



Epidemiologisches Bulletin

20. April 2007 / Nr. 16

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Impfaktionen der Gesundheitsämter in den Jahren 2003–2005: Eine bundesweite Erhebung

Vom 16. bis 22. April 2007 findet die **Europäische Impfwoche** der WHO (Regionalbüro Europa) statt. In vielfältigen Maßnahmen während der Europäischen Impfwoche wird auf den besonderen Stellenwert von Impfungen für die Vermeidung und Elimination von Infektionskrankheiten hingewiesen. Ziel muss es sein, die weiterhin zu geringe Durchimpfung der Bevölkerung in Deutschland zu verbessern.

In einer bundesweiten Erhebung wurde die Tätigkeit von Gesundheitsämtern bei der Impfprävention durch das Robert Koch-Institut untersucht.

Hintergrund und Ziele

Impfungen sind anerkannt wichtige, effektive und kostengünstige Maßnahmen der Primärprävention und tragen maßgeblich zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung bei.¹ In den letzten Jahren konnte in Deutschland ein erfreulicher Anstieg der Impfquoten bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung verzeichnet werden,² jedoch zeigen insbesondere die großen Ausbrüche von Masernerkrankungen der letzten Jahre, dass weiterhin Bedarf besteht, Impfungen aktiv zu fördern.³ Das Robert Koch-Institut hat mit einem 10-Punkte-Programm zur Steigerung der Impfprävention hierzu wertvolle Impulse gegeben.⁴ Mit seiner komplementären Ausrichtung kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wichtige Rolle bei der Steigerung der Durchimpfung in der Bevölkerung zu.⁵

Der Auftrag zur Steigerung der Inanspruchnahme der Impfprävention in der Bevölkerung an die Gesundheitsämter wird auf Grund der föderalen Eigenständigkeit in den Ländern auf unterschiedliche Weise umgesetzt. Bisher fehlte ein systematischer, zentraler Überblick über die regional durchgeführten Maßnahmen zur Impfprävention.⁶ Ziel der vorliegenden Arbeit war, eine **erste systematische bundesweite Übersicht** zu erstellen und davon ausgehend eine Analyse der Situation in der Impfprävention durch den ÖGD durchzuführen. Die Erstellung einer Übersicht könnte als Ausgangspunkt für die Durchführung neuer bzw. zur Weiterentwicklung bestehender Initiativen dienen.

Methodik

In einer 2005 am Robert Koch-Institut durchgeführten schriftlichen Befragung aller bundesdeutschen Gesundheitsämter (n=421) wurde eine systematische Übersicht über die vom ÖGD 2003 bis 2005 in Kommunen und Bundesländern durchgeführten bzw. laufenden Routine- und Sondermaßnahmen zur Impfprävention erstellt. Für die Erhebung wurde ein **dreiteiliger Fragebogen** versandt. Dieser bestand aus einem Gesundheitsamtsteil, in dem **Charakteristika der befragten Gesundheitsämter** angegeben werden konnten, einem Nutzerbogen zur **Internetnutzung** und einem **Projektfragebogen**. Für jede durchgeführte Maßnahme des Gesundheitsamtes sollte jeweils ein Fragebogen ausgefüllt werden. Datengrundlage der Studie waren die von den Gesundheitsämtern berichteten Maßnahmen der Impfprävention (n=728) und die Strukturparameter der teilnehmenden Gesundheitsämter (n=316). Darüber hinaus wurden das aktuelle Online-Nutzungsverhalten der Gesundheitsamtsmitarbeiter und der Bedarf einer Online-Datenbank für Impfinitiativen erfragt. Die Daten wurden in einer MS-Access-Datenbank erfasst. Die statistisch deskriptive und analytische Auswertung erfolgte mittels SPSS Version 13.0.

Ergebnisse

316 Gesundheitsämter (75,1%) nahmen an der Befragung teil und berichteten über 728 Projekte in den Jahren 2003 bis 2005. Die Rücklaufquoten waren mit 75,8% in den alten und 73,2% in den neuen Bundesländern annähernd gleich.

Diese Woche

16/2007

Schutzimpfungen:

Bundesweite Übersicht zu Impfaktionen der Gesundheitsämter in Deutschland, 2003–2005

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

13. Woche 2007

(Stand: 18. April 2007)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur aktuellen Situation



Die Mitarbeiterzahl der Gesundheitsämter betrug im Median 30, (Minimum 8, Maximum 504 Mitarbeiter/innen). 26,3% der Gesundheitsämter hatten einen überwiegend städtisch und 59,2% einen überwiegend ländlich strukturierten Zuständigkeitsbereich. 6,6% gaben beides in gleichem Maße an.

Die Anzahl der Projekte pro Gesundheitsamt variierte von 0 bis 21, im Median wurden 2 Projekte pro Gesundheitsamt durchgeführt. Aus den neuen Bundesländern wurden signifikant mehr Projekte berichtet als aus den alten Bundesländern (U-Test, $p < 0,01$). Es wurden 338 Routineimpfmaßnahmen beschrieben, wobei Routineimpfmaßnahmen als gesetzlich verankerte Dienstaufgaben der Gesundheitsämter definiert wurden, die z. T. fortlaufend und seit vielen Jahren durchgeführt werden. Als Sonderimpfmaßnahmen ($n = 390$) galten Maßnahmen der Impfprävention, die außerhalb des regelmäßigen Angebots an speziellen Aktionstagen oder -wochen angeboten wurden.

Die **Größe des Gesundheitsamtes und die personelle Ausstattung hatten keinen messbaren Einfluss auf die Häufigkeit der berichteten Impfmaßnahmen**. Sonderimpfmaßnahmen wurden häufiger in den neuen Bundesländern durchgeführt und von Gesundheitsämtern, deren Zuständigkeitsbereich überwiegend städtisch strukturiert war. Als Besonderheiten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Gesundheitsämter wurde ein großer Anteil an Migrantinnen (20,9%), ein großer Anteil an sozial Benachteiligten (25,2%) sowie einzelne lokal besonders aktive Impfgegner bzw. eine große Klientel an Impfgegnern (12,3%) genannt. Im Vergleich zu den Gesundheitsämtern der neuen Bundesländer berichteten Gesundheitsämter aus den alten Bundesländern signifikant häufiger über einen großen Anteil an Migrantinnen in den Zuständigkeitsbereichen und gaben häufiger ein großes Klientel an Impfgegnern bzw. lokal aktive Impfgegner an.

Die **Gesundheitsämter beteiligten sich häufig an übergreifenden Impfkampagnen**. 13,7% der Impfinitiativen waren eingebettet in allgemeine Impfkampagnen. 59 Maßnahmen (8,1%) wurden 2003 im Rahmen der 1. Nationalen

Impfwoche durchgeführt. Auch Hilfestellungen von Seiten der Landesgesundheitsämter wurden aufgegriffen. Hier zeigte sich künftiger Moderations- und Unterstützungsbedarf durch die in der Impfprävention tätigen Institutionen.

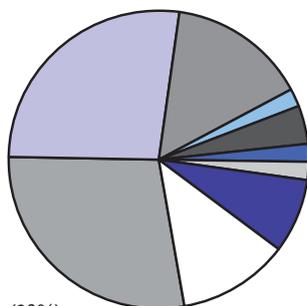
Der **Schwerpunkt der Maßnahmen des ÖGD lag in der Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen**. 65,0% aller genannten Projekte zielten auf die Altersgruppe 0–18 Jahre ab. Routineimpfmaßnahmen in Schulen (26,8%) und Sonderimpfaktionen in Schulen (15,2%) waren häufig berichtete Projektformen (s. Abb. 1). Der Schwerpunkt wurde dabei auf die Masern-Mumps-Röteln-Impfung gelegt. Pädagogen hatten als Kooperationspartner und Multiplikatoren einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg dieser Impfmaßnahmen. Impfpräventive Angebote in Kindergärten (2,5% der Projekte) waren jedoch unterrepräsentiert.

Die Projekte des ÖGD hatten mit im Median 848,5 Personen eine große Reichweite. Die große Spannweite der erreichten Personen von 5 bis 100.000 erklärt sich durch die Unterschiedlichkeit der Projekte, die von kleineren Impfkampagnen bis zu Informationskampagnen reichten. Mehr als die Hälfte der Maßnahmen (56,7%) wurde durch ein gleichzeitiges Impfangebot ergänzt.

Der **wichtigste begünstigende Faktor für den Erfolg von Impfprojekten waren gut funktionierende Kooperationen**.

In den alten Bundesländern wurde die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten/innen (28,7%), in den neuen Bundesländern die gute Zusammenarbeit mit Lehrern/innen (16,4%) an erster Stelle genannt. Nach Angaben der Gesundheitsämter stellte **Personalmangel** (19,8%) das **größte Hindernis bei der Umsetzung von Impfprojekten** dar. Krankenkassen beteiligten sich etwa bei einem Viertel der Projekte (25,3%) finanziell. 43,1% der Maßnahmen wurden intern evaluiert, 13% extern und in 5,2% der Fälle erfolgte sowohl eine interne als auch eine externe Evaluation.

Gesundheitsbezogene Informationen werden von Laien und Experten/innen zunehmend über neue Medien gewonnen. Die Gesundheitsämter sind bereits vielfach im Internet vertreten, jedoch wurden wenige Maßnahmen von Internetangeboten begleitet. Die Auswertung der Nutzerbefragung ergab, dass annähernd 95% der Befragten einen dienstlichen Internetzugang hatten und etwa die Hälfte diesen Zugang mehrmals täglich nutzte. Zu den am häufigsten aufgerufenen Internetseiten zum Thema „Impfen“ gehörten der Internetauftritt des RKI und der von Landesgesundheitsämtern. Auch die Internetseiten weiterer Institutionen wie die des Deutschen Grünen Kreuzes oder von Impfstoffherstellern sowie eine große Zahl von Internetangeboten zur Reisemedizin wurden genannt. Von den Mitarbeitern/innen der Gesundheitsämter wurde ein großes Interesse an online verfügbaren Link- (60,1%) und Literaturlisten (60,9%) angegeben. Auch die Bereitstellung von Materialien bis hin zu kompletten Konzepten für Impfkampagnen wurde von einer großen Zahl der Befragten als hilfreich angesehen. Hingegen war das Interesse an einer Online-Datenbank mit einer Übersicht der durchgeführten Maßnahmen eher gering, was sich daran zeigte, dass nur 12,5% der Befragten den Nutzen einer solchen Datenbank mit hoch bzw. sehr hoch bewerteten.



- Impfkaktionstage (28%)
- Routineimpfmaßnahmen in Schulen (27%)
- Sonderimpfmaßnahmen in Schulen (15%)
- Impfprojekte bei Berufsschülern (2%)
- Impfprävention i.R.d. Schuleingangsuntersuchungen (4%)
- Impfprävention i.R. sonstiger KJGD-Tätigkeit (2%)
- Impfprojekte in Kitas (2%)
- Impfsprechstunde und Reiseimpfberatung (8%)
- Sonstiges (12%)

Abb. 1: Klassifizierung der Impfmaßnahmen

Grenzen der Studie: Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen mögliche Verzerrungsfaktoren berücksichtigt werden. Beispielsweise kann die unterschiedliche Art der Versendung und Sammlung der Fragebogen zu unterschiedlichem Antwortverhalten geführt haben. In fünf Bundesländern konnten die Gesundheitsämter direkt angeschrieben werden, wohingegen die Versendung und der Rücklauf der Fragebogen in den anderen Bundesländern über die Landesstellen erfolgte. Die Erhebung weist wahrscheinlich einen *Reporting Bias* sowohl in Bezug auf die Anzahl als auch die Auswahl der Projekte auf. Unter anderem wegen des Dokumentationsaufwandes ist davon auszugehen, dass mehr Projekte durchgeführt als berichtet wurden. Die Zahl der berichteten Sondermaßnahmen war größer als die der Routinemaßnahmen, da letztere möglicherweise nicht als so berichtenswert angesehen wurden. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der durchgeführten Projekte eine eher konservative Schätzung ist und daher die Aktivitäten des ÖGD sogar noch vielfältiger und häufiger sind als dokumentiert.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die hohe Rücklaufquote der angeschriebenen Gesundheitsämter und die hohe Zahl von berichteten Projekten und Maßnahmen verdeutlichen die besondere Rolle, die dem ÖGD mit seiner komplementären Ausrichtung im Bereich der Impfprävention zukommt. Impfinitiativen der Gesundheitsämter sind ein wesentlicher Baustein der Impfprävention in Deutschland. Sie könnten zukünftig auf bisher weniger erreichte Alters- und Zielgruppen (Kinder in Kindertagesstätten, Migranten/innen und sozial Benachteiligte) ausgeweitet werden. In der Untersuchung wurde deutlich, dass der ÖGD durch seine rechtlich verankerten Zugangswege, seine wirtschaftliche Interessensneutralität und seine Gemeinwohlorientierung wie keine andere Institution seinem bevölkerungsmedizinischen Auftrag in der Impfprävention gerecht werden kann. Dabei zeigte sich, dass neben den zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Impfprävention im Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter, das Engagement der Mitarbeiter/innen und die gepflegten Kooperationen für eine erfolgreiche Impfprävention wichtig sind.

Der Schwerpunkt der von den Gesundheitsämtern durchgeführten Impfmaßnahmen lag im Umfeld Schule. Der ÖGD hat im Gegensatz zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen Zugang zu Gemeinschaftseinrichtungen und kann durch aufsuchende Angebote effizient eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihrer sozialen Herkunft erreichen. Da die Impfstatuskontrollen für alle Kinder unabhängig von der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote durch die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern erfolgen, übernimmt der ÖGD damit eine wichtige sozialkompensatorische Funktion.

Impfpräventive Angebote in Kindergärten sollten intensiviert werden. Insbesondere in den alten Bundesländern besteht kein traditionell gefestigter Zugangsweg zu diesen Einrichtungen. **Eine zumindest teilweise Vorverlagerung des Interventionsschwerpunktes vom Schul- in den Kindergarten-Bereich würde dazu beitragen, eine altersgerechte Durchimpfung der Kinder zu erreichen.** Eine generelle Überprüfung des Impfstatus bei Aufnahme in den Kindergarten, wie sie in einigen Ländern bereits praktiziert wird, hätte gegenüber der Erfassung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung den Vorteil, dass die Kinder schon im Kindergartenalter auf möglicherweise fehlende Impfungen hingewiesen werden können.

Das durch die regionale Aufsplitterung der Zuständigkeiten unübersichtliche Feld der vom ÖGD durchgeführten Impfmaßnahmen wurde durch die vorliegende Erhebung erschlossen. **Wünschenswert wäre es, einen kontinuierlichen Überblick über durchgeführte Initiativen in der Impfprävention zu haben.** Eine zentrale Erfassung der regional begrenzten Impfmaßnahmen könnte dies ermöglichen. Diese wäre auch als Ideenpool bei der Projektierung neuer Maßnahmen bzw. zur Verbesserung bestehender Initiativen nützlich. Gesundheitsämter, die sich zurzeit vornehmlich auf die Wahrnehmung der gesetzlich vorgegebenen Pflichtuntersuchungen beschränken, könnten von der bereits geleisteten Projektentwicklungsarbeit anderer Gesundheitsämter profitieren und diese Impfprojekte auch mit geringeren Personalressourcen anbieten. Durch Kooperationen mit anderen Gesundheitsämtern kann dem Nachteil eines begrenzten regionalen Handlungsfeldes begegnet werden. Die Nutzerbefragung zeigte, dass die Gesundheitsämter meist Zugang zum Internet haben und diesen regelmäßig nutzen. Es könnten möglicherweise synergetische Effekte durch das Internet erreicht werden, indem das Feld der Impfprävention transparenter gemacht wird.

Eine Effizienzsteigerung durch flächendeckende und einheitliche Ansätze in der Impfprävention ließe sich durch gemeinsame Konzepte und Strategien von Bund und Ländern erreichen. Die auch in der Erhebung erfasste vielfältige Teilnahme an der 1. Nationalen Impfwoche im Jahr 2003 hat die große Bereitschaft der Gesundheitsämter gezeigt, auf bundesweit übergreifende Impfkampagnen einzugehen, wenn diese initiiert werden. Für die regionale Ausgestaltung der Maßnahmen sind dabei die Gesundheitsämter aufgrund ihrer Kenntnis der Kommune, der Vernetzung mit anderen kommunalen Ämtern und Institutionen und ihrer interdisziplinären Arbeitsweise prädestiniert. Die vielfältige Beteiligung an der Europäischen Impfwoche 2007 könnte eine ähnliche Initialzündung bewirken. Langfristig angelegte Impfstrategien sind essenziell, um internationale Zielsetzungen wie die Elimination der Masern auch in Deutschland zu erreichen.

Literatur:

1. Reiter S, Rasch G: Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2004; Heft 1
2. RKI: Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2005. Epid Bull 2006; 48: 430–431
3. RKI: Masern: Ausbruch in NRW – Update (5). Epid Bull 2006; 24: 190
4. RKI: 10-Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland. Prävention 2004; 23(2): 56–58
5. Bruns-Philippis E et al.: Der öffentliche Gesundheitsdienst als Kooperationspartner in der Prävention. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005; 48 (10): 1153–1161
6. Meyer C: Impfungen und Impfprogramme – aktuelle Aspekte des Impfwesens in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004; 47 (12): 1127–1128

Bericht des FG 33 „Impfprävention“ der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, erarbeitet von Dr. Carmen Kresse und Dietmar Walter, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: WalterD@rki.de).

Dank gilt den an der Erhebung beteiligten Mitarbeitern/innen der Gesundheitsämter sowie den Mitarbeitern/innen der beteiligten Landesstellen für ihr Einverständnis zu der vorliegenden Erhebung und ihre aktive Unterstützung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

13. Woche 2007 (Datenstand v. 18.4.2007)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.		
	2007			2006			2007			2006			2007			2006	
Baden-Württemberg	89	1.434	944	3	26	22	7	59	58	60	904	691	1	13	24		
Bayern	107	1.468	1.029	2	40	32	20	219	198	53	940	879	2	21	39		
Berlin	23	443	353	0	6	3	2	37	24	10	177	260	0	9	11		
Brandenburg	17	327	292	1	9	8	3	60	79	13	232	289	0	1	3		
Bremen	5	53	49	0	4	1	0	4	11	0	48	42	0	1	1		
Hamburg	31	386	312	1	4	4	0	6	7	10	98	108	0	4	12		
Hessen	48	709	570	0	6	3	5	36	38	35	545	436	0	5	9		
Mecklenburg-Vorpommern	34	300	291	0	2	1	3	56	97	16	177	185	0	0	3		
Niedersachsen	76	913	712	0	43	21	2	67	62	65	871	656	0	8	5		
Nordrhein-Westfalen	230	3.397	2.593	2	85	56	21	239	335	99	1.546	1.449	0	8	13		
Rheinland-Pfalz	44	668	507	0	6	7	9	92	67	24	423	474	1	4	3		
Saarland	17	285	187	0	0	2	2	16	10	4	104	97	0	0	1		
Sachsen	70	982	810	4	16	12	16	186	231	36	486	487	1	24	7		
Sachsen-Anhalt	17	316	282	0	3	6	10	137	150	17	330	343	0	2	5		
Schleswig-Holstein	41	377	381	0	11	10	1	22	17	43	217	158	0	4	1		
Thüringen	17	365	296	1	2	2	7	115	87	22	414	316	1	4	6		
Deutschland	866	12.423	9.608	14	263	190	108	1.351	1.471	507	7.512	6.870	6	108	143		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.		
	2007			2006			2007			2006	
Baden-Württemberg	0	30	26	1	26	32	19	323	385		
Bayern	1	23	43	1	40	35	28	350	416		
Berlin	0	9	19	1	13	11	11	198	251		
Brandenburg	0	5	6	0	4	5	0	18	28		
Bremen	0	1	5	0	3	1	0	12	5		
Hamburg	0	4	3	0	7	10	0	15	19		
Hessen	2	14	37	3	17	25	14	102	123		
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	4	0	2	4	0	20	30		
Niedersachsen	1	13	23	0	17	26	7	149	156		
Nordrhein-Westfalen	6	58	47	8	71	86	14	232	308		
Rheinland-Pfalz	0	8	24	1	34	18	5	104	125		
Saarland	0	3	3	0	7	4	2	26	14		
Sachsen	2	7	7	1	8	14	8	77	72		
Sachsen-Anhalt	0	5	3	2	16	4	6	50	48		
Schleswig-Holstein	0	10	8	2	7	12	3	48	78		
Thüringen	1	12	5	0	12	17	4	42	50		
Deutschland	13	204	263	20	284	304	121	1.766	2.108		

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

13. Woche 2007 (Datenstand v. 18.4.2007)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	
5	66	60	333	7.189	3.180	120	919	2.510	12	133	161	0	13	19	Baden-Württemberg
4	134	137	364	10.606	2.341	254	2.091	4.418	10	130	138	1	11	13	Bayern
2	42	35	102	4.516	1.463	79	838	1.618	4	61	77	0	15	12	Berlin
3	44	41	140	4.182	1.338	198	1.376	3.046	0	11	12	1	11	4	Brandenburg
0	6	5	57	709	228	11	70	229	0	3	10	0	3	3	Bremen
0	20	18	124	2.544	1.382	38	359	1.032	4	48	20	1	8	1	Hamburg
4	56	61	170	4.881	901	73	987	1.591	5	61	59	1	6	2	Hessen
2	34	42	266	2.809	1.113	180	1.468	2.168	1	31	42	2	23	22	Mecklenburg-Vorpommern
6	126	111	288	5.120	2.465	166	1.210	3.213	2	35	45	1	11	20	Niedersachsen
9	171	174	1.116	18.381	4.007	316	2.448	6.378	9	150	154	0	29	23	Nordrhein-Westfalen
4	70	54	226	4.983	983	110	864	1.708	3	53	63	0	6	5	Rheinland-Pfalz
1	21	25	26	473	43	24	217	334	0	5	10	0	1	1	Saarland
16	220	150	384	4.539	3.722	379	2.715	5.322	8	59	49	2	22	23	Sachsen
7	98	86	169	2.395	1.242	97	1.343	2.352	3	30	27	0	9	6	Sachsen-Anhalt
2	29	52	95	1.561	707	52	256	768	0	17	22	0	0	2	Schleswig-Holstein
8	93	104	91	2.887	2.060	130	900	2.503	0	26	20	1	7	7	Thüringen
73	1.230	1.155	3.951	77.775	27.175	2.227	18.061	39.190	61	853	909	10	175	163	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
0	25	16	1	7	79	9	153	149	Baden-Württemberg	
1	22	40	12	65	33	11	154	194	Bayern	
0	7	9	0	0	7	6	72	89	Berlin	
0	7	4	0	0	1	2	20	33	Brandenburg	
0	0	2	0	0	0	1	7	19	Bremen	
0	2	1	0	1	6	6	45	46	Hamburg	
2	13	10	0	8	39	7	123	120	Hessen	
1	2	3	0	0	0	2	30	30	Mecklenburg-Vorpommern	
0	12	20	0	4	5	2	93	105	Niedersachsen	
3	34	65	4	46	471	21	309	358	Nordrhein-Westfalen	
2	7	5	0	3	15	8	44	45	Rheinland-Pfalz	
0	0	2	0	0	0	4	22	28	Saarland	
0	10	8	0	1	0	0	29	48	Sachsen	
0	7	5	0	0	1	3	46	28	Sachsen-Anhalt	
0	6	5	0	5	5	5	34	30	Schleswig-Holstein	
0	5	5	0	0	0	5	23	40	Thüringen	
9	159	200	17	140	662	92	1.204	1.362	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

13. Woche 2007 (Datenstand v. 18.4.2007)

Krankheit	13. Woche 2007	1.–13. Woche 2007	1.–13. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	188	102	574
Brucellose	0	7	6	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	23	22	90
Dengue-Fieber	0	47	41	174
FSME	0	6	1	546
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	5	5	63
Hantavirus-Erkrankung	16	119	13	72
Hepatitis D	1	2	7	21
Hepatitis E	1	13	8	52
Influenza	1.226	17.818	2.244	3.804
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	28	35	120
Legionellose	2	69	116	571
Leptospirose	0	12	12	46
Listeriose	1	94	130	509
Ornithose	0	2	3	25
Paratyphus	1	7	10	73
Q-Fieber	1	21	23	204
Trichinellose	0	3	17	22
Tularämie	0	1	0	1
Typhus abdominalis	0	9	18	75

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist in der 15. Woche bundesweit nicht mehr erhöht.

Europa: Die saisonale Influenza-Aktivität in Europa ist bereits auf dem Niveau, das außerhalb der Wintersaison beobachtet wird. Die meisten Länder melden keine oder nur noch sporadische Influenza-Aktivität.

Aviäre Influenza

Bei Vögeln/Geflügel, Deutschland: Keine Änderung der Situation. Seit dem 3. August 2006 wurden keine hochpathogenen Influenzaviren vom Subtyp A/H5N1 nachgewiesen.

Bei Vögeln/Geflügel, international: Keine Änderung der Situation. Im asiatischen Raum werden weiterhin nachgewiesene H5N1-Infektionen bei Geflügel gemeldet.

Aviäre Influenza bei Menschen, international: Am 11. April bestätigte das ägyptische Gesundheitsministerium den Tod eines 15-jährigen Mädchens, das sich nach einer H5N1-Infektion in einem kritischen Zustand befand.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 15. Woche 2007 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI, <http://influenza.rki.de/agi>), dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

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