



Epidemiologisches Bulletin

30. Juni 2006 / Nr. 26

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Nosokomiale Masernübertragung in Berliner Kinderarztpraxis

Masern sind eine hochkontagiöse Infektionskrankheit. Das Masernvirus (MV) wird durch das Einatmen von infektiösen Tröpfchen z. B. beim Sprechen, Husten, Niesen sowie durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen übertragen. Bereits eine kurzzeitige Exposition führt bei fast allen Empfänglichen zu einer Infektion (Kontagionsindex nahe 100%). Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits 5 Tage vor Auftreten und hält bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems an. Zu der Gruppe der Empfänglichen zählen auch Säuglinge, die nicht (mehr) durch maternale Antikörper geschützt sind und für die ein Impfschutz noch nicht aufgebaut wurde. In diesem Zusammenhang ist auf die frühzeitige Impfung von Säuglingen, die ab dem vollendeten 9. Lebensmonat möglich ist, hinzuweisen. Im Fall einer MV-Infektion im Säuglingsalter ist das Risiko, später an einer SSPE (subakute sklerosierende Panenzephalitis) zu erkranken, höher, als bei einer Infektion im späteren Lebensalter. Der Schutz von Säuglingen, die selbst nicht geschützt werden können, vor einer Ansteckung durch ältere Kinder und Jugendliche sollte durch einen Herdenschutz sichergestellt werden. Dieser kann nur durch die frühzeitige und vollständige Umsetzung der Impfempfehlungen der STIKO und das Erreichen eines hohen Durchimpfungsgrades der Bevölkerung gesichert werden.

Im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg waren im Herbst 2005 vier Masernfälle bei Kindern im Säuglings- bzw. Kleinkindalter sporadisch aufgetreten, die mit Hilfe von epidemiologischen und labordiagnostischen Methoden einer Übertragungskette zugeordnet werden konnten: Drei der Kinder hatten sich vermutlich beim Besuch derselben Kinderarztpraxis infiziert. Als **Indexfall** wird ein ungeimpftes in Deutschland geborenes Kind im Alter von 17 Monaten vermutet, welches sich bis 13 Tage vor dem ersten Besuch in der Praxis (26.9.2005) zu einem Familienbesuch im Kamerun aufgehalten hatte. Es wurde an drei aufeinander folgenden Tagen, zunächst wegen hohem Fieber und dann einem zwei Tage später aufgetretenen Exanthem, der Kinderärztin vorgestellt (Kind 1). Woraufhin unter Verdacht auf Masern die Einweisung in eine Klinik veranlasst wurde. Eine Meldung über den Verdacht an das Gesundheitsamt erging nicht. Bei zwei weiteren nicht gegen Masern geimpften Kindern im Alter von 35 bzw. 12 Monaten (Kind 2 und Kind 3), die an einem dieser Tage (26. bzw. 27.9.) die Praxis besucht hatten, entwickelte sich ebenfalls eine fieberhafte Erkrankung mit Exanthem. Dieses trat am 10.10., d.h. 13 bzw. 14 Tage nach dem ersten Kinderarztbesuch, auf und führte zum erneuten Besuch der Praxis. Bei den beiden Kindern wurde das Exanthem als Masern typisch erkannt und die klinische Diagnose Masern gestellt. Eines dieser Kinder (Kind 2) wurde stationär eingewiesen. Am selben Vormittag (10.10.) befand sich auch ein Säugling in der Praxis, der auf Grund des zu geringen Alters (6 Monate) noch keine Masernimpfung erhalten hatte. Bei diesem Kind (Kind 4) entwickelte sich ebenfalls eine fieberhafte Erkrankung mit einem Masernexanthem, das 14 Tage nach dem Besuch der Praxis auftrat.

Drei der Erkrankten (Kind 1, 2 und 4) wurden stationär in zwei verschiedene Kliniken eingewiesen. Aus der Klinik, in der die Kinder 2 und 4 behandelt wurden, erging am 26.10. die Meldung über den Masern-Verdacht an das

Diese Woche

26/2006

Masern:

- ▶ Bericht zu einer nosokomialen Übertragung in einer Kinderarztpraxis
- ▶ Bedeutung der Meldung für die Prävention und Bekämpfung

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

23. Woche 2006

(Stand: 28. Juni 2006)

Infektionssurveillance zur WM:

Norovirus-Ausbruch in München



zuständige Gesundheitsamt. Dieses ermittelte daraufhin bei der behandelnden Kinderärztin und veranlasste die labordiagnostische Abklärung für drei Verdachtsfälle (Kind 2, 3 und 4) am Nationalen Referenzzentrum Masern, Mumps, Röteln (NRZ MMR) am RKI. Ergänzend erfolgte eine ausführliche Information zur Masern-Meldepflicht, auch bei klinischem Verdacht.

Labordiagnostik: Der Nachweis von MV spezifischen IgM-Antikörpern im Serum von drei Betroffenen (Kind 2, 3, 4) bestätigte die klinische Diagnose Masern. Bei dem zuletzt erkrankten Kind (Kind 4) wurde am dritten Tag nach Auftreten des Exanthems auch weiteres Probenmaterial (Rachenabstrich, Speichel, Urin) entnommen, welches den Nachweis und die Sequenzanalyse der MV-Nukleinsäure ermöglichte. Die genetische Zuordnung der Sequenzdaten zeigte, dass Kind 4 mit MV des Genotyps B2 infiziert war. Dieser Genotyp war in Europa niemals endemisch und tritt hier nur sehr selten und sporadisch auf. In Deutschland wurde das B2-Virus zuvor nicht beobachtet. Daten des Masern/Röteln-Labornetzwerkes der WHO zeigen, dass der Genotyp B2 im zentralen Afrika heimisch ist und dort endemisch zirkuliert; er wurde bisher in der Demokratischen Republik Kongo und in Angola nachgewiesen.

Schlussfolgerungen

Bei dem zuerst in der Praxis diagnostizierten Masernfall (Indexfall, Kind 1) handelte es sich um einen Patienten, der sich vermutlich noch im Kamerun oder auf der Reise nach Deutschland mit B2-Viren infiziert hat. Da die zeitlichen Zusammenhänge für eine Infektkette ausgehend vom Indexfall (Kind 1) zu den Kindern 2 und 3 und anschließend von einem dieser beiden Kinder zu Kind 4 gegeben sind (s. Abbildung 1), ist anzunehmen, dass hier mindestens drei Kinder mit einem aus der Region Zentralafrika importierten MV infiziert worden sind. Da keine weiteren Verdachts-

fälle mit einem zeitlichen Zusammenhang zu den aufgeführten Fällen an das Gesundheitsamt gemeldet worden sind, beschränkte sich die Infektkette vermutlich auf die beschriebenen Fälle. In den Monaten März bis Juni 2006 wurden mehrere Masernverdachtsfälle in der Region Berlin-Brandenburg durch das NRZ MMR bestätigt. Diese wurden aber durch MV des Genotyps D6 ausgelöst, was zeigt, dass diese nicht im Zusammenhang mit den zuvor beschriebenen B2-assoziierten Fällen stehen.

Die Beobachtung, dass ein importiertes MV in Berlin nur sehr begrenzt zirkulieren konnte, lässt auf eine geringe Anzahl von Masern-Empfänglichen schließen. Die Ausbildung der hier identifizierten Infektkette und damit auch die Masernerkrankung eines erst 6 Monate alten Säuglings hätte vermieden werden können, wenn die Kinder 2 und 3 bereits gegen MMR geimpft gewesen wären. Ein Import von MV lässt sich zwar durch die rechtzeitige und altersgerechte MMR-Impfung in Deutschland nicht verhindern, eine hohe Populationsimmunität beugt aber der weiteren Ausbreitung des Virus und insbesondere der Übertragung durch ältere ungeimpfte Kinder auf ungeschützte Säuglinge vor.

Das hier vorgestellte Beispiel zeigt, wie durch die Kooperation zwischen Gesundheitsamt, klinisch tätigen Ärzten und dem NRZ MMR der Übertragungsweg eines MV aufgeklärt und auf diesem Weg schon Hinweise auf noch vorhandene Impflücken im Kleinkindalter erhalten werden konnten. Solche exemplarischen Hinweise sind als Ergänzung zur Überprüfung des Impfstatus bei der Schuleingangsuntersuchung bedeutsam, da sie bereits frühzeitig einen Handlungsbedarf aufzeigen können.

Für diesen Beitrag danken wir Frau Dr. Martina Hänel vom Gesundheitsamt des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin (E-Mail: Martina.Haenel@ba-fk.verwalt-berlin.de).

Ansprechpartnerinnen am NRZ MMR am RKI sind Frau Dr. Annette Mankertz (E-Mail: MankertzA@rki.de) und Frau Dr. Sabine Santibanez (E-Mail: SantibanezS@rki.de).

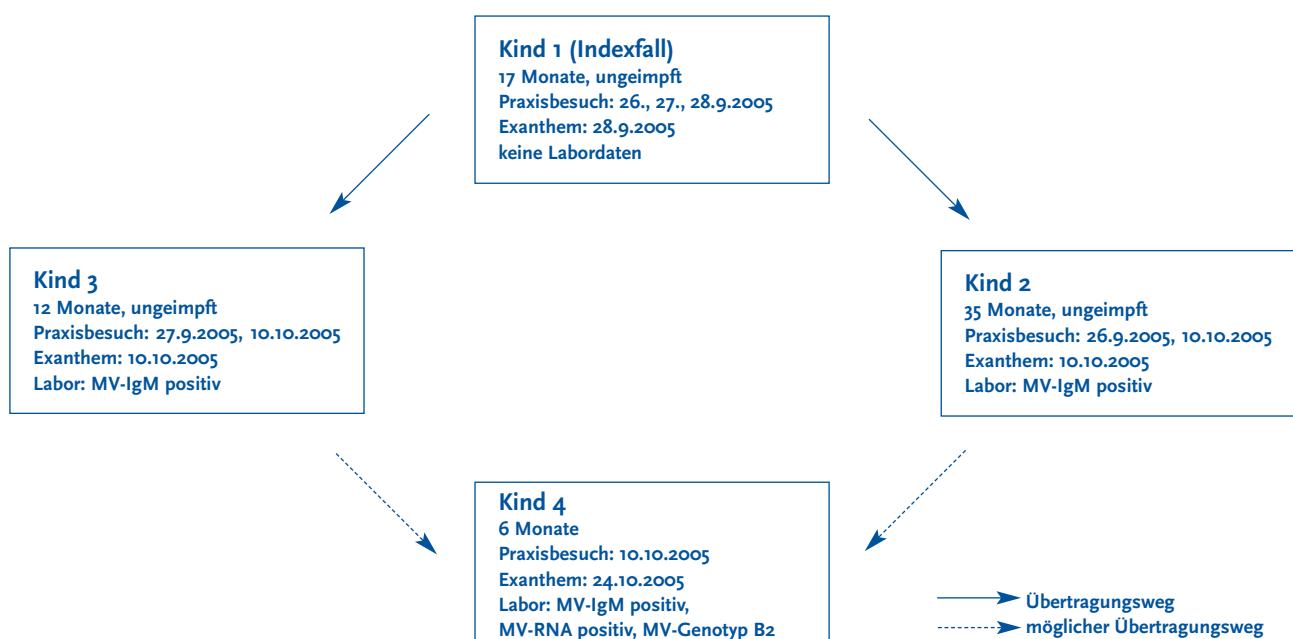


Abb. 1: Übertragungsweg des Masernvirus in der Kinderarztpraxis

Masern: Meldung – unverzichtbares Instrument der Bekämpfung

Das Erreichen des gesundheitspolitischen Ziels der Elimination der Masern in Deutschland als Teil der Eliminierung in Europa und in anderen Teilen der Welt stellt den Verantwortlichen und den Akteuren konkrete Aufgaben, deren Erfüllung in der Praxis jedoch vielfältige Schwierigkeiten bereitet. Das Melden auftretender Verdachts- und Erkrankungsfälle durch die behandelnden Ärzte entsprechend der gesetzlichen Vorgabe ist ein zentraler Bestandteil des nationalen Bekämpfungsprogramms. Aus dem Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises in Heidelberg wird dieser wichtige Aspekt beispielhaft herausgearbeitet. Wir begrüßen diesen Beitrag im Kontext einer Diskussion der Frage, wie die Elimination der Masern in Deutschland künftig gesichert werden kann

Die Einführung der Masernschutzimpfung hat vor mehr als 30 Jahren die reale Möglichkeit eröffnet, diese äußerst kontagiöse und komplikationsbelastete Krankheit zu eliminieren und sogar zu eradizieren. Der Versuch, dieses Ziel zu verwirklichen ist – trotz einer detaillierten Planung und eines Systems unterstützender Regelungen – bis heute in Deutschland nicht gelungen. Das belegen in unregelmäßigen Abständen auftretende regionale Masernausbrüche in unterschiedlichem Ausmaß. Von Fachleuten war schon vor vielen Jahren, die Einführung der Meldepflicht für Masern gefordert worden, die seit in Kraft treten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 aus gutem Grund **bereits im Verdachtsfall meldepflichtig** sind. Wie unverzichtbar diese Meldeverpflichtung als notwendige Voraussetzung einer effektiven Verhütung und Bekämpfung ist, verdeutlicht das nachstehende Beispiel aus der Praxis:

Ein 27-jähriger mit Hilfsdiensten beauftragter Klinikangestellter konsultierte wegen einer hochfieberhaften Erkrankung seinen Hausarzt, der wegen des klinischen Verdachtes auf Masern eine Blutprobe entnahm, jedoch die deswegen angezeigte Meldung an das zuständige Gesundheitsamt unterließ. Mit einer Verzögerung von 9 Tagen ging eine die Masernerkrankung bestätigende Labormeldung beim Gesundheitsamt ein. Noch am gleichen Tag übermittelte auch der Hausarzt per Fax den vom Labor erhaltenen Meldebogen, allerdings ohne Angabe der klinischen Daten und ohne Angaben zur Erreichbarkeit des Patienten. Der Hausarzt war an diesem Freitag nicht mehr erreichbar und in der darauf folgenden Woche im Urlaub.

Erst vier Tage später erfuhr das Gesundheitsamt per Zufall durch den Anruf eines Kinderarztes, der sich wegen eines gefährdeten Patienten nach Masernmeldungen erkundigte, dass eine mit Zwillingen schwangere Schwester des erkrankten Patienten 3 Tage zuvor offenbar wegen einer hochfieberhaften Erkrankung in einer Frauenklinik stationär aufgenommen worden war. Eine Meldung lag dem Gesundheitsamt nicht vor. Erst bei Nachforschungen in der Klinik stellte sich heraus, dass die junge Frau einen Tag nach Eingang der Masernmeldung ihres Bruders in die Klinik eingeliefert und dort wegen klinischen Verdachtes auf Masern (Koplik'sche Flecken) isoliert worden war. Wie sich auf Nachfrage beim behandelnden Arzt herausstellte, hatte dieser die Meldung an das Gesundheitsamt für überflüssig gehalten. Die zunächst versprochene Nachmeldung der Patientin erfolgte nicht. Erst nach nochmaliger nachhaltiger Mahnung wurde 13 Tage nach der stationären

Aufnahme und 7 Tage nach Entlassung der Patientin Meldung erstattet. Auf Seiten der Frauenklinik wurde die Meldung offensichtlich noch immer als unnötig erachtet.

Dieses Beispiel, das nach Erfahrungen der Mitarbeiter des zuständigen Gesundheitsamtes wohl kein Einzelfall ist, zeigt, dass der Sinn der Masern-Meldepflicht bei manchen Ärzten noch immer nicht verankert ist und ihre Bedeutung nicht immer verstanden wird. Dieses Problem und die Verharmlosung von Masern werden auch durch die nachfolgende Aussage ersichtlich: „Masern sind doch nichts Besonderes und wir alle haben das doch auch durchgemacht“.

Der bundesweite Durchimpfungsgrad von 93% (s. *Epid. Bull.* 49/2005) für die erste Masernimpfung spricht dafür, dass durch die Impfung ein weitgehender individueller Schutz erreicht werden konnte. Dennoch sind lokale Ausbrüche bei einer leicht möglichen Summation ungeimpfter Personen nicht zu verhindern. Jede einzelne Masernerkrankung kann aber bekanntlich zu schweren Komplikationen führen. Die Meldung gemäß IfSG ist im System der Maßnahmen zum Infektionsschutz eine geeignete Möglichkeit der Schadensbegrenzung, die zumutbar ist und zuverlässig genutzt werden sollte. Nur eine unverzügliche Meldung versetzt die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes in die Lage, ihrerseits schnellstmöglich zu handeln, die eingeleiteten und einzuleitenden Maßnahmen zu prüfen und zu koordinieren, um Infektketten sicher zu unterbrechen. Bisher wurden die Regelungen und Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung der Masern (differenzierte Impfempfehlungen, Meldepflicht, Labordiagnostik zur Sicherung der Diagnose und Erregertypisierung, zeitweilige Absonderung aus Gemeinschaftseinrichtungen, Riegelungsimpfungen u. a.) bei vollständiger Umsetzung für ausreichend gehalten. Angesichts zu geringer Fortschritte und periodischer Rückschläge scheint es aber an der Zeit, den Komplex der Maßnahmen und insbesondere die Möglichkeiten ihrer Umsetzung zu überdenken und ggf. korrigierend einzugreifen, um das Erreichen der im Rahmen des Programms der WHO zur Ausrottung der Masern gesetzten Ziele zu garantieren. Dass hierzu nicht nur gesetzliche Regelungen notwendig sind, belegen die Erfahrungen in anderen Ländern. Dort führten z. B. entsprechende vertragliche Regelungen bei der Zulassung zur Aufnahme in Kindergärten und Schulen zu dem gewünschten Effekt.

Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes des Rhein-Neckar-Kreises möchten mit dem vorgelegten Beitrag zur Diskussion darüber anregen, welche weiteren Maßnahmen zur wirksamen Verbesserung der Situation für geeignet gehalten werden und genutzt werden sollten.

Für diesen Beitrag danken wir Herrn Prof. Dr. Martin Klett und Herrn Dr. Ulrich Müller, Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises in Heidelberg.

Ansprechpartner für Rückfragen ist: Prof. Dr. Martin Klett (E-Mail: martin.klett@rhein-neckar-kreis.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 28.6.2006 (23. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
	2006			2005			2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	77	1.653	2.099	1	46	41	10	133	94	96	1.453	1.577	0	49	47		
Bayern	71	1.633	2.382	3	64	111	15	350	309	80	1.744	1.953	1	71	88		
Berlin	40	649	1.059	0	6	19	0	40	85	30	495	541	1	25	44		
Brandenburg	24	518	728	1	13	20	4	123	92	36	579	584	0	6	13		
Bremen	8	103	235	0	2	1	1	15	12	3	61	94	0	1	0		
Hamburg	34	525	746	1	8	7	0	10	8	20	229	262	0	13	13		
Hessen	45	916	1.229	2	7	5	2	57	48	42	856	1.044	0	16	36		
Mecklenburg-Vorpommern	33	473	603	0	1	5	6	155	123	40	400	408	0	4	1		
Niedersachsen	98	1.332	1.827	4	53	46	4	105	79	65	1.277	1.491	1	12	15		
Nordrhein-Westfalen	235	4.478	5.902	3	106	82	17	550	458	208	2.869	2.975	0	20	39		
Rheinland-Pfalz	29	787	1.032	1	12	26	5	112	110	34	901	1.049	0	7	18		
Saarland	10	297	334	0	4	4	0	18	15	9	183	217	0	1	1		
Sachsen	61	1.321	1.733	1	26	25	5	364	304	56	1.070	1.172	1	21	48		
Sachsen-Anhalt	19	469	598	0	12	13	4	220	260	32	688	707	0	6	11		
Schleswig-Holstein	34	651	841	0	24	24	1	40	57	24	336	446	1	2	11		
Thüringen	31	488	610	0	11	5	8	171	187	37	655	731	0	15	19		
Deutschland	849	16.293	21.958	17	395	434	82	2.463	2.241	812	13.796	15.251	5	269	404		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
	2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	1	35	36	1	52	59	7	603	510		
Bayern	1	71	65	0	47	69	21	670	852		
Berlin	1	47	46	2	27	37	23	418	441		
Brandenburg	1	9	14	0	10	1	0	44	45		
Bremen	0	7	9	0	1	6	0	9	14		
Hamburg	1	9	15	0	18	10	3	29	26		
Hessen	5	66	49	3	37	42	14	199	214		
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	5	0	6	10	1	43	35		
Niedersachsen	1	39	45	3	39	47	4	262	342		
Nordrhein-Westfalen	6	86	117	4	139	122	14	489	621		
Rheinland-Pfalz	1	32	26	1	31	47	5	207	278		
Saarland	0	4	3	0	6	7	0	22	22		
Sachsen	0	10	14	0	20	12	3	109	127		
Sachsen-Anhalt	0	7	10	1	8	29	1	99	103		
Schleswig-Holstein	1	14	20	0	15	10	4	123	109		
Thüringen	0	11	10	1	22	14	3	79	79		
Deutschland	19	456	484	16	478	522	103	3.405	3.818		

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. 28.6.2006 (23. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
3	105	137	22	4.095	3.411	57	4.035	2.437	11	273	266	1	37	26	Baden-Württemberg
8	223	226	61	3.234	3.216	101	6.678	4.902	13	245	403	1	24	11	Bayern
1	54	69	4	1.960	3.214	10	1.920	2.054	5	135	162	1	28	18	Berlin
1	72	104	24	1.854	3.527	19	3.814	3.272	1	20	41	1	12	17	Brandenburg
0	7	14	2	261	381	4	294	217	0	13	29	0	6	9	Bremen
1	30	46	12	2.122	914	7	1.284	884	3	39	59	1	4	2	Hamburg
8	116	103	9	1.198	2.178	30	2.242	1.762	7	99	98	0	4	6	Hessen
3	69	70	15	1.425	2.877	44	3.367	3.019	2	69	99	1	55	48	Mecklenburg-Vorpommern
16	208	216	55	3.362	4.453	54	4.825	2.792	3	80	123	0	33	27	Niedersachsen
17	316	359	138	6.188	8.228	103	9.229	6.185	5	268	375	1	41	49	Nordrhein-Westfalen
5	110	150	9	1.423	2.863	25	2.874	1.953	2	93	73	1	7	6	Rheinland-Pfalz
1	35	48	1	72	669	10	555	436	0	13	16	0	1	1	Saarland
5	252	328	82	4.701	6.407	98	8.359	7.870	3	84	200	2	33	73	Sachsen
11	146	146	15	1.772	1.808	26	3.414	4.217	1	41	85	0	11	19	Sachsen-Anhalt
6	77	86	35	967	1.022	14	1.159	848	0	28	31	0	2	4	Schleswig-Holstein
16	204	203	23	3.008	2.861	83	4.072	2.926	1	30	52	0	11	8	Thüringen
102	2.024	2.305	507	37.642	48.029	685	58.121	45.774	57	1.530	2.112	10	309	324	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
0	29	38	1	97	14	5	262	328	Baden-Württemberg	
1	57	56	1	59	192	15	328	462	Bayern	
0	13	14	4	38	25	10	156	153	Berlin	
0	11	11	2	7	7	0	43	79	Brandenburg	
0	3	3	0	1	1	0	37	28	Bremen	
0	4	7	0	12	5	4	93	77	Hamburg	
0	13	20	1	45	251	5	208	255	Hessen	
0	5	8	0	0	1	1	40	68	Mecklenburg-Vorpommern	
0	27	43	4	21	27	5	189	214	Niedersachsen	
2	96	93	61	1.499	18	29	631	668	Nordrhein-Westfalen	
1	11	13	1	35	16	4	85	144	Rheinland-Pfalz	
1	6	7	0	0	0	1	38	35	Saarland	
2	15	17	0	1	9	2	70	102	Sachsen	
0	14	9	0	4	1	3	56	78	Sachsen-Anhalt	
0	8	8	5	43	3	1	50	62	Schleswig-Holstein	
0	8	23	0	5	0	2	64	67	Thüringen	
7	320	370	80	1.867	570	87	2.350	2.820	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 (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. 28.6.2006 (23. Woche 2006)

Krankheit	23. Woche 2006	1.–23. Woche 2006	1.–23. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	30	220	82	138
Brucellose	0	15	10	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	18	34	88
Dengue-Fieber	3	72	49	144
FSME	12	36	39	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	20	33	79
Hantavirus-Erkrankung	0	17	191	448
Influenza	3	3.731	12.656	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	61	34	70
Legionellose	12	200	184	556
Leptospirose	1	16	17	58
Listeriose	2	180	175	510
Ornithose	0	17	21	33
Paratyphus	2	21	22	56
Q-Fieber	3	63	30	416
Trichinellose	0	19	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	4	36	42	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

1. Nordrhein-Westfalen, 65 Jahre, männlich (Infektionsland Seychellen, 22. Woche)
2. Berlin, 38 Jahre, männlich (Infektionsland Seychellen)
3. Berlin, 60 Jahre, männlich (Infektionsland Mauritius)
(36. bis 38. Chikungunya-Fall 2006)

Erweiterte Infektionssurveillance im Rahmen der Fußballweltmeisterschaft (3)

Im Verlauf der vergangenen Woche wurden in Deutschland keine außergewöhnlichen Infektionsgeschehen mit einem Bezug zur Fußball-WM festgestellt.

Im Hinblick auf den in der vergangenen Ausgabe des Epidemiologischen Bulletins beschriebenen **Norovirus-Ausbruch im IBC in München** ist zu berichten, dass die vom Gesundheitsamt München rasch eingeleiteten Maßnahmen erfolgreich waren. Die nur sporadisch aufgetretenen Erkrankungen der vergangenen Tage werden noch labordiagnostisch abgeklärt. Bei einem negativen Befund auf Noroviren kann der Ausbruch als beendet betrachtet werden.

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, 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