



Epidemiologisches Bulletin

1. Juni 2007/Nr. 22

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Neugefasste Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV)

Konsequenzen des Inkrafttretens im Juni 2007 für die Hafenzärztlichen Dienste

Im Juni 2005 verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung der WHO eine revidierte Fassung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), die im Juni 2007 für Deutschland rechtlich verbindlich in Kraft tritt. Mit dem Gesetz zu den IGV 2005, dem am 11. Mai 2007 vom Bundesrat zugestimmt wurde, sind die rechtlichen Voraussetzungen dafür in Deutschland geschaffen worden. Bis spätestens 2012 müssen in jedem Vertragsstaat die Kapazitäten geschaffen werden, um die „IGV 2005“ umsetzen zu können.

Weltweit nehmen die Hafenzärztlichen Dienste Aufgaben des Infektions- und Gesundheitsschutzes für die Schiffsbesatzungen, Passagiere und für die Bevölkerung wahr. Infektionsgefahren in der Seeschifffahrt können vom Trinkwasser, von Lebensmitteln, Waren, von Vektoren und infizierten Personen an Bord ausgehen. Die Arbeit der Hafenzärztlichen Dienste ist geprägt von der hohen Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hafen und an Bord von Seeschiffen. Sie beraten, führen Kontrollen durch, nehmen Proben, Impfen, begleiten seuchen- und präventivmedizinische Maßnahmen und sind zum Teil auch in der Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren und anderen Krankheiten tätig.

Im internationalen Vergleich sind die darüber hinausgehenden Aufgabenbereiche der zuständigen Behörden sehr unterschiedlich. So nehmen z.B. die *Port Authorities* in den englischen Häfen auch Aufgaben des Umweltschutzes und der Kontrolle der Lebensmittel- oder Tiereinfuhr wahr.

In Hamburg besteht die Zuständigkeit für den Hafen und den Flughafen. In anderen Bundesländern werden kleinere Häfen durch das örtliche Gesundheitsamt „mitversorgt“. Die Zunahme des Handels über den Seeverkehr und der Passagierschifffahrt, die Verkürzung der Liegezeiten, aber auch die strengen Sicherheitsbestimmungen und die Internationalität des Umfelds führen zu wachsenden Anforderungen an die Arbeit der Hafenzärztlichen Dienste. Um den Infektionsschutz möglichst ohne eine Störung der Hafenwirtschaft gewährleisten zu können, sind die Hafenzärztlichen Dienste der größeren internationalen Seehäfen an 7 Tagen der Woche tätig und rund um die Uhr über eine Rufbereitschaft erreichbar.

Wichtigste gesetzliche Grundlage für die Wahrnehmung des Infektionsschutzes durch die Hafenzärztlichen Dienste sind die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Internationale Seehäfen sind sogenannte „*points of entry*“ (Grenzübergangsstellen), in denen routinemäßig und anlassbezogen Infektionsschutzmaßnahmen nach den IGV durchgeführt und entsprechende Strukturen vorgehalten werden. Im Jahr 2005 hatte die Weltgesundheitsversammlung die revidierten IGV nach einem intensiven Beratungsprozess angenommen, diese treten im Juni 2007 weltweit in Kraft. Dadurch ändert sich unmittelbar die Aufgabenwahrnehmung der Hafenzärztlichen Dienste:

Diese Woche

22/2007

Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV):
Konsequenzen für die Hafenzärztlichen Dienste

Aviäre Influenza:
Ausbruch von aviärer Influenza (H7N2) in England/Wales

FSME:
Hinweise zu den FSME-Impfempfehlungen

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:
Aktuelle Statistik
19. Woche 2007
(Stand: 30. Mai 2007)

Masern:
Zur Masernhäufung in Nordrhein-Westfalen



- ▶ So wird das bisherige *Deratting (exemption) certificate* („sog. Rattenzertifikat“) abgelöst durch ein in seinem Untersuchungsumfang deutlich ausgeweitetes *ship sanitation (exemption) certificate* / „Bescheinigung über die (Befreiung von der) Schiffshygienekontrolle“ laut Annex 3. Während mit dem bisherigen Zertifikat ausschließlich bestätigt wurde, dass keine Schädlinge an Bord sind bzw. Bekämpfungsmaßnahmen eingeleitet wurden, **werden jetzt alle relevanten Bereiche der Schiffshygiene erfasst und alle 6 Monate überprüft**, wie z.B. Trink- und Badewasser, Vektoren, Lebensmittel, Apotheken- und Hospitalausstattung oder Unterkünfte.
- ▶ Treten an Bord eines Schiffes Infektionskrankheiten oder Todesfälle auf, die nicht auf einen Unfall zurückgeführt werden können, muss der Kapitän dies in der *maritime declaration of health* (Seegesundheitserklärung) laut Annex 8 vermerken. In diesem Fall kommen die Hafenerztinnen und -ärzte an Bord und ordnen Maßnahmen an, um eine weitere Ansteckung zu verhüten. Die Seegesundheitserklärung erlaubt, je nach der nationalen Ausgestaltung des Gesetzes, eine „syndromorientierte Surveillance“ im Schiffsverkehr und wurde unter Berücksichtigung neuer infektiologischer Gefahren, wie z.B. einer Grippepandemie, angepasst.
- ▶ Eine **regelmäßige Überprüfung der Trinkwasserqualität** ist mit der Revision der IGV **jetzt auch bei Schiffen unter internationaler Flagge** vorzunehmen (alle 6 Monate im Rahmen der Schiffshygienekontrolle nach IGV).

Für die Hafenerztlichen Dienste erweitert sich durch die Einführung des *ship sanitation (exemption) certificate* der Überwachungsbereich auf den Schiffen und damit verbunden erhöht sich auch der Zeitaufwand. Notwendig sind nicht nur neue Zertifikate und die Anpassung der Gebühren und der entsprechenden EDV, sondern vor allem auch eine Festlegung und Harmonisierung der Vorgehensweise der Hafenerztlichen Dienste untereinander und in der

Kooperation mit anderen Überwachungsbehörden. Hier gibt es verschiedene nationale und internationale Bemühungen, um zu einem einheitlichen und nachvollziehbaren Vorgehen der zuständigen Behörden zu kommen:

Der **Arbeitskreis der Küstenländer für Schiffshygiene**, Abstimmungsgremium der Hafenerztlichen Dienste der Küstenländer, **setzt sich intensiv mit der Umsetzung der IGV in den norddeutschen Ländern auseinander** (Geschäftsführung und Vorsitz Hamburg Port Health Center, weitergehende Informationen dazu s.u. www.port-health.org). Von Seiten der WHO werden zurzeit *Standard Operational Procedures* für die Hafenerztlichen Dienste erarbeitet. Das Hamburg Port Health Center hat in diesem Prozess den Vorschlag eines *Standardized Inspection Code* eingebracht, der – vergleichbar dem von den Hafenstaatkontrollen bereits praktizierten Vorgehen – eine eindeutige und von der Landessprache unabhängige Kommunikation zwischen den Hafenerztlichen Diensten über die Inspektionsergebnisse ermöglichen soll. Der *Standardized Inspection Code* nimmt Bezug auf den *Guide to Ship Sanitation* der WHO.

Auch wenn viele Detailfragen in der Umsetzung der neuen IGV durch die Hafenerztlichen Dienste noch nicht abschließend geklärt sind, ist jetzt schon absehbar, dass durch die Ausweitung der Handlungsfelder der Hafenerztlichen Dienste eine Verbesserung des Gesundheitsschutzes auf Schiffen möglich wird. Die Notwendigkeit der nationalen und internationalen Abstimmung von Verfahrensweisen führt dazu, dass Netzwerke geknüpft und intensiviert und notwendige Fachdiskussionen geführt werden. Die Initiativen der WHO, europäischer und nationaler Institutionen und insbesondere die Umsetzung der Verordnungsermächtigungen nach dem vorliegenden Entwurf des Bundes zu den IGV für den Bereich der Schiffshygiene werden durch das Hamburg Port Health Center begrüßt und unterstützt.

Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. med. C. Schlaich, MPH, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Hamburg Port Health Center, WHO Collaborating Center on the Health of Seafarers, www.port-health.org. **Rückfragen** bitte an: Clara.Schlaich@bsg.hamburg.de.

Ausbruch von aviärer Influenza (H7N2) in England/Wales

Am 24.05.2007 wurde ein Ausbruch von aviärer Influenza (H7N2 LPAI – *Low Pathogenic Avian Influenza*) auf einer Geflügelfarm nahe **Corwen/Conwy in Nord Wales/England** bestätigt. Die betroffenen Vögel waren am 07.05.2007 auf dem 70 Meilen entfernten Chelford Market in Macclesfield, Cheshire, bei einem Privathändler erworben worden. Insgesamt starben 15 Hühner an der Seuche. Die verbliebenen 30 wurden getötet. Die Farm wurde durch die örtlichen Gesundheitsbehörden im Umkreis von einem Kilometer abgeriegelt. Als Vorsichtsmaßnahme wurden die Personen, die Kontakt zu dem Geflügel hatten, ermittelt und ihnen eine vorsorgliche antivirale Therapie angeboten.

Im Zusammenhang mit diesem Ausbruch wurden vier Personen positiv auf H7N2 getestet. 12 weitere Personen wiesen eine Konjunktivitis bzw. grippeähnliche Symptome auf. Alle Patienten werden medikamentös behandelt. Drei Erkrankte wurden stationär behandelt, mittlerweile aber schon wieder entlassen.

Alle vier laborbestätigten Erkrankungsfälle hatten nach Angaben der *Health Protection Agency* (HPA) Kontakt mit infiziertem Geflügel. Bei den weiteren Erkrankungsfällen konnte eine Mensch-zu-Mensch-Über-

tragung vom *National Public Health Service* (NPHS) nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, wenngleich bislang für keinen dieser Erkrankungsfälle ein Labornachweis vorliegt.

Vorsorglich werden von den englischen Gesundheitsbehörden auch Kontaktpersonen zu den humanen Erkrankungsfällen ermittelt. Ihnen wird eine antivirale Therapie angeboten, um ein Erkrankungsrisiko zu minimieren bzw. eine weitere Ausbreitung zu verhindern. Nach Angaben der Gesundheitsbehörden wurden insgesamt 221 Personen erfasst, die wahrscheinlich direkten Kontakt zu infiziertem Geflügel oder zu humanen Erkrankungsfällen hatten.

Untersuchungen von Geflügel auf einer Farm auf der Llyn Peninsula, die ebenfalls Kontakte zu dem Chelford Market in Cheshire hatte, waren nach Angaben der englischen Veterinärbehörden negativ, die Tiere waren nicht mit H7N2 infiziert.

Bericht aus dem FG 36 „Respiratorisch übertragbare Erkrankungen“ der Abteilung für Infektionsepidemiologie im RKI.

Ansprechpartnerin ist Dr. Bonita Brodhun (E-Mail: BrodhunB@rki.de).

Ergänzende Hinweise zu den FSME-Impfempfehlungen (Saison 2007)

Aufgrund der aktuell hohen Nachfrage nach FSME-Impfstoffen kommt es zu einem zeitlich und regional begrenzten vorübergehenden Versorgungsengpass, der auf Grund der langen Vorlaufzeit bei Produktion und Qualitätskontrolle der Impfstoffe nicht sofort zu beheben ist. Die beiden Hersteller der Impfstoffe haben eine Entscheidungshilfe zur Vorgehensweise bei temporärer Impfstoffknappheit erarbeitet (ausführliche Darstellung und Flussdiagramm unter www.pei.de) und werden die versorgenden Ärzte mit einem Anschreiben über diese informieren.

Bereits in den Jahren 2005 und 2006 konnte ein Anstieg der gemeldeten Erkrankungszahlen im Vergleich zu den Jahren 2001 bis 2004 beobachtet werden (2001–2004: im Mittel 262 Erkrankungen; 2005: 432 Erkrankungen; 2006: 546 Erkrankungen). **Die gemeldeten Erkrankungen mit einem angegebenen Infektionsort in Deutschland wurden überwiegend aus den jeweils aktuellen Risikogebieten gemeldet.** Dieser Anstieg ist daher in erster Linie durch günstige Bedingungen für die FSME-Übertragung innerhalb den bislang als endemisch bekannten Regionen und nicht durch eine wesentliche geographische Ausbreitung des Erregers zustande gekommen. Mögliche Erklärungen sind zunehmende Freizeitaktivitäten im Freien, erhöhtes Bewusstsein der behandelnden Ärzte bzw. der Betroffenen selbst sowie ökologisch-klimatisch günstige Bedingungen für Zecken. Durch den milden Winter und den warmen Frühling ist in diesem Jahr eine früh einsetzende Zeckenaktivität zu beobachten. Das Freizeitverhalten der Bevölkerung hat sich ebenfalls an diesen Wetterbedingungen orientiert.

FSME-Risikogebiete in Deutschland liegen vor allem in **Bayern, Baden-Württemberg und Südhessen**. Betroffen ist auch der **Landkreis Birkenfeld in Rheinland-Pfalz**, seit 2001 **einige Kreise in Thüringen**.

Die FSME-Risikogebiete werden jährlich im *Epidemiologischen Bulletin (Epid. Bull.)* veröffentlicht (zuletzt 15/2007). Das RKI hat in diesem Jahr aufgrund eines differenzierteren methodischen Ansatzes, in dem auch die Inzidenz in angrenzenden Kreisen berücksichtigt wird, 33 Stadt- und Landkreise als zusätzliche Risikogebiete benannt. Ein Kreis wurde als FSME-Risikogebiet definiert, wenn die Inzidenz der übermittelten FSME-Erkrankungen im Zeitraum 2002 bis 2006 im Kreis oder in der Kreisregion (bestehend aus dem betreffenden Kreis plus alle angrenzenden Kreise) erhöht war. Außer dem **Stadtkreis Baden-Baden** wurden die neuen Risikogebiete alle aufgrund einer erhöhten Inzidenz in der Kreisregion und nicht im Kreis selbst definiert. Alle nach diesem neuen methodischen Ansatz neu hinzugekommenen Risikogebiete grenzen an bestehende Risikogebiete oder liegen inmitten bestehender Risikogebiete (vgl. *Epid. Bull.* 15/2007 und 17/2007).

Das Risiko, nach einem Zeckenstich in FSME-Risikogebieten an einer voll ausgeprägten FSME zu erkranken,

ist im Individualfall sehr niedrig und liegt geschätzt in Abhängigkeit von der Zeckendurchseuchung zwischen ca. 1 : 10.000 (Zeckendurchseuchung ca. 0,1%) und 1 : 300 (Zeckendurchseuchung ca. 3,5%; vgl.: Holbach M, Oehme R: FSME und Lyme-Borreliose. Fortschritte der Medizin 2002; 20(IV): 113–118).

Die Ständige Impfkommission am RKI empfiehlt die FSME-Impfung für alle Personen, die in FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, sowie für Personen, die durch FSME beruflich gefährdet sind (exponiertes Laborpersonal sowie in Risikogebieten Exponierte, z. B. Forstarbeiter und Exponierte in der Landwirtschaft). Dies bedeutet, dass für die Nutzenabwägung der Impfung die Wahrscheinlichkeit der Exposition und das Infektionsrisiko maßgebend sind.

Grundsätzlich gilt, dass nur solche Personen geimpft werden sollen, bei denen ein konkretes Expositions- und Infektionsrisiko während der Zeckensaison 2007 gegeben ist. Das Infektionsrisiko sollte anhand der Risikogebietskarten des RKI bestimmt werden (*Epid. Bull.* 15/2007). Personen mit konkretem Expositionsrisiko sollten mindestens zwei Impfungen haben bzw. erhalten. Als zusätzliche Grundlage zur Beurteilung der Dringlichkeit eines vollständigen Impfschutzes können im Einzelfall ggf. folgende weiteren Aspekte ergänzend berücksichtigt werden:

- ▶ die Intensität der Zeckenexposition – z. B. durch bestimmtes Freizeitverhalten oder beruflich bedingte lang andauernde Aufenthalte in entsprechenden Biotopen;
- ▶ das höhere Risiko von älteren Menschen, schwer zu erkranken und Komplikationen zu erleiden;
- ▶ der Infektionsdruck im Aufenthaltsgebiet, der an Hand der kreisbezogenen Fünfjahresinzidenzen abgeschätzt werden kann (Anlage zum *Epid. Bull.* 15/2007).

Ergänzend ist in diesem Zusammenhang besonders auch auf die Möglichkeit **weiterer präventiver Maßnahmen** hinzuweisen, die auch die Wahrscheinlichkeit der Übertragung anderer durch Zecken übertragbarer Erkrankungen – z. B. Borreliose – reduzieren können. Dies sind das Tragen von heller, geschlossener Kleidung, die Anwendung von Repellents, das Vermeiden von unwegsamem Gelände und Unterholz und das zeitnahe Absuchen des Körpers nach Zecken.

Mitteilung des FG 33 „Impfprävention“ der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. Als **Ansprechpartnerin** steht Frau Dr. Wiebke Hellenbrand zur Verfügung (E-Mail: HellenbrandW@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

19. Woche 2007 (Datenstand v. 30.5.2007)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	19.	1.-19.	1.-19.	19.	1.-19.	1.-19.	19.	1.-19.	1.-19.	19.	1.-19.	1.-19.	19.	1.-19.	1.-19.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	117	2.170	1.310	1	29	38	3	82	97	98	1.312	1.065	1	21	45
Bayern	133	2.237	1.367	3	57	43	19	315	288	104	1.515	1.334	5	39	61
Berlin	45	665	495	0	6	7	2	51	33	22	285	396	1	18	23
Brandenburg	53	521	415	0	11	9	6	92	107	20	354	450	0	1	6
Bremen	10	95	75	0	4	1	2	9	13	5	67	51	1	3	1
Hamburg	33	593	414	1	6	6	1	9	10	9	185	167	0	10	15
Hessen	54	1.031	753	1	11	5	5	54	47	117	879	641	1	16	14
Mecklenburg-Vorpommern	37	515	392	0	4	1	2	78	134	17	273	297	0	0	4
Niedersachsen	109	1.414	1.004	2	49	35	1	83	86	92	1.216	970	1	9	8
Nordrhein-Westfalen	304	4.934	3.587	5	100	91	22	342	478	156	2.185	2.209	2	15	19
Rheinland-Pfalz	88	1.045	678	0	8	9	9	125	95	49	690	749	0	9	6
Saarland	20	413	246	0	0	3	0	18	12	9	154	149	0	1	1
Sachsen	91	1.458	1.126	0	21	21	18	253	328	45	729	824	2	31	18
Sachsen-Anhalt	42	467	402	0	6	11	15	204	200	65	758	579	3	6	6
Schleswig-Holstein	41	543	499	2	13	18	1	28	31	16	357	241	0	5	1
Thüringen	28	512	401	1	5	7	19	178	132	71	636	488	0	6	13
Deutschland	1.205	18.613	13.164	16	330	305	125	1.921	2.091	895	11.595	10.610	17	190	241

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	19.	1.-19.	1.-19.	19.	1.-19.	1.-19.	19.	1.-19.	1.-19.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	2	42	30	2	40	50	13	442	532
Bayern	2	33	62	3	56	42	27	510	596
Berlin	2	17	37	1	19	23	14	275	346
Brandenburg	0	9	7	0	6	6	0	23	38
Bremen	0	1	6	0	3	1	0	16	8
Hamburg	0	9	7	0	12	15	0	22	25
Hessen	0	15	56	1	29	32	6	135	166
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	7	0	5	4	0	28	39
Niedersachsen	1	21	34	1	22	31	7	200	231
Nordrhein-Westfalen	1	75	73	3	97	123	19	333	429
Rheinland-Pfalz	1	10	28	0	41	29	3	139	178
Saarland	0	4	4	2	9	5	1	31	17
Sachsen	1	10	10	1	15	17	8	116	100
Sachsen-Anhalt	0	8	6	3	22	6	8	78	68
Schleswig-Holstein	1	12	12	0	9	15	3	64	109
Thüringen	0	13	6	0	14	21	1	57	63
Deutschland	12	284	385	17	399	420	110	2.469	2.945

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,

19. Woche 2007 (Datenstand v. 30.5.2007)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	
2	83	87	253	8.774	3.896	178	1.946	3.691	13	206	231	1	19	29	Baden-Württemberg
12	192	188	223	12.455	3.000	371	3.722	6.121	6	188	195	4	19	19	Bayern
1	59	49	109	5.201	1.854	132	1.465	1.876	2	91	114	1	20	19	Berlin
4	64	56	228	5.096	1.699	249	2.759	3.650	0	18	17	0	13	9	Brandenburg
0	7	6	6	792	237	21	145	276	0	3	13	0	4	6	Bremen
2	27	26	150	3.721	1.953	33	803	1.236	0	65	33	1	10	3	Hamburg
5	76	86	191	6.479	1.118	118	1.586	2.060	1	86	79	2	11	3	Hessen
2	44	60	59	3.379	1.329	117	2.348	3.077	4	46	59	1	31	45	Mecklenburg-Vorpommern
7	163	156	247	6.444	3.122	205	2.192	4.479	6	58	68	3	20	29	Niedersachsen
10	225	251	592	22.992	5.571	547	5.191	8.611	14	223	235	5	48	32	Nordrhein-Westfalen
9	95	84	153	6.382	1.320	177	1.717	2.555	3	78	86	0	7	5	Rheinland-Pfalz
3	28	29	10	593	60	24	392	497	1	9	13	0	2	1	Saarland
11	279	206	266	6.445	4.477	444	5.057	7.847	4	89	70	3	34	32	Sachsen
8	139	114	194	3.429	1.590	195	2.280	3.259	0	38	36	0	10	9	Sachsen-Anhalt
7	49	66	88	2.330	892	63	634	1.092	1	28	24	0	0	2	Schleswig-Holstein
8	142	154	144	3.804	2.878	264	1.981	3.710	2	32	23	0	11	9	Thüringen
91	1.672	1.618	2.913	98.316	34.996	3.138	34.218	54.037	57	1.258	1.296	21	259	252	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
1	33	28	0	10	89	9	222	249	Baden-Württemberg	
0	28	53	3	105	50	8	221	287	Bayern	
0	8	13	0	0	18	6	112	125	Berlin	
0	8	9	1	1	3	1	29	45	Brandenburg	
0	0	3	0	0	1	3	18	31	Bremen	
0	4	3	0	1	10	7	66	67	Hamburg	
0	16	11	0	9	51	8	166	173	Hessen	
0	3	4	0	0	0	2	41	37	Mecklenburg-Vorpommern	
1	13	24	7	13	8	5	135	151	Niedersachsen	
3	50	89	22	139	1.245	23	442	511	Nordrhein-Westfalen	
1	8	9	0	4	27	6	70	65	Rheinland-Pfalz	
0	0	3	0	0	0	0	27	38	Saarland	
0	12	12	0	1	1	1	48	74	Sachsen	
0	11	13	0	0	1	2	69	45	Sachsen-Anhalt	
0	7	6	0	5	18	2	44	46	Schleswig-Holstein	
0	10	8	0	0	2	3	34	53	Thüringen	
6	211	288	33	288	1.524	86	1.744	1.997	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

19. Woche 2007 (Datenstand v. 30.5.2007)

Krankheit	19. Woche 2007	1.–19. Woche 2007	1.–19. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	7	225	160	574
Brucellose	0	8	9	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	29	32	92
Dengue-Fieber	6	75	62	174
FSME	7	22	4	546
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	7	12	63
Hantavirus-Erkrankung	38	278	16	72
Hepatitis D	0	3	10	21
Hepatitis E	1	28	13	51
Influenza	2	18.666	3.708	3.804
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	42	55	120
Legionellose	8	107	173	571
Leptospirose	0	16	14	46
Listeriose	5	120	179	509
Ornithose	0	4	13	25
Paratyphus	2	17	16	73
Q-Fieber	4	38	52	204
Trichinellose	0	4	19	22
Tularämie	0	2	0	1
Typhus abdominalis	3	16	28	75

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur Masern-Häufung in Nordrhein-Westfalen**

Die Zahl der Masernerkrankungen hat sich in NRW auf insgesamt 175 übermittelte Fälle erhöht (Stand: 31.05.2007). Besonders betroffen sind weiterhin die Stadt **Düsseldorf** mit jetzt 65 Fällen und der **Kreis Mettmann** mit 61 Fällen. In Düsseldorf gingen die Meldezahlen inzwischen wieder zurück. Die hauptsächlich betroffenen Altersgruppen sind nach wie vor Jugendliche von 10–14 (25%) und 15–19 Jahren (17%).

Eine Besonderheit stellen die im **Kreis Recklinghausen** aufgetretenen Masernerkrankungen dar. Hier sind vornehmlich Erwachsene betroffen, von denen die meisten beim selben Arbeitgeber beschäftigt sind oder Kontakte zu den Angestellten hatten. Diese Erkrankungen traten zum Teil schon Anfang April auf, sind jedoch aufgrund versäumter Meldepflichten dem zuständigen Gesundheitsamt erst mit mehrwöchiger Verspätung bekannt geworden. Auch labor-diagnostisch bestätigte Fälle waren dem Gesundheitsamt nicht gemeldet worden.

Die Handlungsempfehlungen des Konsenspapiers der Arbeitsgruppe Masern in NRW (veröffentlicht im *Epidemiologischen Bulletin* 13/2007) haben sich im Rahmen der Infektionsbekämpfung bewährt.

Für diese Information danken wir Dr. Ulrich van Treeck, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (Iögd 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. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030 18.754-23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: MarcusU@rki.de

► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl

Redaktionsassistentz

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

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 Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

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

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

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > 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