **Antalya (Türkei)** in Erscheinung getreten (309 Fälle in 8 Ländern). Im Raum Ulm war dieser Lysotyp im Juli 2003 zufällig bei einem 20-jährigen türkischen Mann diagnostiziert worden. Dieser Mann war von Beruf Gipser und hatte sich im Sommer 2003 wegen eines „Lebensmittelzeugnisses“ an seinen Hausarzt gewandt, weil er beabsichtigte, einen Kebab-Stand zu eröffnen. Der konsultierte niedergelassene Arzt hatte in Unkenntnis der Bestimmungen der §§ 42/43 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) keine Belehrung, sondern eine Stuhlprobe veranlasst. Diese erbrachte den Nachweis von *S. Paratyphi B*, der Stamm wurde im NRZ später als Lysotyp Taunton/B7

Diese Woche 49/2005

Paratyphus:

Bericht zu einem Ausbruch in Ulm/Neu-Ulm im Jahr 2004

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

KiGGS aus der Sicht kommunaler Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD)

Schutzimpfungen:

Durchimpfungsgrad bei der Schuleingangsuntersuchung 2004

Mitteilungen aus dem RKI:

- ▶ Personalia
- ▶ Kommission Infektions-epidemiologie am RKI wählte neuen Vorstand
- ▶ Hygienepreis 2004 der Rudolf-Schülke-Stiftung

Veranstaltungshinweise

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
46. Woche 2005
(Stand: 7. Dezember 2005)

ARE/Influenza:

Zur aktuellen Situation

Aviäre Influenza:

Update



eingordnet. Die damaligen Nachfragen des GA Ulm hatten ergeben, dass der symptomlose Mann zuletzt zu Silvester 2002 in der Türkei gewesen und nicht im Lebensmittelbereich tätig war. Er wollte auch Abstand nehmen von der ursprünglich geplanten Tätigkeit im Lebensmittelgewerbe und entzog sich einer eingehenden Aufklärung und Beratung durch das Gesundheitsamt; vermutlich fand auch keine antibiotische Behandlung statt.

Im Rahmen der Befragungen und Ermittlungen im Juli 2004 stellte sich nun heraus, dass die Eltern dieses Mannes ein Jahr zuvor einen Kebab-Stand in Neu-Ulm eröffnet und seither betrieben hatten. Ob und inwieweit der junge Gipsler selbst bei dem Döner-Stand mitgearbeitet hatte, konnte nicht zuverlässig eruiert werden.

Gleichzeitig gingen außer von den erwähnten sechs Kindern weitere Meldungen von Paratyphus-B-Erkrankungen ein: Aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis wurde die Erkrankung eines Studenten gemeldet, welcher bis Anfang Juli 2004 in Ulm studiert, in Neu-Ulm gewohnt hatte und am 4. Juli 2004 erkrankt war. Außerdem erkrankten ein 40-jähriger (am 13. Juli 2004) und ein 23-jähriger Mann (am 16. Juli 2004) ebenfalls an Paratyphus B, Lysotyp Taunton/B7. Die Stämme all dieser Erkrankten wiesen in der Pulsfeldgel-Elektrophorese (PFGE) den gleichen Typ auf. Zusätzlich war eine junge Frau aus Ulm während eines Türkeiurlaubs an Paratyphus B durch einen Erreger desselben Lysotyps erkrankt, allerdings unterschied sich dieser Stamm in der PFGE.

Durch gemeinsame Ermittlungen der Gesundheitsämter Neu-Ulm und Ulm unter Beteiligung der Klinikhygiene des Universitätsklinikums Ulm und der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI konnte schließlich Ende Juli 2004 ein epidemiologischer Zusammenhang hergestellt werden: Acht von den neun Erkrankten mit dem Ausbruch-PFGE-Muster gaben zuverlässig an, kurz vor oder zu Beginn der Inkubationszeit an dem bestimmten Kebab-Stand in Neu-Ulm gegessen zu haben. Bei den zwei Beschäftigten dieses Imbissstandes, einem türkischen Ehepaar (den Eltern des erwähnten 20-jährigen Gipslers), wurden dann bei Kontrolluntersuchungen ebenfalls *S. Paratyphi B*, Lysotyp Taunton/B7, nachgewiesen. Beide waren – wie ihr Sohn – als asymptomatische Ausscheider einzuschätzen. Diese beiden Personen waren im Jahr 2003 vom GA Ulm regulär nach den Bestimmungen der §§ 42/43 IfSG belehrt worden (Erstbelehrung). Das Gefährdungspotenzial durch deren *S.-Paratyphi-B*-Ausscheidertum konnte dabei nicht erkannt werden, da keinerlei Symptomatik bei den Betroffenen vorlag und Stuhlproben vor Aufnahme der Tätigkeit im Lebensmittelgewerbe nach dem IfSG nicht mehr obligatorisch vorgesehen sind. Eine Notwendigkeit zur Abklärung eines nicht auszuschließenden Infektionsrisikos war in diesem Fall nicht zu erkennen.

Nach Diagnosesicherung unterlagen diese Beschäftigten einem sofortigen Tätigkeitsverbot nach § 42 IfSG; sie ließen sich antibiotisch behandeln. Der Kebab-Imbiss wurde nach Begehung durch Gesundheitsamt und Lebensmittelüberwachung auf freiwilliger Basis vorübergehend geschlossen und in dieser Zeit umgebaut. Nach Schließung

des Kebab-Standes wurden keine weiteren Erkrankungsfälle mehr bekannt. Lebensmittelproben zwecks Erregernachweis in verdächtigen Speisen waren von der bayerischen Lebensmittelüberwachung nicht gezogen worden. Ein lückenloser Nachweis der Infektionskette war damit nicht möglich.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bei diesem Ausbruch im Sommer 2004 sind im Zeitraum vom 23. Juni bis zum 16. Juli 2004 insgesamt zehn Personen (überwiegend Kinder) zum Teil lebensbedrohlich schwer an Paratyphus B erkrankt. Drei Dauerausscheider von *S. Paratyphi B* des gleichen Lysotyps konnten mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit als Infektionsquelle ermittelt und spezifisch behandelt werden. Aus Sicht der Gesundheitsämter Neu-Ulm und Ulm wird an diesem Paratyphus-B-Ausbruch deutlich, dass das Routineverfahren zur Zulassung einer Tätigkeit im Umgang mit Lebensmitteln nach §§ 42/43 IfSG allein nicht geeignet ist, um Infektionen durch Langzeitausscheider von Erregern bakterieller Darminfektionen über Lebensmittel sicher zu verhüten. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die sinnvollen Belehrungen, welche durch sprachliche und intellektuelle Einschränkungen oftmals erschwert sind, nicht doch durch Stuhluntersuchungen flankiert werden sollten. Die Anordnung derartiger Untersuchungen bei erkennbaren potenziellen Hinderungsgründen für die Aufnahme der Tätigkeit ist bereits jetzt möglich und in das Ermessen des ÖGD gestellt (s. a. nachfolgender Kommentar aus dem RKI). Kriterien für derartige ergänzende Untersuchungen könnten im Rahmen der Qualitätssicherung entwickelt werden.

Außerdem unterstreichen die gewonnenen Ermittlungsergebnisse, dass eine – ggf. auch überregionale – Zusammenarbeit von Laboratorien, Kliniken, Ärzteschaft und Gesundheitsämtern sowie ein enger Austausch mit Experten auf der Landesebene, dem NRZ (Stammeinsendung! Stammtypisierung!) sowie dem RKI als koordinierender Institution für eine erfolgreiche Aufklärung und effektive Infektionsbekämpfung notwendig sind. Darüber hinaus sei auch an dieser Stelle auf die Bedeutung einer qualifizierten Lebensmittelüberwachung hingewiesen.

Für diesen Erfahrungsbericht danken wir Herrn Dr. Theodor Gonser und Herrn Jens Eberhard, Gesundheitsamt Ulm im LRA Alb-Donau-Kreis (E-Mail: Theodor.Gonser@alb-donau-kreis.de) sowie Herrn Dr. Albrecht Embacher, Gesundheitsamt Neu-Ulm im LRA Neu-Ulm.

Kommentar: Die Ineffektivität obligatorischer Stuhluntersuchungen vor erstmaliger Aufnahme einer Tätigkeit im Umgang mit Lebensmitteln hatte zu einer Änderung der entsprechenden Rechtsvorschrift im IfSG geführt.

Mit der Einführung des IfSG haben im Zusammenhang mit der Belehrung der Personen, die in einem „Lebensmittelberuf“ tätig werden wollen, und dem Ausstellen der Bescheinigung des Gesundheitsamtes gemäß § 43 IfSG das **Eruieren von Hinderungsgründen** und das **wirksame Übermitteln der Anforderungen an das hygienische Verhalten** eine ganz besondere Bedeutung erlangt. Hinderungsgründe in Form von Anhaltspunkten für mögliche

Infektionsrisiken können z. B. bei Personen bestehen, die aus Gebieten kommen oder sich dort kürzlich aufgehalten haben, in denen Erreger von Darminfektionen wesentlich stärker als in Deutschland verbreitet sind. Hier könnten Stuhluntersuchungen zum Ausschluss von Personen, die Erreger von Darminfektionen über längere Zeit ausscheiden, indiziert sein. Möglichkeiten dazu eröffnet § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 IfSG; dies kann durch die obersten Landesgesundheitsbehörden in Erlassen konkretisiert werden.

Die Belehrung vor Aufnahme der Tätigkeit bzw. auch die Wiederholungsbelehrung sollte mit hoher Sicherheit erreichen, dass die hygienisch begründeten Verhaltensanforderungen verstanden und akzeptiert werden. Eine Garantie der Einhaltung kann sie verständlicherweise nicht geben. Durch periodische Kontrollen kritischer Punkte im Arbeitsablauf kann die Lebensmittelüberwachung wertvolle

Beiträge zum Schutz vor Infektionen leisten. – Durch eine adäquate und konsequent durchgeführte Händehygiene hätte dieser Ausbruch mit mehreren sehr schwer verlaufenden Erkrankungen verhindert werden können. Eine Keimstreuung über Lebensmittel, wie sie in dem Bericht aus Ulm beschrieben wurde, setzt ein wiederholt unhygienisches Verhalten (z. B. bei der Toilettenhygiene) voraus.

Der Ausbruch bekräftigt erneut, dass jeder Einzelfall einer spezifischen Darminfektion zum Ausgangspunkt von Ermittlungen werden muss, deren wichtigstes Ziel die Verhütung weiterer Infektionen aus gleicher Quelle ist. Das Instrumentarium des IfSG erscheint nach bisheriger Erfahrung insgesamt geeignet, die Gefahr von Lebensmittelinfektionen durch infiziertes Personal bis auf ein geringes Restrisiko zu verringern.

Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): KiGGS aus der Sicht kommunaler Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD)



In regelmäßigen Abständen wird an dieser Stelle über den Verlauf und ausgewählte Aspekte des KiGGS berichtet. Von der Projektleitung wurde um eine Stellungnahme aus kommunaler Sicht gebeten, daher wird nachfolgend eine Einschätzung des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheits des Berufsverbandes der Ärzte im ÖGD wiedergegeben.

Es werden zunächst allgemeine Überlegungen zum Beitrag kommunaler KJGDs zur Beschreibung und Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland angestellt und anschließend Möglichkeiten der Vernetzung zwischen KiGGS und einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung erörtert.

Die Aufgaben der kommunalen KJGD umfassen¹

- ▶ die Gesundheitsförderung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder,
- ▶ das Hinwirken auf eine gesunde, altersgerechte Entwicklung durch die Feststellung des jeweiligen individuellen Förderbedarfes mittels Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen in Schulen und anderen Einrichtungen,
- ▶ die Reduzierung der Folgeschäden bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen durch sozialpädiatrische Hilfen mit dem Ziel, notwendige Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen zu initiieren,
- ▶ die Beratung der öffentlichen Entscheidungsträger u. a. in Form der Gesundheits- (u. Sozial-) Berichterstattung.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung bildet eine Grundlage für kommunale Planungs- und Umsetzungsprozesse sowie deren Evaluation. Sie kann diesem Anspruch umso besser genügen, je mehr sie als kleinräumige Gesundheits- (und Sozial-)berichterstattung in der Lage ist, die Situation im konkreten Lebensumfeld der Menschen zu beschreiben. Die auch innerhalb einer Kommune bestehende Verschiedenartigkeit dieser „Lebenswelten“² trägt neben den sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen, unter denen kommunale KJGD (falls überhaupt als eigener Dienst vorhanden) arbeiten, mit dazu bei, dass eine **bundesweit einheitlich durchgeführte und dokumentierte Schuleingangsuntersuchung (SEU)** derzeit oftmals noch als ferne Zukunftsmusik erscheinen mag.

Eine bundesweite Erhebung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – wie sie mit KiGGS praktiziert wird – ist aus kommunaler Sicht längst überfällig und wird daher ausdrücklich begrüßt. Problematisch für manche KJGD war vor allem in der Anfangsphase dieser Erhebung, dass das zur Begründung des KiGGS angeführte Argument fehlender bundesweiter Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor Ort mitunter dahingehend (miss-)verstanden werden konnte, es gebe gar keine entsprechenden Daten. Daher wurde von der Projektleitung von KiGGS wiederholt ausdrücklich auf die SEU als wichtige bundesweit verfügbare Datenquelle zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hingewiesen.

Aus kommunaler Sicht ist es einerseits bedauerlich, dass manche der im KiGGS verwendeten Instrumentarien zwar valide Aussagen (z. B. zur Feinmotorik) erlauben, die dabei erhobenen Normwerte voraussichtlich aber nur von beschränktem Nutzen sein werden. Denn angesichts hoher

Anschaffungskosten für die Untersuchungsgeräte steht bei der derzeitigen Haushaltslage der Kommunen zu befürchten, dass diese Kosten einer weit verbreiteten Anwendung im Wege stehen werden. Die Situation der kommunalen Haushalte erschwert mancherorts bereits jetzt z. B. die Anschaffung von Sehtestgeräten. Andererseits bieten sich heute schon vielfältige Möglichkeiten der Vernetzung mit KiGGS, zum Beispiel durch Verwendung von Fragebogen-Items oder des kostengünstigen Balkens zur Prüfung von Grobmotorik und Körperkoordination. Zudem sollten Verfahren und Instrumente von KiGGS auf Modifizierungsmöglichkeiten für den Einsatz unter „Barfuß“-Bedingungen geprüft werden.

Zur Verstärkung und Weiterführung der Intention des KiGGS sollte die Erarbeitung bundesweit einheitlicher Kernindikatoren für die SEU und auch die Schulentlassuntersuchung (sinnvollerweise in Kombination mit der Jugendarbeitsschutzuntersuchung) angestrebt werden. Das RKI könnte hierzu nach Abschluss von KiGGS von der Bundesebene aus die Initiative übernehmen. Der Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheits des Berufsverbandes der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) und sicher auch die Landesgesundheitsinstitute wären an einer Kooperation sehr interessiert. Ermutigende Ansätze zu einer solchen Vereinheitlichung existieren bereits: In NRW und Brandenburg gibt es bereits landesweite Standards für die SEU und z. T. auch andere Untersuchungen. Derzeit startet in NRW ein Projekt zur Erprobung einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung in den Städten Köln und Essen sowie in einem Landkreis mit dem Ziel, auf dieser Grundlage eine landesweit aufeinander abgestimmte kleinräumige Gesundheitsberichterstattung zu etablieren. In Niedersachsen funktioniert mit dem SOPHIA-Verband im 10. Jahr eine freiwillige Kooperation von inzwischen knapp 30 KJGDs, die nach gemeinsam entwickelten und ständig aktualisierten Richtlinien untersuchen, dokumentieren, auswerten und berichten und dabei ständige Qualitätssicherung betreiben. Die Erfahrungen aus dieser Arbeit zeigen, dass Qualität nur etabliert und/oder gehalten werden kann, wenn die erforderlichen personellen Voraussetzungen bestehen und die inhaltliche Einigkeit im Konsens hergestellt werden kann. Der hierzu auch langfristige Aufwand darf nicht unterschätzt werden, ist jedoch in Anbetracht der aktuellen Situation der Kinder und Jugendlichen jederzeit zu rechtfertigen.

1. Wegner R: Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheits. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005; 48: 1103–1110
2. Schlack HG: Lebenswelten von Kindern als Determinanten von Gesundheit und Entwicklung. In: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlage. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln, 1998

Für diese Stellungnahme des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheits des Berufsverbandes der Ärzte im ÖGD danken wir Frau Dr. B. Langenbruch, Frau Dr. M. Weber (Sprecherin) sowie Herrn Dr. R. E. Wegner, MPH. – **Kontakt:** robert.wegner@stadt-koeln.de.

Durchimpfungsgrad bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2004

Nachfolgend informieren wir – auf der Basis der von den obersten Landesgesundheitsbehörden nach § 34 Abs. 11 IfSG an das RKI übermittelten Daten – über den im Jahr 2004 bei den Schuleingangsuntersuchungen festgestellten Durchimpfungsgrad. In der Abbildung 1 wird der 2004 erreichte Stand den Werten gegenübergestellt, die im Jahr 1996 erhoben worden waren (freiwillige Berichterstattung). In dieser Abbildung werden einige in den letzten Jahren erzielte Fortschritte sichtbar.

In der Tabelle 1 wird der Durchimpfungsgrad im Einzelnen nach Bundesländern ausgewiesen. Aus der Spanne zwischen regionalen Maximal- und Minimalwerten wird in dieser Darstellung – die im Übrigen hier nicht weiter kommentiert werden soll – das Potenzial realistischer Möglichkeiten der weiteren Verbesserung in verschiedenen Bundesländern sichtbar.

Ansprechpartnerin im RKI: Frau Dr. S. Reiter (E-Mail: ReiterS@rki.de).

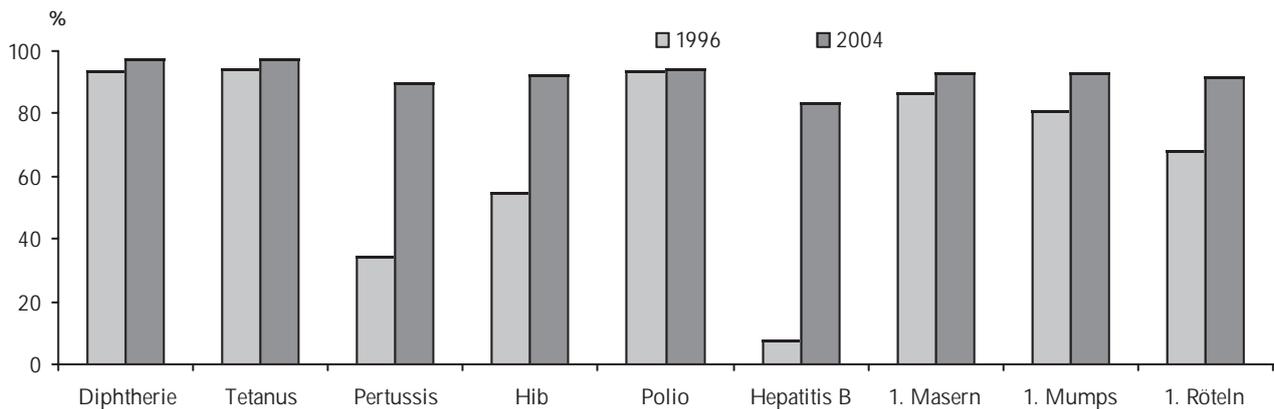


Abb. 1: Durchimpfungsgrad bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 1996 und 2004 (Kinder mit vorgelegtem Impfausweis)

Bundesland	Kinder mit vorgelegtem Impfausweis (%)	Durchimpfung in %											
		Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Hib	Polio	Hep. B	Masern 1.	Masern 2.	Mumps 1.	Mumps 2.	Röteln 1.	Röteln 2.
Baden-Württ.	92,0	98,2	98,6	90,0	91,1	92,6	80,8	92,6	63,9	92,4	63,8	90,5	62,5
Bayern	93,8	97,2	97,8	88,3	91,7	94,7	76,1	90,6	58,6	90,3	58,3	89,4	57,7
Berlin	91,1	98,1	98,4	91,6	93,4	97,1	87,3	93,1	71,6	92,6	71,1	92,3	70,8
Brandenburg	93,0	96,1	96,2	94,6	94,0	96,7	90,0	96,7	79,8	96,4	79,5	96,1	79,2
Bremen	86,0	98,1	98,4	87,5	90,8	93,3	83,2	92,1	57,5	90,4	55,8	83,0	51,4
Hamburg*	87,8	92,0	92,3	88,4	81,4	91,4	81,0	91,9	70,1	91,1	69,3	89,1	67,1
Hessen	92,1	98,1	98,5	91,1	93,3	95,1	84,4	94,5	64,8	89,6	61,4	92,5	62,5
Mecklenb.-Vorp.	91,1	97,2	97,2	93,8	94,6	96,4	91,0	96,5	80,4	96,4	80,4	96,3	80,2
Niedersachsen	90,8	94,9	95,2	92,5	93,8	95,9	87,6	93,8	65,4	93,5	65,1	92,2	63,6
NRW	88,0	97,9	98,1	88,5	91,4	93,7	85,8	93,8	66,2	93,5	65,9	92,4	64,7
Saarland	91,3	95,3	95,4	90,5	92,5	94,6	89,2	94,3	76,4	93,9	76,2	93,5	75,5
Sachsen-Anhalt	92,8	98,6	98,7	93,9	93,0	96,0	90,5	97,2	78,4	97,2	78,4	97,2	78,4
Schlesw.-Holst.	89,4	98,0	98,4	89,9	91,6	92,8	84,2	93,7	70,0	93,5	69,7	92,4	69,0
Thüringen	93,7	99,0	99,1	93,3	93,7	95,5	86,0	96,8	75,9	96,8	75,8	96,5	75,5
Dtld. gesamt	91,0	97,3	97,7	90,1	92,1	94,4	83,6	93,3	65,7	92,6	65,2	91,8	64,4
Alte Bundesld.	90,8	97,3	97,7	89,7	91,9	94,3	83,1	92,9	64,4	92,2	63,8	91,3	62,9
Neue Bundesld.	92,8	97,7	97,8	93,9	93,8	96,1	89,2	96,8	78,5	96,7	78,4	96,5	78,2

Tab. 1: Durchimpfungsgrad (in Prozent) der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2004 (n=657.295) nach Bundesländern (ohne Rheinland-Pfalz, Sachsen) *Hamburg: Teilstichprobe von 70 % der einzuschulenden Kinder; Stand: Dezember 2005

In eigener Sache

Nachfolgend informieren wir über einige aktuelle, den Infektionsschutz bzw. die Labordiagnostik betreffende Veränderungen im RKI:

Neuer Leiter der Abteilung für Infektionsepidemiologie

Herr PD Dr. med. Gérard Krause, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin (Zusatz: Tropenmedizin), wurde zum Leiter der Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abteilung 3) des Robert Koch-Instituts ernannt. Nach seinem Medizinstudium an der Universität Mainz promovierte Gérard Krause am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg. Anschließend war er in Heidelberg klinisch tätig und erwarb das Diplom für „Tropical medicine and hygiene“ in Liverpool. Klinische und epidemiologische Feldstudien führten Gérard Krause nach Ecuador, Burkina Faso und nach Atlanta (USA) an die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) als Epidemic Intelligence Service Officer.

Gérard Krause ist seit Dezember 2000 am RKI beschäftigt, zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter im damaligen Fachgebiet Infektionsepidemiologie, seit Dezember 2002 als Leiter des Fachgebiets Surveillance in der Abteilung 3. Erst kürzlich habilitierte er sich an der Humboldt-Universität zu Berlin und erhielt die Lehrbefähigung im Fach „Epidemiologie und Hygiene“. Er übernimmt die Nachfolge von Frau Dr. Andrea Ammon, die als Leiterin der *Surveillance and Communication Unit* zum Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in Stockholm gewechselt ist.

Neue Wissenschaftliche Sekretärin der STIKO

Frau Dr. Christiane Meyer wurde zur Wissenschaftlichen Sekretärin der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI bestellt. Christiane Meyer, Fachärztin für Kinderheilkunde und Master of Public Health (MPH), ist

seit dem Jahr 2000 als Wissenschaftlerin im Fachgebiet Respiratorische Erkrankungen und Impfprävention (FG 33) tätig und arbeitete in dieser Funktion bereits in großem Umfang für das Sekretariat der STIKO. In der Verantwortung für das Wissenschaftliche Sekretariat der STIKO folgt sie Herrn Dr. Gernot Rasch, der im April 2005 aus Altersgründen ausgeschieden ist.

Fachgebiet Mykologie neu gebildet

In der Abteilung Infektionskrankheiten des RKI wurde das Fachgebiet Mykologie (FG 16) unter Leitung von Herrn PD Dr. Bernhard Hube neu gegründet. In ihm geht die ehemalige Nachwuchsgruppe „Pathogenitätsfaktoren bei Pilzinfektionen“ auf, die mit dem Becton-Dickinson-Forschungspreis und mit dem Seeliger-Preis 2003 ausgezeichnet wurde. Auch das Konsiliarlaboratorium für *Cryptococcus neoformans*, *Pseudoallescheria boydii/Scedosporium sp.* und Erreger außereuropäischer Systemmykosen am RKI unter Leitung von Frau Dr. Kathrin Tintelnot gehört dem neuen Fachgebiet an.

Kommission Infektionsepidemiologie am RKI wählte neuen Vorstand

Mit Wirkung vom 1. Juli 2005 waren die Mitglieder der Kommission für Infektionsepidemiologie am RKI vom Präsidenten des Robert Koch-Instituts, Herrn Prof. Dr. R. Kurth, im Einvernehmen mit dem BMGS und dem BMBF für eine neue dreijährige Periode der Tätigkeit berufen worden (s.a. *Epid. Bull.* 28/05). Auf der konstituierenden Sitzung am 14.11.2005 wurde ein neuer Vorstand gewählt. Neuer **Vorsitzender** ist Herr Prof. Dr. M. Kist, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene des Universitätsklinikums Freiburg, **Stellvertretender Vorsitzender** ist weiterhin Herr Prof. Dr. M. D. Dierich, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.

Hygienepreis 2005 der Rudolf-Schülke-Stiftung für Wissenschaftler des RKI

Der diesjährige Hygienepreis der Rudolf-Schülke-Stiftung wurde einer Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern des Robert Koch-Instituts verliehen. Die Gruppe, zu der Frau Dr. Katrin Lemmer, Herr Prof. Dr. Martin Mielke, Herr Prof. Dr. Georg Pauli und Herr Dr. Michael Beekes gehören, erhielt die Auszeichnung für die Publikation „Decontamination of surgical instruments from prion proteins: In vitro studies on the detachment, destabilization and degradation of PrP^{Sc} bound to steel surfaces“ (*J Gen Virol*, Vol. 8, S. 3805–3816).

Wegen der ungewöhnlichen chemischen Eigenschaften und der Thermostabilität von TSE-Erregern, zu deren Eliminierung bzw. Inaktivierung konventionelle Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisations-

verfahren nicht ausreichen, ist die Identifizierung routinefähiger Verfahren der Aufbereitung von Medizinprodukten von großem praktischem Interesse. Mit einem Testansatz unter Verwendung von Stahlstiftprüfkörpern konnten verschiedene materialverträgliche Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen identifiziert werden, die eine effiziente Oberflächenkontamination gewährleisten.

Diese Ergebnisse tragen nicht zuletzt dazu bei, die Zahl der für eine abschließende Beurteilung erforderlichen Tierversuche deutlich zu reduzieren. Sie geben auch einen interessanten Anstoß für die Weiterentwicklung von Reinigungs- und Desinfektionsverfahren in der Aufbereitung von Medizinprodukten allgemein.

Veranstaltungshinweise**16. Freiburger Infektiologie- und Hygienegespräche**

Termin: 13. und 14. Februar 2006

Veranstaltungsort: Freiburg, Konzerthaus

Veranstalter: BZH GmbH, Beratungszentrum für Hygiene

Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. med. F. Daschner

Kongressorganisation: Susanne Heyermeyer

Tel.: 07 61 . 202 678-0, Fax: 07 61 . 202 678-28

E-Mail: sheyermeyer@bzh-freiburg.de, Internet: www.bzh-freiburg.de

Kurse für Hygienebeauftragte Ärzte

Termin: 6.–10. Februar 2006 (Fortbildung in Ulm);

24.–28. April 2006 (statt des 19.–23. Juni 2006!);

4.–8. Dezember 2006

Kursleitung/Anmeldung: Dr. Elke Roller, Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, Ref. 91; Wiederholdstr. 15, 70174 Stuttgart

Tel.: 07 11 . 212-41 89, Fax: 07 11 . 18 49-242

E-Mail: elke.roller@rps.bwl.de, Internet: www.rp.baden-wuerttemberg.de

DGHM-Fachgruppe Krankenhaushygiene: 10. Berliner Workshop

„Multiresistente Erreger:

Die größte Herausforderung in der Infektionsprävention?“

Termin: 27. (14–21 Uhr) und 28. (8.30–12.30 Uhr) Januar 2006

Veranstaltungsort: Berlin-Zehlendorf (Kliniken i. Theodor-Wenzel-Werk)

Veranstalter: Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité/

NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen und Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover

Themen: MRSA, VRE und gramnegative multiresistente Erreger

Organisation: Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité

Ursula Gebhardt, Heubnerweg 6, 14059 Berlin

Tel.: 030 . 450 570 022, Fax: 030 . 450 570 904

E-Mail: ursula.gebhardt@charite.de; Internet: www.nrz-hygiene.de

KISS-Einführungskurs:**Surveillance von nosokomialen Infektionen**

Modul „Nosokomiale Infektionen auf Intensivstationen“

Modul „Postoperative Wundinfektionen“

► **Termin:** 13. (9–17 Uhr) und 14. (8.00–12.30 Uhr) Februar 2006

Modul „Nosokomiale Infektionen auf Neonatol. Intensivstationen“

► **Termin:** 14. Februar 2006 (13.00–16.00 Uhr)

Veranstalter: NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen/

Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité, Prof. Dr. Henning

Rüden, in Kooperation mit Prof. Dr. Franz Daschner, Institut für

Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des Klinikums Freiburg, und

Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Medizinische Mikrobiologie und

Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover

Anmeldung: Ursula Gebhardt, s. oben unter „10. Berliner Workshop“

Hinweis: Der Einführungskurs ist kostenfrei.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.12.2005 (46. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	142	5.654	5.858	4	105	97	7	263	251	109	5.366	4.512	2	124	139	
Bayern	154	7.711	7.889	3	240	174	21	936	740	127	6.338	5.630	7	193	156	
Berlin	23	1.743	1.888	0	31	22	4	164	143	39	2.847	2.414	4	127	103	
Brandenburg	44	1.807	2.299	3	44	15	3	229	208	39	2.177	1.903	0	27	29	
Bremen	2	253	284	0	6	4	0	36	26	7	513	402	0	2	5	
Hamburg	12	772	1.114	2	29	26	0	24	23	24	1.771	1.601	0	42	39	
Hessen	68	3.018	3.473	0	21	16	2	124	90	33	3.168	2.857	0	88	60	
Mecklenburg-Vorpommern	21	1.006	1.366	2	15	11	10	272	281	33	1.915	1.847	0	13	10	
Niedersachsen	86	4.109	4.596	0	108	76	3	194	172	76	4.678	4.014	1	38	48	
Nordrhein-Westfalen	227	8.813	8.481	4	225	180	24	981	894	217	14.471	11.685	2	88	117	
Rheinland-Pfalz	76	3.134	3.677	0	71	85	7	252	235	56	2.727	2.416	0	74	51	
Saarland	16	622	687	0	10	4	2	40	15	17	928	788	1	5	8	
Sachsen	45	3.489	3.961	1	41	33	7	678	674	65	4.676	4.057	0	100	97	
Sachsen-Anhalt	39	1.981	2.383	1	29	19	12	543	522	38	1.710	1.589	3	39	24	
Schleswig-Holstein	22	1.242	1.604	0	49	37	0	97	116	27	2.067	1.855	0	20	10	
Thüringen	82	2.061	2.264	2	17	18	8	404	437	44	1.594	1.561	1	85	50	
Deutschland	1.059	47.415	51.824	22	1.041	817	110	5.237	4.827	951	56.946	49.131	21	1.065	946	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.			
	2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	4	98	198	1	110	108	16	991	1.060			
Bayern	6	176	262	3	135	144	28	1.575	1.725			
Berlin	3	87	124	1	77	68	16	883	855			
Brandenburg	0	27	28	1	13	16	0	87	91			
Bremen	0	14	19	0	9	15	0	33	29			
Hamburg	0	34	41	0	23	22	0	48	69			
Hessen	2	106	145	0	79	97	9	428	500			
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	19	0	16	17	1	71	86			
Niedersachsen	3	113	142	0	108	120	10	622	694			
Nordrhein-Westfalen	11	263	506	8	245	284	27	1.189	1.520			
Rheinland-Pfalz	0	61	90	2	89	105	3	500	510			
Saarland	0	6	9	0	18	22	4	54	25			
Sachsen	0	24	44	1	36	39	4	250	262			
Sachsen-Anhalt	0	21	44	0	64	37	2	194	156			
Schleswig-Holstein	2	35	30	0	23	30	3	221	209			
Thüringen	0	17	27	1	33	24	1	166	132			
Deutschland	31	1.089	1.728	18	1.078	1.148	124	7.312	7.923			

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

Stand v. 7.12.2005 (46. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
7	305	331	41	4.174	1.978	15	2.940	2.514	7	576	613	4	124	80	Baden-Württemberg
9	511	521	84	3.935	2.130	31	5.803	3.916	31	751	664	4	63	46	Bayern
4	163	206	15	3.790	1.951	11	2.250	1.416	7	292	296	1	52	55	Berlin
0	198	201	9	3.959	2.618	9	3.494	2.196	1	70	78	1	50	20	Brandenburg
0	29	52	1	477	445	0	234	139	1	43	28	1	28	16	Bremen
3	117	122	14	1.440	627	3	947	640	3	112	104	0	12	12	Hamburg
11	232	271	5	2.301	931	5	1.943	1.616	3	208	201	1	54	26	Hessen
6	151	165	15	3.296	3.009	5	3.330	2.322	4	184	247	5	123	61	Mecklenburg-Vorpommern
15	491	594	5	4.876	3.362	26	3.253	2.302	2	210	215	3	135	84	Niedersachsen
18	806	967	21	8.785	3.800	59	7.078	4.399	20	781	764	6	241	208	Nordrhein-Westfalen
7	307	328	3	3.314	2.456	21	2.226	1.889	4	159	166	0	31	51	Rheinland-Pfalz
0	102	84	3	790	279	1	489	253	1	30	39	0	3	4	Saarland
5	593	614	16	7.372	8.384	10	8.544	4.996	1	326	330	4	175	89	Sachsen
11	321	343	125	2.516	1.734	6	4.395	2.812	4	136	131	4	56	27	Sachsen-Anhalt
3	188	195	2	1.268	781	3	934	629	1	60	50	0	11	8	Schleswig-Holstein
13	493	431	137	3.616	4.274	22	3.352	2.808	0	79	62	0	31	12	Thüringen
112	5.007	5.425	496	55.909	38.759	227	51.212	34.847	90	4.017	3.988	34	1.189	799	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.	46.	1.-46.	1.-46.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
0	48	56	1	22	14	6	620	696	Baden-Württemberg	
2	79	77	0	319	15	23	860	819	Bayern	
2	25	17	0	38	10	6	292	328	Berlin	
0	22	10	0	7	1	5	119	134	Brandenburg	
1	7	4	0	1	0	1	55	58	Bremen	
1	13	9	0	7	1	7	165	184	Hamburg	
2	31	34	0	257	15	11	524	498	Hessen	
0	12	17	0	1	1	2	99	109	Mecklenburg-Vorpommern	
2	59	41	0	35	10	12	410	391	Niedersachsen	
4	146	151	0	29	25	16	1.284	1.535	Nordrhein-Westfalen	
0	18	24	0	21	5	3	237	265	Rheinland-Pfalz	
0	10	6	0	0	1	0	74	94	Saarland	
0	29	23	0	15	1	2	158	226	Sachsen	
0	13	23	0	3	2	1	145	172	Sachsen-Anhalt	
0	14	13	0	6	4	1	106	142	Schleswig-Holstein	
0	28	24	0	1	1	2	119	117	Thüringen	
14	554	529	1	762	106	98	5.267	5.768	Deutschland	

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

† Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.12.2005 (46. Woche 2005)

Krankheit	46. Woche 2005	1.–46. Woche 2005	1.–46. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	12	122	638	652
Brucellose	1	25	27	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	63	68	78
Dengue-Fieber	1	126	106	121
FSME	5	409	263	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	73	45	54
Hantavirus-Erkrankung	3	415	208	242
Influenza	5	12.687	3.411	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	60	54	68
Legionellose	5	465	419	475
Leptospirose	1	49	45	58
Listeriose	10	417	269	296
Ornithose	1	32	13	15
Paratyphus	1	51	98	106
Q-Fieber	0	402	107	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	2	5	2	3
Typhus abdominalis	1	67	76	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza**

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) bewegt sich in der 48. Kalenderwoche bundesweit im Grenzbereich der jahreszeitlichen Erwartung. Der Praxisindex als Indikator für die Morbidität der ARE ist in der vergangenen Woche weiter leicht angestiegen und hat in sieben der zwölf AGI-Regionen die Werte der Hintergrundaktivität geringfügig überschritten: Brandenburg/Berlin, Hessen, Niedersachsen/Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz/Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Die Werte der Konsultationsinzidenz zeigen insbesondere bei den 5- bis 14-jährigen Kindern einen weiteren Anstieg. Diese Entwicklung bei den Kindern kann bisher nicht auf Influenza zurückgeführt werden. Die Daten des PID-ARI Netzwerkes (www.pid-ari.net) lassen eher einen Zusammenhang mit einer ansteigenden Zirkulation von RS- und/oder Metapneumoviren vermuten. – Im NRZ für Influenza wurde in der 47. KW ein Influenza-A-Virus mit PCR nachgewiesen.

Europa: Die europäischen Länder berichten auch in der 47. KW über eine niedrige Influenza-Aktivität. Laborbestätigte Fälle traten sporadisch in Lettland, Ungarn, Portugal und Spanien auf. RSV-Infektionen treten in verschiedenen europäischen Ländern vermehrt auf (weitere Informationen: European Influenza Surveillance Scheme: <http://www.eiss.org>).

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel: Aus der **Ukraine** wurde gemeldet, dass in den letzten Tagen ca. 2.000 Enten, Gänse, Hühner und Puten verendet seien, H5-Viren wurden nachgewiesen, bestätigende Laboruntersuchungen stehen noch aus.

Aviäre Influenza bei Menschen: In **Indonesien** ist eine 25-jährige Frau an der Vogelgrippe gestorben (Kontakt zu totem Geflügel), dies ist der 8. Todesfall durch Influenza A(H5N1) in Indonesien. Seit dem 26.12.2003 wurden in verschiedenen Ländern Asiens insgesamt 134 Erkrankungen an aviärer Influenza beim Menschen registriert, von denen 69 tödlich endeten. Die in den letzten Wochen gemeldeten menschlichen Fälle könnten auf die Entwicklung einer neuen, vierten Welle der Ausbreitung der aviären Influenza hindeuten.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 48. Woche 2005 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem DGK 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, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
Fax.: 01888.754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de**Vertrieb und Abonentenservice**Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3**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 www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

Druck

die partner, karl-heinz kronauer, 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 A 14273