



# Epidemiologisches Bulletin

12. Mai 2006 / Nr. 19

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Hepatitis A: Zeitgleiche Ausbrüche in zwei benachbarten Landkreisen in Hessen und Rheinland-Pfalz

*Nachfolgend wird über zeitgleiche Ausbrüche von Hepatitis A berichtet, die in benachbarten Landkreisen zweier Bundesländer Ende 2005/Anfang 2006 stattfanden. Bei beiden Ausbrüchen erkrankten überwiegend Migrantenkinder; trotz intensiver Untersuchungen der zuständigen Gesundheitsämter blieben die Quellen der Ausbrüche unbekannt. Obwohl die Gesundheitsämter eng zusammenarbeiteten, fand sich kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen den beiden Geschehen.*

### Hepatitis-A-Ausbruch im Landkreis Limburg-Weilburg

Am 03.01.2006 erhielt das Gesundheitsamt Limburg die Meldung über 2 nachgewiesene akute Hepatitis-A-Virusinfektionen bei Kindern. Ein Schul- und ein Kindergartenkind aus einer Gemeinde im Landkreis Limburg-Weilburg waren am 29.12.2005 mit abdominellen Beschwerden erkrankt. Am 04.01.2006 wurden 2 weitere akute Hepatitis-A-Fälle gemeldet, die am 31.12.2005 symptomatisch (Übelkeit, Ikterus) geworden waren. Betroffen waren 2 Schulkinder, von denen eines dieselbe Schule (aber eine andere Klasse) wie das zuvor gemeldete Kind besuchte, das andere besuchte eine weiterführende Schule in der Kreisstadt.

**Ermittlungen des Gesundheitsamtes:** Die 4 betroffenen Kinder stammten aus verschiedenen, zum Teil benachbarten, untereinander bekannten Familien. Sie alle hatten mehrfach Kontakt untereinander gehabt. Weder die erkrankten Personen und noch die im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen hatten sich in den letzten 3 Monaten im Ausland aufgehalten. Sämtliche Erkrankten und die vom Gesundheitsamt definierten engeren Kontaktpersonen waren türkischer Herkunft. Keiner der Erkrankten war gegen Hepatitis A geimpft. In einer betroffenen Familie waren Anfang Dezember Großeltern aus der Türkei zu Besuch gekommen, bei denen labordiagnostisch eine früher durchgemachte Hepatitis A vorliegt. Insgesamt wurden neben Kontaktpersonen im privaten Umfeld (Familie, enge außerschulische Freunde) der betroffenen 4 Kinder 100 Kinder und 11 Angestellte eines Kindergartens sowie 50 Schüler zweier Grundschulen und weitere Besucher einer Silvesterfeier (s.u.) als Kontaktpersonen identifiziert.

Zur **Quelle des Ausbruchs** gibt es lediglich Mutmaßungen; außer den nicht als Erregerquelle in Frage kommenden Großeltern, die Anfang Dezember 2005 aus der Türkei in den Landkreis gekommen waren, soll es keine weiteren Besuchskontakte aus dem Ausland gegeben haben. Die Frage nach mitgebrachten Nahrungsmitteln wurde zunächst negiert. Bei mehrfachen Nachfragen in Gesprächen unter vier Augen mit Eltern Erkrankter erhielten die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Hinweise, dass doch Lebensmittel – Nüsse sowie landestypischer Kuchen – aus der Türkei mitgebracht worden waren und im Zeitraum der möglichen Ansteckung eine Kaffeetafel stattgefunden hatte, an der mehrere Mitglieder der betroffenen Familien teilgenommen hatten. Die Gefahr eines möglicherweise größeren Ausbruchs entstand zudem durch eine von über 40 Personen türkischer Herkunft besuchte private Silvester-Veranstaltung, an der nachweislich zu diesem Zeitpunkt bereits symptomatische Kinder teilnahmen.

**Maßnahmen des Gesundheitsamtes:** Da die Erkrankungen in Kindergarten und Grundschule in den Weihnachtsferien aufgetreten waren, führte das Gesundheitsamt am 1. Schultag in einem Gemeindezentrum für die Eltern des Kindergartens und die Eltern der beiden betroffenen Grundschulklassen eine gemeinsame Informationsveranstaltung durch. Dabei wurde die Empfehlung zur aktiven

Diese Woche 19/2006

### Hepatitis A:

- ▶ Bericht über die Untersuchung von zwei zeitgleichen Ausbrüchen in benachbarten Landkreisen und die ergriffenen Maßnahmen
- ▶ Kommentar des RKI

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
16. Woche 2006  
(Stand: 10. Mai 2006)

### Masern:

Ausbruch in NRW – Update (3)



Impfung gegen Hepatitis A für alle Kindergartenkinder und Mitschüler ausgesprochen. Nach vorangegangener Information und fachlichem Austausch führten niedergelassene Allgemein- bzw. Kinderärzte die Impfungen durch.

Problematisch war, dass in mindestens einer Praxis die empfohlene Hepatitis-A-Impfung für die genannten Kontaktpersonen trotz vorheriger Beratung nur auf Privat Rezept abgegeben wurde. In Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung konnten die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes jedoch erreichen, dass der niedergelassene Arzt die Impfung wie vorgesehen, ohne diese privat zu abrechnen, durchführte.

Wegen des erhöhten Infektionsrisikos wurde bei 15 Schülern mit engem Kontakt (Haushalts- und Besuchskontakt) den betroffenen Schulen auf Basis des § 34 Abs. 3 i.V.m. § 28 Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine Zurückstellung vom Schulbesuch für die 1. Schulwoche nach den Weihnachtsferien empfohlen. Diese Schüler sollten nicht zu einer Gefahrenquelle für eine mögliche Weiterverbreitung dieses Ausbruchs in weiteren Schulklassen werden, sondern erst geschützt durch die in der Regel bereits in der 1. KW 2006 verabreichte Impfung die Schule wieder besuchen.

Die 11 **Kindergartenangestellten** waren durchweg nicht gegen Hepatitis A immunisiert oder ihr Impfschutz war abgelaufen, so dass eine Impfung durch den betriebsmedizinischen Dienst des Gesundheitsamtes zu Lasten des Arbeitgebers vorgenommen wurde.

In den betroffenen Kindergemeinschaftseinrichtungen wurde zudem unmittelbar eine **Desinfektion der Sanitär-objekte** empfohlen.

Für die **weiterführende Schule** wurde eine Impfung und Aufklärung nicht als erforderlich angesehen, da der an Silvester an Hepatitis erkrankte Schüler während der Zeit der Ansteckungsfähigkeit, die 1–2 Wochen vor Auftreten des Ikterus besteht, wegen anderer gesundheitlicher Störungen über eine Woche lang dem Unterricht ferngeblieben war.

Im Zusammenhang mit der **Silvesterfeier und anderen engen Kontakten** wurden insgesamt 15 minderjährige Kontaktpersonen mit negativer Hepatitis-A-Serologie aktiv gegen Hepatitis A geimpft. Zudem wiesen 23 Personen serologisch eine früher durchgemachte Hepatitis A auf (Anti-HAV-IgG positiv und Anti-HAV-IgM negativ). Darunter waren 2 Jugendliche (Jahrgang 1989 und 1990), die o.a. Großeltern eines der erkrankten Kinder und sämtliche untersuchte Eltern (Jahrgänge zwischen 1963 und 1976, n=19). Insofern war aus Sicht des Gesundheitsamtes die unmittelbare Impfung nach durchgeführter Blutentnahme bei Kindern und Jugendlichen gerechtfertigt, für Erwachsene wurde ohne vorliegende Hepatitis-Serologie grundsätzlich keine Impfung empfohlen.

Eine fünfte Hepatitis-A-Meldung erhielt das Gesundheitsamt am 06.02.2006. Es handelte sich dabei um ein 12-jähriges Schulkind, das die 5. Klasse einer bis dahin nicht betroffenen Schule besucht. Das Kind hatte auch an der Silvesterfeier teilgenommen und wohnt im selben Haus wie ein in der vorbeschriebenen Häufung erkranktes Kind. Bei der Blutuntersuchung im Gesundheitsamt im Januar war das betroffene Kind noch Hepatitis-A-negativ; trotz der ausdrücklichen Empfehlung waren sämtliche Kinder der Familie nicht geimpft worden. Erneut führten Mitarbeiter des Gesundheitsamtes eine Elterninformationsveranstaltung in der nunmehr neu betroffenen Schulklasse durch und empfahlen die Aktivimpfung für die 23 Mitschüler.

Ein Zusammenhang mit einem zeitgleichen Ausbruch im benachbarten Rheinland-Pfalz ergab sich weder bei den Befragungen noch im Kontakt mit dem zuständigen Gesundheitsamt.

Dank für diesen Bericht gilt Herrn Dr. E. Hedtke, Gesundheits- und Umweltamt Limburg (E-Mail: Dr.E.Hedtke@Limburg-Weilburg.de).

### Hepatitis-A-Ausbruch im Rhein-Lahn-Kreis

Von November 2005 bis Januar 2006 wurde bei 8 Kindern in einer Kreisstadt im Rhein-Lahn-Kreis eine akute Infektion mit Hepatitis A diagnostiziert. Betroffen waren 3 Schulkinder im Alter von 7–9 Jahren und 5 Kindergartenkinder im Alter von 3–6 Jahren. Die Kinder hatten untereinander engen Kontakt, in 6 Fällen handelte es sich um Geschwister aus zwei eng befreundeten Familien. Die Erkrankungen verliefen bei 2 Kindern mit Ikterus. Drei Kinder hatten nur gastrointestinale Symptome und Fieber. Weitere 3 Kinder zeigten keinerlei Symptome.

Am 28.12.2005 wurde das Gesundheitsamt durch das Gesundheitsamt des benachbarten Westerwaldkreises informiert, dass 2 türkischstämmige Kinder aus dem Rhein-Lahn-Kreis in engem Kontakt zu einer an Hepatitis A erkrankten Person gestanden hätten.

**Ermittlungen des Gesundheitsamtes:** Die daraufhin durchgeführten Ermittlungen des Gesundheitsamtes ergaben, dass am 23.11.2005 bei 2 Geschwisterkindern (6 und 9 Jahre) nach Kontakt Anfang zu einer an Hepatitis A erkrankten Person November 2005 erste Symptome einer Hepatitis aufgetreten waren. Im weiteren Verlauf entwickelten 2 weitere Kinder (3 und 9 Jahre) am 13. bzw. 24.12. Symptome, die laborchemisch einer akuten Hepatitis A zugeordnet werden konnten. Weiterhin fanden sich am 29.12. bei einem 3-jährigen Kind, das Kontakt zu einem der Erkrankten hatte, diskrete abdominelle Symptome, auch in diesem Fall wurde im Labor das Vorliegen einer Hepatitis A bestätigt. Drei asymptomatische Infektionen wurden jeweils am 29.12.2005, am 03.01. und am 18.01.2006 gemeldet. Insgesamt hatten sich 6 der Kinder im familiären Umfeld und 2 im Kindergarten infiziert.

**Laboruntersuchungen:** Vom 29.12.2005 bis 05.01.2006 wurden auf Veranlassung des Gesundheitsamtes bei insgesamt 82 Personen Blutentnahmen durchgeführt. Die Untersuchten waren zwischen 1 und 51 Jahren alt. Bei insgesamt 27 Personen war Anti-HAV positiv, darunter 4 Kinder mit Nachweis von Anti-HAV-IgM. Vier weitere Fälle wurden nach von Haus- und Kinderärzten veranlassten Blutanalysen an das Gesundheitsamt gemeldet. Von den erwähnten 27 HAV-Positiven waren 24 nach 1962 geborene türkischstämmige Personen, die entweder miteinander verwandt waren oder enge Beziehungen zueinander unterhielten.

**Maßnahmen des Gesundheitsamtes:** Das Gesundheitsamt nahm nach der Information über die möglichen Infektionen im Dezember unverzüglich mit der Familie der im November erkrankten Geschwister Kontakt auf und veranlasste eine Blutentnahme bei allen Familienmitgliedern. Die Blut-

analyse wurde durch das Landesuntersuchungsamt (LUA) Koblenz durchgeführt. Am 29.12.2005 erging vom LUA die Mitteilung, dass bei 2 Kindern Anti-HAV-IgM nachgewiesen werden konnten. Diese Parameter belegten eine akute subklinische oder erst kürzlich abgelaufene infektiöse Hepatitis A. Daraufhin erfolgte die Bestimmung der Transaminasen im Serum. Die hierbei erhobenen Werte lagen gering oberhalb des Normbereichs.

Bei der Ermittlung von Kontaktpersonen konnten größere Kontaktgruppen in einem Kindergarten mit 85 Kindern mit offenen Gruppen und in 2 Klassen einer Grundschule eruiert werden. Die Leitung des Kindergartens wurde umgehend informiert, ein Elternbrief ausgehändigt und vom Kindergartenpersonal direkt an die Eltern weitergeleitet. Des Weiteren wurden Hygienemaßnahmen gemäß den Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) abgestimmt. Für Kontaktpersonen wurde eine Impfpflicht ausgesprochen. Nach Rücksprache mit dem LUA wurde den Kontaktpersonen die Möglichkeit eingeräumt, eine Blutentnahme beim Gesundheitsamt vornehmen zu lassen, da zum Zeitpunkt des Ausbruchs viele Ärzte im Urlaub waren. Vom 29.12.2005 bis 05.01.2006 wurden vom Gesundheitsamt 82 Blutentnahmen durchgeführt und durch das LUA in Koblenz analysiert.

Ab 02.01.2006 erfolgten in Kindergarten und Grundschule, die vorher feiertagsbedingt geschlossen waren, Desinfektionsmaßnahmen der sanitären Einrichtungen; Hausärzte, Kinderärzte und Krankenhäuser wurden über das Geschehen informiert. Am 03.01. wurde im Kindergarten eine Informationsveranstaltung durchgeführt und die Presse informiert. Die zuvor informierten niedergelassenen ärztlichen Kollegen begannen, Riegelungsimpfungen durchzuführen. Die Eltern der Schulkinder wurden direkt durch das Gesundheitsamt benachrichtigt. Mit den benachbarten Gesundheitsämtern fand ein Informationsaustausch statt.

Bis April 2006 wurden keine weiteren Hepatitis-Fälle bei den Kontaktpersonen festgestellt.

### Schlussfolgerungen

Die Hepatitis A ist eine ubiquitär verbreitete Krankheit, die sowohl sporadisch als auch endemisch und epidemisch auftritt. In Entwicklungs- und südlichen Ländern ist die natürliche Durchseuchung sehr hoch. In Europa und Nordamerika zeigt sich hingegen durchgehend ein Rückgang der Durchseuchung der Bevölkerung als Folge verbesserter Hygiene. Kinder sind weltweit am häufigsten von Infektionen betroffen, die im Kindesalter in der Regel unkompliziert verlaufen. Die altersspezifische Inzidenz der Hepatitis A ist auch in Deutschland bei Kindern im Alter von 3–14 Jahren am höchsten (Inzidenz > 2 Erkr. pro 100.000 Einw.). Die im Rahmen der beschriebenen Häufung erkrankten Kinder aus dem Rhein-Lahn-Kreis waren zwischen 2 und 9 Jahren alt. Es handelte sich bei der Mehrzahl der Betroffenen um Kinder aus türkischstämmigen Familien, allerdings hatte sich auch ein nichttürkisches Kind im Kindergarten angesteckt.

Durch gute Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen, der Gesundheitsämter, des Landesuntersuchungs-

amtes sowie von Ärzten, Kindergärten, der betroffenen Schule und nicht zuletzt die Kooperation der Eltern der betroffenen Kinder konnte in kurzer Zeit einer Weiterverbreitung der Erkrankung entgegen gewirkt werden. Wesentlich hierbei waren die Aufklärung über relevante Hygienemaßnahmen und die rasche Durchführung von Riegelungsimpfungen bei Kontaktpersonen.

Dank für diesen Beitrag gilt Frau Dr. R. Kästner, Gesundheitsamt Rhein-Lahn-Kreis (E-Mail: Roswitha.Kaestner@rhein-lahn.rlp.de). Weiterer Dank gilt den Mitarbeitern des LUA in Koblenz sowie Herrn Dr. H.-J. Fischbach vom Gesundheitsamt Westerwaldkreis.

### Kommentar aus dem RKI

Die beiden zeitgleichen Ausbrüche zeigen eindrücklich die Bedeutung der Kooperation zwischen den Gesundheitsämtern bei der Aufklärung solcher Geschehen über Kreis- und Landesgrenzen hinweg. Zudem wird aufgezeigt, wie durch die rasche Einleitung von Hygienemaßnahmen und Riegelungsimpfungen Ausbrüche eingedämmt und beendet werden können. In diesem Fall breitete sich die Infektion vor allem unter Kindern von untereinander bekannten türkischstämmigen Familien aus. Da in diesem Land die Inzidenz der Hepatitis A um ein Vielfaches höher liegt als in Deutschland, ist ein Großteil der dort aufgewachsenen Personen immun. Durch verbesserte Hygienebedingungen hat die Hepatitis-A-Inzidenz in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten stetig abgenommen. Die so entstandene Immunitätslücke birgt nun die Gefahr, dass es durch auf Reisen oder bei Besuchen in den Herkunftsländern von Migranten erworbene Infektionen zu größeren Krankheitsausbrüchen in Deutschland kommt. In diesem Zusammenhang ist die hohe Durchseuchung der im Rhein-Lahn-Kreis untersuchten Migranten interessant. Gerade Kinder, die häufig nur asymptomatisch infiziert sind, können in Deutschland Ausgangspunkt für Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen sein. Dieses Phänomen wurde in Dänemark, der Schweiz und den Niederlanden bereits beschrieben.<sup>1–3</sup> Derartige Ausbrüche betreffen vermutlich häufig zuerst die Migrantengemeinschaft selbst (wie auch durch die hohe Durchseuchung der im Rhein-Lahn-Kreis untersuchten Personen angedeutet), können aber u. a. durch Übertragung in Kinderbetreuungseinrichtungen in andere Gesellschaftsgruppen überspringen. Auch bei den beschriebenen Ausbrüchen wurden Kinder im Kindergarten angesteckt.

Über 60% der seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 übermittelten Hepatitis-A-Fälle werden als in Deutschland erworbene Infektionen übermittelt. Über die Quelle dieser Infektionen ist jedoch wenig bekannt. Unklar ist, inwieweit im Ausland infizierte Schul- und Kindergartenkinder hierbei eine Rolle spielen, da die in der Surveillance nach IfSG übermittelten Daten im Regelfall keine Informationen hierzu liefern. Ausbruchsuntersuchungen wie die dargestellten können helfen, zusätzliche wichtige Angaben über Infektionswege und mögliche Risikofaktoren bei Hepatitis-A-Infektionen in Deutschland zu erheben. Die Gesundheitsämter sollen daher an dieser Stelle nochmals darin bestärkt werden, bei ihren Ermittlungen auch solche wichtigen Informationen zu erfassen und an das RKI zu übermitteln. Die Probleme, Infektionsquellen genau zu identifizieren, werden insbesondere am Limburger Ausbruch deutlich: Ursprung der Infektionen könnten hier mitgebrachte kontaminierte Lebensmittel sein, allerdings kann diese Vermutung nicht bewiesen werden.

Im Zusammenhang mit der geschilderten Situation ist auf die bestehende Impfpflicht der STIKO für Reisen in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz hinzuweisen. Für in Deutschland lebende Migrantenkinder sollte dies im Rahmen des Impfplanes rechtzeitig berücksichtigt werden.

1. Hoeb CJ: Hepatitis A epidemic in Heerlen in late 1996, importance of immunization in immigrant children. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142(10): 521–525
2. Gervelmeyer A, Nielsen MS, Frey LC, Sckerl H, Damberg E, Molbak K: An outbreak of hepatitis A among children and adults in Denmark, August 2002 to February 2003. *Epidemiol Infect* 2006; 134(3): 485–491
3. Mutsch M, Spicher VM, Gut C, Steffen R: Hepatitis A virus infections in travelers, 1988–2004. *Clin Infect Dis* 2006; 42(4): 490–497

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 10.5.2006 (16. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	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.		
	2006			2005			2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	40	1.093	1.205	2	30	27	3	80	62	45	801	908	1	37	28		
Bayern	32	1.149	1.322	0	36	76	9	232	194	58	1.042	1.069	1	47	53		
Berlin	14	397	635	1	4	13	4	30	62	17	308	331	2	16	30		
Brandenburg	11	338	449	0	9	9	4	95	59	21	362	389	0	5	9		
Bremen	2	57	156	0	1	1	0	11	5	3	48	42	0	1	0		
Hamburg	11	356	507	0	4	7	0	8	6	6	131	136	0	12	8		
Hessen	26	640	718	0	4	4	1	44	35	21	491	651	1	10	19		
Mecklenburg-Vorpommern	12	337	338	0	1	0	7	118	80	19	227	178	1	4	1		
Niedersachsen	41	815	1.122	3	27	28	0	73	45	32	772	886	0	5	10		
Nordrhein-Westfalen	129	2.974	3.703	4	73	45	21	416	332	93	1.723	1.908	0	15	16		
Rheinland-Pfalz	18	562	681	2	9	14	4	77	70	40	570	602	1	5	7		
Saarland	2	206	227	0	3	2	0	10	9	3	115	137	0	1	1		
Sachsen	34	924	1.073	0	18	16	15	279	222	43	608	752	1	8	37		
Sachsen-Anhalt	18	340	346	0	8	11	5	177	201	39	453	490	0	6	8		
Schleswig-Holstein	10	424	541	3	15	13	0	19	39	7	181	272	0	1	6		
Thüringen	14	348	387	0	5	4	9	114	128	31	401	480	0	10	12		
<b>Deutschland</b>	<b>414</b>	<b>10.960</b>	<b>13.410</b>	<b>15</b>	<b>247</b>	<b>270</b>	<b>82</b>	<b>1.783</b>	<b>1.549</b>	<b>478</b>	<b>8.233</b>	<b>9.231</b>	<b>8</b>	<b>183</b>	<b>245</b>		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>				
	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.		
	2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	1	28	29	3	37	45	15	440	366		
Bayern	3	47	48	0	32	54	25	480	588		
Berlin	6	26	33	1	13	22	9	290	303		
Brandenburg	0	6	7	0	5	0	0	31	28		
Bremen	1	6	7	0	1	3	0	5	10		
Hamburg	0	4	10	0	13	6	0	22	19		
Hessen	2	45	46	0	27	28	7	137	158		
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	5	0	4	7	2	32	27		
Niedersachsen	0	26	34	1	28	33	5	176	228		
Nordrhein-Westfalen	3	58	92	8	99	82	16	354	428		
Rheinland-Pfalz	1	25	18	0	18	35	3	134	203		
Saarland	0	4	2	0	4	5	1	16	11		
Sachsen	1	8	12	0	15	6	7	85	69		
Sachsen-Anhalt	0	4	4	1	5	20	3	59	61		
Schleswig-Holstein	0	9	18	0	12	4	6	89	77		
Thüringen	0	5	8	1	19	11	2	57	52		
<b>Deutschland</b>	<b>19</b>	<b>306</b>	<b>373</b>	<b>15</b>	<b>332</b>	<b>361</b>	<b>101</b>	<b>2.407</b>	<b>2.628</b>		

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

Stand v. 10.5.2006 (16. Woche 2006)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land		
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose					
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.			
2006			2005			2006			2005			2006				2005	
4	73	102	79	3.475	3.048	211	3.163	1.687	7	192	197	1	20	16	Baden-Württemberg		
5	157	155	152	2.758	2.958	274	5.385	3.470	4	162	298	0	15	9	Bayern		
2	39	45	47	1.769	2.696	31	1.768	1.875	1	88	106	2	16	13	Berlin		
3	48	64	13	1.481	3.138	78	3.440	2.808	1	14	32	0	6	13	Brandenburg		
0	5	13	1	234	355	8	255	171	0	10	18	0	4	4	Bremen		
0	18	32	121	1.634	830	21	1.154	752	3	25	41	1	2	2	Hamburg		
3	71	63	33	1.016	2.014	78	1.844	1.450	0	64	76	0	3	3	Hessen		
3	52	44	51	1.213	2.336	149	2.763	2.290	0	53	78	2	44	31	Mecklenburg-Vorpommern		
5	122	151	105	2.723	4.000	202	3.968	2.046	1	54	95	0	20	20	Niedersachsen		
5	210	246	184	4.679	7.363	393	7.577	4.902	10	187	269	0	24	29	Nordrhein-Westfalen		
4	66	93	16	1.095	2.480	107	2.144	1.445	3	72	48	0	5	4	Rheinland-Pfalz		
0	25	31	1	58	586	14	408	322	0	11	11	0	1	1	Saarland		
4	166	222	93	3.879	5.209	393	6.646	6.428	2	56	165	0	24	56	Sachsen		
5	101	96	46	1.398	1.477	140	2.974	3.776	0	31	65	1	8	12	Sachsen-Anhalt		
1	58	56	9	769	816	49	967	635	1	24	23	0	2	3	Schleswig-Holstein		
2	123	126	117	2.596	2.292	200	3.208	2.208	1	22	41	1	9	8	Thüringen		
<b>46</b>	<b>1.334</b>	<b>1.539</b>	<b>1.068</b>	<b>30.777</b>	<b>41.598</b>	<b>2.348</b>	<b>47.664</b>	<b>36.265</b>	<b>34</b>	<b>1.065</b>	<b>1.563</b>	<b>8</b>	<b>203</b>	<b>224</b>	<b>Deutschland</b>		

Weitere Krankheiten										Land	
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose					
16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.			
2006			2005			2006			2005		
6	22	31	1	84	9	16	190	235	Baden-Württemberg		
1	47	45	1	38	52	11	226	303	Bayern		
2	12	11	0	4	4	9	108	116	Berlin		
1	5	10	0	2	1	0	29	57	Brandenburg		
1	3	2	0	0	0	1	31	22	Bremen		
0	2	5	0	7	1	4	66	29	Hamburg		
0	10	16	1	34	234	1	135	185	Hessen		
1	4	7	0	0	1	2	36	50	Mecklenburg-Vorpommern		
1	21	33	0	8	9	13	137	143	Niedersachsen		
2	79	72	132	859	15	35	426	463	Nordrhein-Westfalen		
2	8	10	1	24	8	5	54	106	Rheinland-Pfalz		
0	2	5	0	0	0	0	29	31	Saarland		
1	10	14	0	0	7	1	47	72	Sachsen		
1	10	7	0	1	1	4	34	61	Sachsen-Anhalt		
0	5	5	0	7	3	1	35	41	Schleswig-Holstein		
0	7	19	0	0	0	1	46	48	Thüringen		
<b>19</b>	<b>247</b>	<b>292</b>	<b>136</b>	<b>1.068</b>	<b>345</b>	<b>104</b>	<b>1.629</b>	<b>1.962</b>	<b>Deutschland</b>		

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

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Stand v. 10.5.2006 (16. Woche 2006)

Krankheit	16. Woche 2006	1.–16. Woche 2006	1.–16. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	6	120	44	138
Brucellose	0	6	9	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	23	88
Dengue-Fieber	3	47	29	144
FSME	0	1	4	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	7	23	79
Hantavirus-Erkrankung	0	12	88	448
Influenza	210	3.440	12.513	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	42	29	70
Legionellose	4	119	122	555
Leptospirose	1	12	8	58
Listeriose	3	131	105	510
Ornithose	0	4	5	33
Paratyphus	2	14	16	56
Q-Fieber	4	30	21	416
Trichinellose	1	18	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	0	23	32	80

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung****Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:**

1. Niedersachsen, 32 Jahre, männlich (Infektionsland Mauritius; 15. Woche 2006)
2. Rheinland-Pfalz, 30 Jahre, weiblich (Infektionsland Mauritius)
3. Schleswig-Holstein, 57 Jahre, weiblich (Infektionsland Mauritius) (16. bis 18. Chikungunya-Fall 2006)

**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Masern-Ausbruch in NRW-Update (3)**

Mit Stand vom 10. Mai 2006 wurden in diesem Jahr in Nordrhein-Westfalen insgesamt 1.106 Masernfälle gemeldet, 88 mehr als noch in der Vorwoche. Damit ist der aktuelle Ausbruch der größte Masernausbruch, der seit der Einführung der Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz im Jahr 2001 registriert wurde. Als Ursache für die starke Ausbreitung der Masern gelten Impflücken, die insbesondere bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 19 Jahren zu hohen Erkrankungszahlen geführt haben. Aber auch bei Kindern im 1. Lebensjahr wurden 68 Erkrankungen (Vorwoche 64) an Masern gemeldet. Im Vergleich zur Vorwoche hat sich die Zahl der als Folge von Masern aufgetretenen Enzephalitiden/Meningitiden von zwei auf drei erhöht. Besonders erwähnenswert ist, dass ein 7-jähriges Mädchen auch 34 Tage nach der Erstmanifestation noch immer neurologische Störungen aufweist und es nicht sicher ist, ob das betroffene Mädchen wieder vollständig genesen wird. Insgesamt hat sich die Zahl der gemeldeten Komplikationen (Pneumonien, Otitis media) im Vergleich zur Vorwoche auf 51 erhöht.

Der Ausbruch zeigt die Bedeutung einer konsequenten Verbesserung der Durchimpfungsraten zum Zeitpunkt des Schuleingangs auf. Diese ist in den letzten Jahren in NRW erreicht worden, was sicherlich dazu beigetragen hat, dass nur ein kleiner Prozentsatz der Erkrankten unter 5 Jahre alt ist. Nichtsdestoweniger ist eine konsequente Ausschöpfung aller Möglichkeiten, die das IfSG bietet, nötig, um den derzeitigen Ausbruch zu beenden.

**Ansprechpartner** ist Herr Dr. Ulrich van Treeck, lögd NRW, Münster  
(E-Mail: Ulrich.vanTreeck@loegd.nrw.de).

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 Berlin

Tel.: 030 18.754-0  
Fax: 030 18.754-26 28  
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.: 030 18.754-23 24 (Dr. med. I. Steffens)  
E-Mail: SteffensI@rki.de;  
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 030 18.754-24 55  
Fax.: 030 18.754-24 59  
E-Mail: FehrmannS@rki.de

**Vertrieb und Abonentenservice**

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff  
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg  
Abo-Tel.: 030.94 87 81-3

**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-Abruffunktion** (Polling) unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter [www.rki.de](http://www.rki.de), Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

**Druck**

MB Medienhaus Berlin GmbH

**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