



Epidemiologisches Bulletin

27. April 2001 / Nr. 17

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Hepatitis B und C: Grundsätze des Infektionsschutzes auf der Basis des IfSG

Zum Meldeverfahren und zu Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Fragen, die sich auf die getroffenen gesetzlichen Regelungen zu Meldungen und zum Tätigwerden des ÖGD bezogen, gaben Veranlassung, einige Festlegungen noch einmal zu erläutern:

Zur Handhabung der Meldung durch die zur Meldung Verpflichteten

Der Gesetzgeber hat im Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgelegt, künftig **akute Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Erkrankungen** (§ 6: Krankheitsverdacht, Erkrankung, Tod) oder den **Nachweis akuter Infektionen mit dem Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Virus** (§ 7) durch Meldung zu erfassen. Zu HCV wird noch ergänzt: »Meldepflicht für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt.«

Für den Arzt, der auf der Basis klinischer Befunde eine akute Virushepatitis diagnostiziert oder einen entsprechenden Verdacht feststellt, ist das Vorgehen unproblematisch, da er dies in jedem Fall an das zuständige Gesundheitsamt meldet. Dort geht ebenfalls die Meldung eines Erregernachweises aus dem Laboratorium ein, so dass die Meldung des Arztes und die des Laboratoriums einander zugeordnet werden können. Auf der Basis der Falldefinition des RKI (die als ein Arbeitsinstrument der Gesundheitsämter konzipiert ist) erfolgt dann die Entscheidung, ob dieser Erkrankungsfall über die zuständige Landesbehörde der Bundesstatistik am RKI zugeführt wird.

Für den zur Meldung verpflichteten Laborleiter erklärt sich der Begriff »**Nachweis**« nicht von selbst, auch in der amtlichen Begründung zum Gesetz findet sich dazu kein Hinweis. Daher ist eine Auslegung zu diesem Terminus sinnvoll: Allgemein anerkannte Anforderungen an die Virusdiagnostik ergeben sich in Deutschland gegenwärtig aus den Empfehlungen der Gesellschaft für Virologie (GfV), die mit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) abgestimmt wurden.¹ So sollte der Nachweis einer akuten HBV- oder HCV-Infektion auf der Basis dieser Empfehlungen zur Diagnostik erfolgen. Grundsätzlich sollten nur diejenigen Erregernachweise zu einer Meldung führen, deren diagnostische Sicherheit ausreichend ist, um auch den betroffenen Patienten über das Ergebnis zu informieren. Alleinige reaktive Ergebnisse in Antikörper- bzw. Antigen-Suchtests würden beispielsweise eine Meldung nicht begründen.

Ein Hinweis auf Laborbefunde, die eine meldepflichtige HBV- oder HCV-Infektion anzeigen, wurde vor kurzem vom RKI veröffentlicht,² so dass hier auf eine ausführliche Darstellung verzichtet wird. Ergänzender Hinweis: Bei der Meldung von HCV-Infektionen wird das »soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt« so interpretiert, dass eine Erstdiagnose auch bei klinisch stummem Verlauf zur Meldung führen sollte.

Gründe für die getroffene Melderegelung

Das IfSG legt – nunmehr für alle Formen der Virushepatitis – eine **namentliche Meldung**, die **Meldung des klinischen Verdachtes** und die Beschränkung auf **akute Erkrankungen und Infektionen** fest:

Diese Woche

17/2001

Hepatitis B und C:

Zu Grundsätzen des Infektionsschutzes auf der Basis des IfSG und Aufgaben des ÖGD

Masern:

Bericht zu einem aktuellen Ausbruch in Schleswig-Holstein

Mitteilungen:

- ▶ Neuer Studiengang in Epidemiologie
- ▶ STIKO neu berufen



► Die **namentliche Meldung** versetzt das Gesundheitsamt in die Lage, bei Bedarf gezielt ermitteln, beraten und präventiv tätig werden zu können. Bei der Festlegung einer Meldepflichtung für die Hepatitis C spielte neben dem Schutzgedanken für die Betroffenen und ihre Kontaktpersonen auch die notwendige Erweiterung epidemiologischer Erkenntnisse eine Rolle. Ängste der Betroffenen, durch die Erfassung personengebundener Daten diskriminiert zu werden, wurden durch die Vorschrift des Löschens dieser Daten, nachdem das Gesundheitsamt seine Aufgaben erfüllt hat, berücksichtigt (§ 9 IfSG Abs. 5 legt für HCV-Daten fest »...spätestens jedoch nach drei Jahren«).

► Die **Meldung des klinischen Verdachtes** auf Hepatitis A oder E mit der zusätzlichen Möglichkeit von Ausbrüchen herausstellt – den Vorteil, bereits frühzeitig recherchieren und ggf. antiepidemische Maßnahmen einleiten zu können.

► Die Beschränkung auf **akute Erkrankungen und Infektionen** sorgt für Effektivität bei der Ermittlung von Infektionsquellen, die nur zeitnah Erfolg verspricht. Frische Infektionen rechtfertigen eine besondere Aufmerksamkeit. Das Meldeverfahren wird durch den Verzicht auf erkennbare (HB) bzw. schon bekannte (HC) chronische Formen, die möglicherweise auch mehrmals gemeldet würden, entlastet. Akute subklinische Verläufe werden in die Meldepflicht einbezogen, gesunde Virusträger (Carrier) bzw. chronisch Infizierte dagegen ausgeklammert. So ergibt sich aus den Meldedaten der Hepatitis (vorläufig noch mit Ausnahme der Hepatitis C) eine gut definierte Inzidenz dieser Infektionen.

Die zu meldenden HBV- und HCV-Infektionen umfassen damit nur einen unter bestimmten Aspekten (s. o.) ausgewählten Teil aller Infizierten und aller Infektösen. Auch unter den nicht meldepflichtigen Formen der HBV- oder HCV-Infektionen können sich potenzielle Infektionsquellen befinden (chronische Hepatitis B, nicht gemeldete – weil bekannte – chronische Hepatitis C oder auch HBV- bzw. HCV-Carrier). Diese können in verschiedener Weise ebenfalls zu Aktivitäten des Gesundheitsamtes führen (falls z. B. spezielle Probleme in medizinischen Einrichtungen oder in Gemeinschaftseinrichtungen in Erscheinung treten). Die Beratungsfunktion des Gesundheitsamtes und das auf der Grundlage des IfSG mögliche Anordnen von Schutzmaßnahmen zur Abwendung bestehender Infektionsgefahren durch das Gesundheitsamt beschränken sich nicht nur auf meldepflichtige Erkrankungen, sondern auf alle Infektionen, bei denen die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht. Die Beratungsfunktion des Gesundheitsamtes hat mit dem IfSG erheblich an Umfang und Bedeutung zugenommen. Die fachliche Kompetenz, die im Gesundheitsamt vorhanden ist oder durch das Amt vermittelt werden kann, sollte im Sinne des neuen Gesetzes in vertrauensvoller kollegialer Zusammenarbeit künftig noch selbstverständlicher in Anspruch genommen werden.

Warum sind Virusträger bzw. chronisch Infizierte nach dem IfSG nicht meldepflichtig?

In diesem Zusammenhang wurde verschiedentlich die Frage gestellt, warum das IfSG nicht auch eine Meldepflicht für HBV- oder HCV-Carrier bzw. chronisch Infizierte vorsieht, wo doch von diesem Personenkreis bestimmte Infektionsgefahren ausgehen und ggf. bestimmte Maßnahmen des vorbeugenden Infektionsschutzes getroffen werden könnten. Die an der Erarbeitung des Gesetzes Beteiligten haben sich mit dieser Frage besonders gründlich beschäftigt. Als mehrheitlich vertretene Position hat sich durchgesetzt, dass von Personen, die gesunde Träger des HBV oder HCV sind, zwar eine Gefahr der Weitergabe der Infektion im Einzelfall ausgeht (überwiegend durch Erreger im Blut und in Sekreten), aber keine Gefahr für die Allgemeinheit.³ Es gibt mehr Gemeinsamkeit mit gesunden Trägern des HIV als mit Ausscheidern krankheitserregender Darmbakterien, von denen tatsächlich eine Gefahr für die Allgemeinheit ausgehen kann. Obwohl die Übertragungsmechanismen des Erregers bei akuten und chronischen HBV- und HCV-Infizierten naturgemäß übereinstimmen, konzentriert sich das IfSG auf die akuten Hepatitiden mit ihren verschiedenen Erregern und sichert damit, dass aktuelle Infektionsvorgänge (mit Ausnahmen bei der Hepatitis C) zur Kenntnis der Gesundheitsbehörden kommen. Eine Meldepflicht für Virusträger, die dann eine möglichst vollständige Erfassung zum Ziel haben und konsequenterweise zu einer Art Register führen müsste, gilt als nicht ausreichend begründet.

Zu bedenkende Infektionsgefahren, die von diesen Carriern bzw. chronisch Infizierten ausgehen können, liegen zu einem großen Teil im Bereich des individuellen Verhaltens: Übertragungen des Erregers durch sexuelle Kontakte (HBV) oder den gemeinsamen Gebrauch kontaminierter Kanülen (*needle sharing*) bei der intravenösen Anwendung von Drogen (HBV und HCV). Die Prävention dieser Infektionen muss durch allgemeine und zielgruppenorientierte Information und Aufklärung der Bevölkerung und die individuelle Beratung der Betroffenen (Hausarzt, Arzt des Vertrauens) erreicht werden. Individuelle Risiken sollten verdeutlicht, ein im Sinne des Infektionsschutzes »sicheres« Verhalten erreicht werden. Im Falle der Hepatitis B sollten entsprechende verhaltensbedingte Risiken ggf. Anlass zur vorbeugenden Impfung sein. Hier sind Ärzte, Beratungsstellen, Organisationen, die der Prävention verpflichtet sind, und die Medien gefordert; gesetzliche Maßnahmen wären ungeeignet.

Die Gesundheitsämter wirken in dem Prozess der Information und Aufklärung als Multiplikatoren, unterstützen die Beratung durch die praktizierenden Ärzte und übernehmen einen Teil der Beratung selbst (in einem Kommentar zum IfSG³ wird beispielsweise die Beratung der Prostituierten im Falle eines Virusträgertums besonders herausgearbeitet).

Die Verhütung einer Übertragung des Erregers, die in medizinischen Einrichtungen, in Gemeinschaftseinrichtungen sowie im Blutspendewesen möglicherweise von Carriern bzw. chronisch Infizierten ausgehen kann, ist von

großer Bedeutung. Zur Abschirmung der Infektionsrisiken in diesen Bereichen stehen geeignete Regelungen und Empfehlungen zur Verfügung. In medizinischen Einrichtungen sind dies z. B. die Impfeempfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen, Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Festlegungen in der Biostoffverordnung zu Vorsorgeuntersuchungen bestimmter Mitarbeiterkreise, Verhaltensvorschriften für Virusträger und Empfehlungen für deren berufliche Tätigkeit, Empfehlungen zum Vorgehen bei einer möglichen Exposition.

Die Erfahrung zeigt zwar, dass es in medizinischen Einrichtungen immer wieder Probleme, Defizite und vermeidbare Infektionen gibt, doch sind diese Probleme nicht durch eine obligatorische Meldung von Carriern bzw. chronisch Infizierten an das Gesundheitsamt zu lösen. Die Hauptverantwortung zur Abschirmung der von Virusträgern bzw. chronisch Infizierten ausgehenden Gefahren liegt in den Einrichtungen selbst – bei den Beschäftigten und bei der Leitung. Das Gesundheitsamt ist in diesem Zusammenhang einerseits ein wichtiges beratendes Organ und hat andererseits auf der Grundlage des IfSG die Vollmacht, im Falle erkennbarer Gefahren, falls erforderlich, regelnd und Schutzmaßnahmen anordnend einzugreifen. Das gleiche gilt für Gemeinschaftseinrichtungen, wo z. B. bei verhaltensgestörten Kindern spezielle Risiken bestehen und es nach § 34 Absatz 9 IfSG im Ermessen der Gesundheitsbehörde liegt, Schutzmaßnahmen anzuordnen. Bei anderen erkennbar erhöhten Infektionsrisiken können durch das Gesundheitsamt Schutzmaßnahmen auf der Basis des § 28 angeordnet werden.

Aktueller Masernausbruch in Nordfriesland

Mit dem In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes am 01.01.2001 wurde die Masernerkrankung in Deutschland meldepflichtig. – In einem Landkreis in Schleswig-Holstein (158.000 Einwohner) wurde insbesondere seit der 8. Woche d. J. ein deutlicher Anstieg von Masernfällen verzeichnet (s. Abb. 1). Erste Abklärungen des zuständigen Kreisgesundheitsamtes ergaben, dass die Zahl der Meldungen auch deutlich höher war als in umliegenden Landkreisen. Das Gesundheitsamt hat daraufhin eine Presseerklärung veröffentlicht, in der auf die Situation aufmerksam gemacht und für ungeimpfte Kinder und Jugendliche eine Masernimpfung empfohlen wurde. Am 18.04.2001 haben Mitarbeiter des Robert Koch-Institutes (RKI) auf Einladung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Schleswig-Holstein gemeinsam mit dem betroffenen Gesundheitsamt vor Ort begonnen, die Häufungen epidemiologisch zu untersuchen. Ziel war es, zu diesem Zeitpunkt eine Bewertung der Situation vorzunehmen, um noch vor Ende der Osterferien am 24.04.2001 gezielte Maßnahmen gegen eine weitere Ausbreitung der Masern durchführen zu können. Der nachfolgende Bericht stellt eine vorläufige Bestandsaufnahme dar; eine abschließende Analyse dieses Ausbruchs wird zu einem späteren Zeitpunkt folgen.

Im Blutspendewesen sind die Infektionsrisiken besonders durch eine gezielte Auswahl und verbesserte Untersuchung der Spender und der Spenden sowie die Virusinaktivierung von Blutderivaten drastisch reduziert worden. Mit dem Transfusionsgesetz wurde eine geeignete Rechtsgrundlage für die Gewährleistung der Sicherheit von Blut und Blutprodukten geschaffen.

In einigen Bundesländern sind über das IfSG hinaus HBV- und HCV-Virusträger durch Länderverordnung meldepflichtig bzw. wird durch die Landesärztekammer eine freiwillige Meldung erbeten. Es wird interessant sein, die Erfahrungen in den betreffenden Bundesländern auszuwerten und zu verfolgen, welche Verbesserungen des Infektionsschutzes durch den Versuch der Erfassung von HBV- und HCV-Virusträgern erreicht werden können.

1. >Diagnostik und Therapie von Viruskrankheiten: Leitlinien der Gesellschaft für Virologie<, für die GfV herausgegeben von O. A. Haller u. T. Mertens, Urban & Fischer, München/Jena 1999
2. RKI: Fragen und Antworten zu Meldungen aus Laboratorien. Epid Bull 2001; 8: 60–61
3. >Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung<, bearbeitet von S. Bales, H. G. Baumann und N. Schnitzler. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2001
4. RKI: Empfehlungen der DVV zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 2001; 3: 15–16
5. RKI: Empfehlungen der DVV zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-B-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 1999; 30: 222–223
6. Hofmann F, Jilg W (Hrsg.): Nosokomiale Übertragung von HBV, HCV und HIV – Gefährdung durch infiziertes Personal. ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg 1998

Methoden der Ausbruchsuntersuchung

Zur Überprüfung der Hypothese, dass es sich bei dieser Beobachtung um eine signifikante Häufung handelte, wurden folgende Untersuchungen durchgeführt:

1. Die nach den Vorgaben des IfSG angelegten Datensätze wurden auf der Ebene des Gesundheitsamtes, der Landesbehörde und des RKI verglichen und auf Übereinstimmung überprüft.
2. Das Vorgehen im Umgang mit eingehenden Meldungen im Kreisgesundheitsamt wurde mit dem in umliegenden Gesundheitsämtern verglichen, um methodische Unterschiede auszuschließen.
3. Die Meldedaten der benachbarten Landkreise wurden einander gegenübergestellt.

In Anlehnung an die vom RKI erstellten Falldefinitionen wurde ein Fall definiert als >ein Einwohner des Landkreises mit Erkrankungsbeginn nach dem 31.12.2000 mit einem länger als drei Tage anhaltenden, generalisierten Ausschlag und Fieber über 38,4 °C und mindestens einem der folgenden Symptome: Husten, wässriger Schnupfen, Kopliksche Flecken oder Konjunktivitis<.

Erkrankungsfälle

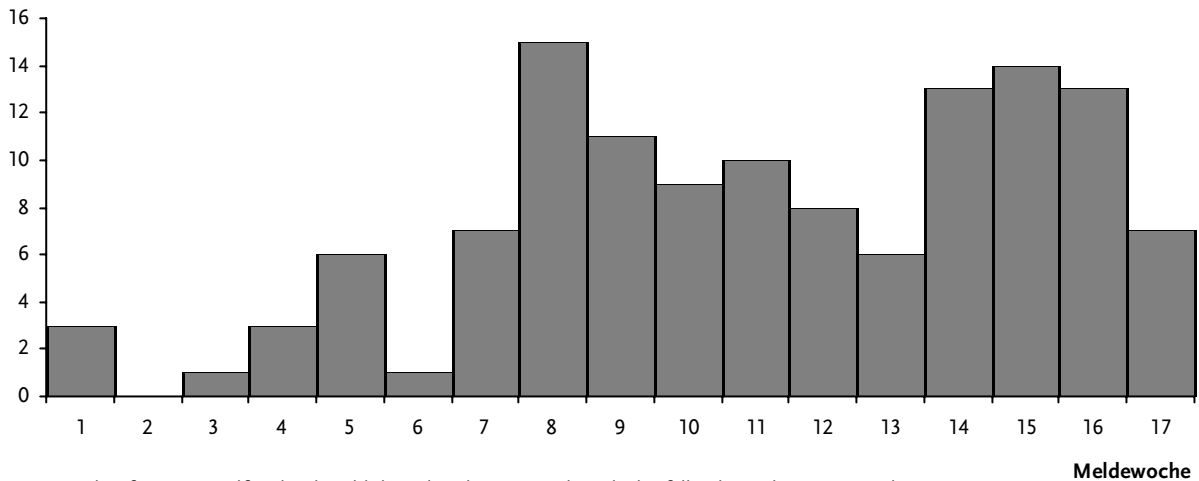


Abb. 1: Masernhäufung in Nordfriesland: Zahl der Erkrankungen und Verdachtsfälle, die in der 1.–17. Woche 2001 dem Kreisgesundheitsamt gemeldet wurden, nach Meldewochen (n = 127)

Als nächster Schritt wurde mittels standardisierter Fragebögen eine Telefonbefragung bei Patienten (bzw. deren Angehörigen) und ihren Hausärzten durchgeführt. Vorrangiges Ziel der Befragung war, die Falldefinition zu überprüfen und Information zu Komplikationen, Impfungen und bekannten Ansteckungsmöglichkeiten zu erfragen.

Bisherige Ergebnisse der Herduntersuchung

Bis zum 24.04.2001 wurden dem Kreisgesundheitsamt 127 Masernerkrankungen gemeldet, von denen 19 durch einen positiven IgM-Nachweis und eine durch eine positive Viruskultur labordiagnostisch bestätigt wurden. Zu diesem Zeitpunkt war noch keine Abnahme der Meldungen zu verzeichnen (Abbildung 1). Die Altersverteilung ist in Abbildung 2 dargestellt. 65 (51%) der gemeldeten Personen waren weiblich und 62 (49%) männlich. Insgesamt waren 87 Haushalte betroffen.

Zu 48 Fällen konnten bis zum 24.04. nur die Patienten oder ihre Eltern befragt werden, zu 23 Fällen nur die Ärzte und zu 16 Fällen liegen Befragungen sowohl der Patienten als auch der Ärzte vor, so dass insgesamt ergänzende Informationen zu 87 Patienten vorliegen. Dies schließt sieben Fälle ein, die im Rahmen der Befragung zusätzlich identifiziert wurden, die jedoch dem Gesundheitsamt ursprünglich nicht gemeldet wurden. Hierbei handelte es sich meist um Geschwister von bereits bekannten Erkrankten. Sechs der befragten und ursprünglich gemeldeten Erkrankten erfüllten nicht die Falldefinition. Insgesamt liegen zu Fragen der Komplikationen, der Impfung und der Schulbesuche Informationen zu 58 bestätigten Fällen vor, die im Folgenden die Grundgesamtheit bilden:

Drei Patienten hatten eine Pneumonie (5%), von der eine stationär behandelt werden musste, 13 Patienten eine Mittelohrentzündung (22%). Damit wurde bei mehr als einem Viertel der nachuntersuchten Erkrankungsfälle ein komplizierter Verlauf bestätigt. Fünf Patienten (9%) gaben an, geimpft gewesen zu sein. Bei einem Fall konnte die Impfung jedoch nicht durch einen Eintrag im Impfpass bestätigt werden und bei einem zweiten handelte es sich um eine postexpositionelle Impfung.

Von den Erkrankten wohnten 38 (65%) in insgesamt vier aneinander grenzenden Gemeinden, wobei sich 21 (35%) Fälle allein in einem Ort mit nur 1.350 Einwohnern ereigneten. Von 47 schulpflichtigen Erkrankten waren 37 (79%) Schüler in Schulen dieser vier Gemeinden. Von diesen benutzten 21 (58%) Schulbusse.

Maßnahmen und Schlussfolgerungen

Die hier vorgelegten Daten erlauben trotz der noch nicht abgeschlossenen Erhebung bereits eine Einschätzung des Ausmaßes der Häufung und weisen auf die Ausbreitung begünstigende Faktoren hin. Die neu eingeführte Meldepflicht für Masernerkrankungen hat dazu beigetragen, die Häufung in diesem Landkreis zu erkennen und einen Vergleich mit angrenzenden Kreisen vorzunehmen. Dieser hat gezeigt, dass die Zahl der auftretenden Erkrankungen weit über dem Erwartungswert liegt. Die Häufung war innerhalb des Landkreises bisher auf wenige Gemeinden beschränkt. Kontakte in Schulen und in Schulbussen haben offensichtlich bei der raschen Verbreitung eine wichtige Rolle gespielt. Ein Einfluss der Osterferien vom 09.04. bis zum 24.04. auf die Entwicklung des Geschehens wäre aufgrund der Inkubationszeit erst ab der 18. Woche zu erwarten.

Die Tatsache, dass über 90% der Erkrankten ungeimpft waren, deutet darauf hin, dass die Kinder und Jugendlichen in dieser Region nicht ausreichend gegen Masern geimpft sind. Dies wird untermauert von Untersuchungen, die für den betroffenen Landkreis niedrigere Impfquoten gegen Masern aufweisen als für das übrige Bundesland.

Der hohe Anteil erkrankter Schulkinder, die regionale Konzentration der Fälle sowie die Bestätigung, dass überwiegend ungeimpfte Kinder betroffen sind, war handlungsbestimmend für die Maßnahmen, die von dem zuständigen Gesundheitsamt eingeleitet wurden: Das Gesundheitsamt hat vorerst von einer Riegelungsimpfung bewusst Abstand genommen. Statt dessen wurde noch vor Wiederaufnahme der Schule nach den Osterferien eine breit angelegte Informationskampagne organisiert. Es wurden Informationschriften an alle Eltern von Schulkindern sowie an alle Lehrkräfte in Schulen versandt. Informationsplakate wurden

Erkrankungsfälle

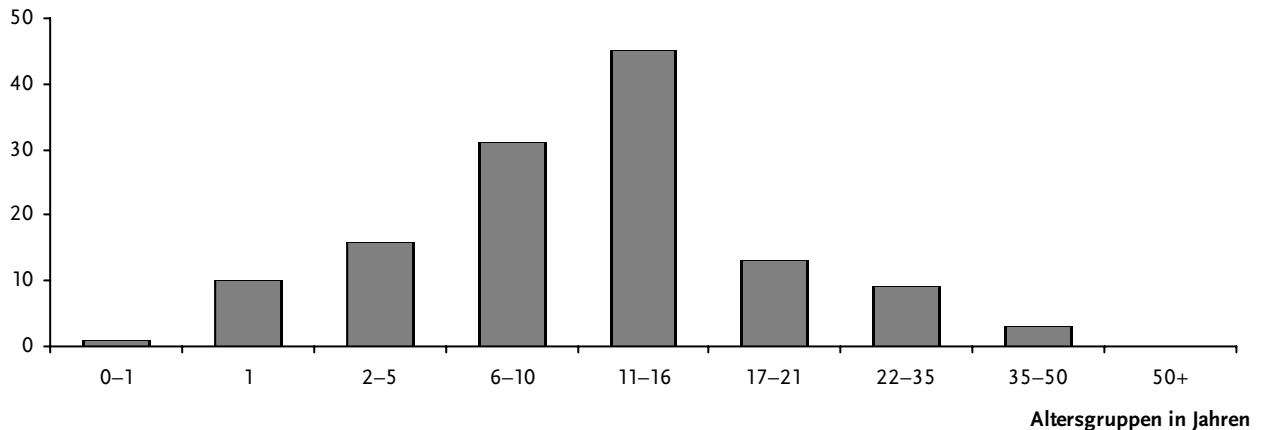


Abb. 2: Masernhäufung in Nordfriesland: Zahl der Erkrankungen und Verdachtsfälle, die in der 1. bis 17. Woche 2001 dem Kreisgesundheitsamt gemeldet wurden, nach Altersgruppen (n = 127)

zusätzlich an Kindergärten verteilt. Über einen Faxbrief wurden 150 niedergelassene Ärzte der Region auf die Situation aufmerksam gemacht. Diese Informationsschriften enthielten folgende Inhalte:

- ▶ Beschreibung der Häufung und der Erkrankung,
- ▶ Aufruf, nichtimmune Kinder dringend impfen zu lassen,
- ▶ Aufruf, alle Masernfälle unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden,
- ▶ Hinweis, dass an Masern Erkrankte ebenso wie nichtimmune Mitglieder der Wohngemeinschaft (z.B. nicht geimpfte Geschwister) Schulen nicht besuchen dürfen, bis der Arzt festlegt, dass keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.

Aufgrund der schnellen, wenn auch vorläufigen epidemiologischen Beurteilung der Lage konnten diese Maßnahmen innerhalb von vier Tagen beschlossen und umgesetzt werden. Diese erste Analyse hat es ermöglicht, die Maßnahmen zunächst in den am meisten betroffenen Gebieten zu beginnen, um diese dann zügig auf den ganzen Landkreis auszudehnen.

Das Gesundheitsamt plant gemeinsam mit dem RKI eine systematische Evaluierung dieser Maßnahmen und eine Untersuchung des Impfverhaltens von Kindern in

Schulen und Kindergärten, indem die Impfpässe der Kinder überprüft werden. Die intensivierete Masernüberwachung wird ebenfalls fortgesetzt.

Diese Masernhäufung ist ein erstes Beispiel für die praktische Anwendung der Möglichkeiten, die das neue Infektionsschutzgesetz dem öffentlichen Gesundheitsdienst bietet. Das jetzt eingeführte Überwachungssystem für meldepflichtige Krankheiten ist so strukturiert, dass viele der hier dargestellten Informationen im Regelbetrieb für jeden Fall erfasst werden können und sollen. Dies vereinfacht entsprechende Auswertungen und macht diese zu jedem Zeitpunkt auch ohne aufwändige Telefonbefragung möglich. Allerdings ist es wichtig, dass meldende Ärzte und Leiter von Laboratorien die Meldebögen vollständig ausfüllen. Nur so können sowohl den Gesundheitsämtern als auch meldenden Ärzten und den betroffenen Patienten zeitaufwändige Nachrecherchen erspart werden. Des Weiteren bietet das IfSG den zuständigen Gesundheitsämtern die Möglichkeit, weiterführende Interventionen zur Eindämmung einer solchen Häufung durchzuführen, wie zum Beispiel eine Riegelungsimpfung in gefährdeten Schulen – ein wirksames und bewährtes Mittel zur raschen Bekämpfung vergleichbarer Ausbrüche.

Für kollegiale Zusammenarbeit danken wir den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes des Kreis Nordfriesland in Husum, insbesondere Herrn Dr. Mulke und Herrn Kluge.

Neuer Studiengang in Epidemiologie

Ort: Aufbaustudiengang an den Universitäten **Berlin, Bielefeld und München**

Ziel: Höherqualifizierung zum »Master of Science in Epidemiology« (MSc)

Studiendauer: 4 Semester, wahlweise an den Universitäten Berlin, Bielefeld oder München

Studienbeginn: 1. Oktober 2001, **Bewerbungsschluss:** 31. Mai 2001

Themen: Vertiefende Lehre in Biometrie und Epidemiologie zur Vermittlung detaillierter analytisch-methodischer Kenntnisse und ihrer Anwendung in zahlreichen epidemiologischen Arbeitsfeldern.

Adressaten: Ärzte, Bio- und Gesellschaftswissenschaftler aus Forschung, Industrie und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, die sich für die epidemiologische Forschung qualifizieren wollen.

Information und Anmeldung:

Dr. Hiltrud Merzenich (Gesamtkoordinatorin)
 Universität Bielefeld – Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 Postfach 10 01 31, D-33501 Bielefeld
 Tel.: 05 21 . 106–42 62, Fax: 05 21 . 106–29 68
 E-Mail: hiltrud-merzenich@uni-bielefeld.de
 Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/mse

Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut neu konstituiert

Die STIKO wurde 1972 beim Bundesgesundheitsamt in dem Bestreben eingerichtet, den Ländern sorgfältig vorbereitete und abgestimmte Impfpfehlungen sowie fachliche Expertise zur Verfügung zu stellen. Sie besteht seit 1994 beim Robert Koch-Institut. Mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist die STIKO gesetzlich verankert. Gemäß § 20 Abs. 3 IfSG veröffentlichen die Länder auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO öffentliche Impfpfehlungen.

Am 24. April 2001 fand in Berlin die konstituierende Sitzung der STIKO für die neue Beru- fungsperiode statt. Die durch die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, in die Kommission berufenen Mitglieder wählten

Herrn **Prof. Dr. H.-J. Schmitt**, Mainz (Pädiatrische Infektiologie, Kinderklinik der Johann-Gu- tenberg-Universität Mainz), **zum Vorsitzenden** und

Herrn **Prof. Dr. S. Dittmann**, Berlin, **zum stellvertretenden Vorsitzenden**.

► Weitere berufene Mitglieder der STIKO sind:

Herr **Prof. Dr. med. habil. S. Bigl**, Chemnitz (Landesuntersuchungsanstalt für das Gesund- heits- und Veterinärwesen Sachsen),

Herr **Prof. Dr. B. Fleckenstein**, Erlangen (Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Klinische und Molekulare Virologie),

Herr **PD Dr. U. Heininger**, Basel (Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Abteilung für Pädiatrische Infektiologie und Vakzinologie),

Herr **Prof. Dr. F. Hofmann**, Wuppertal (Universität Wuppertal, Abteilung Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz),

Frau **Prof. Dr. C. Hülße**, Rostock (Landeshygieneinstitut Mecklenburg-Vorpommern),

Frau **Prof. Dr. H. Idel**, Düsseldorf (Universität Düsseldorf, Hygiene-Institut)

Herrn **Prof. Dr. W. Jilg**, Regensburg (Universität Regensburg, Institut für Medizinische Mikro- biologie und Hygiene, Klinische Virologie und Infektionsimmunologie),

Herr **Prof. Dr. R. von Kries**, München (Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Abteilung für Epidemiologie im Kindes- und Jugendalter),

Herr **Dr. J. Leidel**, Köln (Gesundheitsamt der Stadt Köln),

Frau **Dr. U. Lindlbauer-Eisenach**, München,

Herr **Dr. med. B. Metzinger**, Bergisch-Gladbach (IKK-Bundesverband),

Herr **Prof. Dr. M. Röllinghoff**, Erlangen (Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene),

Herr **Prof. Dr. F. C. Sitzmann**, Homburg/Saar (Universitätskliniken des Saarlandes, Kinderklinik),

Herr **Prof. Dr. F. v. Sonnenburg**, München (Universität München, Institut für Infektions- und Tropenmedizin),

Herr **PD Dr. F. Zepp**, Mainz (Universität Mainz, Kinderklinik).

► Ständige Gäste der STIKO sind:

Frau **Dr. med. R. Jäckel**, Berlin (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin),

Frau **Dr. med. B. Keller-Stanislawski**, Langen (Paul-Ehrlich-Institut, Bundesinstitut für Sera und Impfstoffe),

Herr **Oberfeldarzt Dr. R. Krause**, Bonn (Bundesministerium der Verteidigung, Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens),

Herr **Dr. N. Schnitzler**, Bonn (Bundesministerium für Gesundheit),

ein bis zwei noch zu benennende **Vertreter der AG Infektionsschutz der Bundesländer (AOLG)**.

► Sekretariat der STIKO:

Herr **Dr. G. Rasch**, Robert Koch-Institut, Fachgebiet 25: Präventionskonzepte/Impfprogramme, Stresemannstr. 90-102, 10963 Berlin

Dank für langjährige aktive Mitarbeit gilt den aus der STIKO ausscheidenden bisherigen Mit- gliedern, Herrn **Dr. K. Gritz**, Köln, sowie Herrn **Prof. Dr. M. A. Koch**, der in vielen Jahren den Vorsitz führte und sich um die Entwicklung und Profilierung der STIKO große Verdienste er- worben hat.

Hinweis: Die von der STIKO am Ende der vorigen Beru- fungsperiode erarbeitete Aktualisie- rung der Impfpfehlungen steht vor dem Abschluss. Die Veröffentlichung erfolgt voraus- sichtlich im Juni d. J. im *Epidemiologischen Bulletin* des RKI und wird vorher angekündigt.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Redaktion

Nordufer 20
13353 Berlin

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

Tel.: 01888.754-2457

E-Mail: kiehlw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2457

E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Vertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-3985

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infekti- ons- epidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den ver- schiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheits- dienstes sowie den medizinischen Fachgesell- schaften, 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, Ana- lysen 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 Unko- stenbeitrag von DM 96,- per Beginn des Ka- lenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abon- nement um ein Jahr.

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

Druck

Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A 14273