



Epidemiologisches Bulletin

20. April 2009 / Nr. 16

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007

Vom 20. bis zum 26.04.2009 findet die **Europäische Impfwoche** der WHO (Regionalbüro Europa) statt. Repräsentative Daten zum Impf- und Immunstatus sind ein unverzichtbarer Bestandteil für die Beurteilung der gesundheitlichen Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten. Zugleich geben sie wichtige Hinweise zur Effektivität von Impfprogrammen und zur Impfakzeptanz und lassen bestehende regionale Impflücken erkennen.

Eine wichtige Datenquelle für die Ermittlung des Impfstatus sind die Daten, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen kontinuierlich durch die Gesundheitsämter oder von ihnen beauftragte Ärzten nach § 34 Abs. 11 IfSG erhoben werden. Diese aggregierten Daten werden von den Landesstellen an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt, dort zentral erfasst und ausgewertet.

Die repräsentativen Impfdaten aus den Schuleingangsuntersuchungen geben – je nach Einschulungsalter in den Bundesländern – Auskunft über den Impfstatus 4- bis 7-jähriger Kinder. Sie liefern jedoch keinen Hinweis auf eine zeitgerechte Impfung der Kleinkinder. Aus den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) geht hervor, dass Kinder häufig zu spät und nicht zu den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI empfohlenen Zeitpunkten geimpft werden.¹ Bei den Schuleingangsuntersuchungen werden durchgeführte Impfungen ermittelt, die überwiegend 3–5 Jahre zurückliegen, wodurch eine zeitnahe Reaktion auf bestehende Impflücken erschwert wird. Auch liegt bei bis zu 15 % der einzuschulenden Kinder kein Impfausweis vor. Die Schuleingangsuntersuchung selbst ist jedoch auch ein Interventionszeitpunkt, um auf bestehende Impflücken aufmerksam zu machen und sie zu schließen.² Da die Auswertung der Daten in den Bundesländern zeitlich sehr unterschiedlich abgeschlossen wird, stehen bundesweite Daten erst mit einem erheblichen Zeitverzug zur Verfügung.

Die Impfquoten werden auf der Basis der vorgelegten Impfausweise berechnet. Sie stellen daher Maximalgrößen dar und müssen vermutlich etwas nach unten korrigiert werden. Dass Kinder mit Impfausweis einen etwas besseren Impfstatus haben als Kinder ohne Impfdokument, wurde z. B. bei Ausbruchsuntersuchungen und regionalen Untersuchungen belegt. Bundesweite Daten liegen hierzu jedoch nicht vor.

Im Jahr 2006 wurde zwischen dem RKI und den Bundesländern ein neuer Meldebogen abgestimmt. Er sieht die Erfassung der Varizellen-, Meningokokken-C- und Pneumokokkenimpfungen, die von der STIKO seit den Jahren 2004 bzw. 2006 empfohlen werden, sowie die im Alter von 5–6 Jahren empfohlenen Boosterimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis vor.³ Da in den letzten Jahren zunehmend Kombinationsimpfstoffe für die Grundimmunisierung verwendet werden, wurden in dem neuen Meldebogen für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 4 Impfungen als abgeschlossene Grundimmunisierung definiert bzw. 3 Impfungen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente. Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2007 konnten noch nicht alle Bundesländer den neuen Meldebogen einsetzen. Um einen bundesweiten Vergleich zu ermöglichen,

Diese Woche 16/2009

Schutzimpfungen

- ▶ Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen Deutschland 2007
- ▶ FAQ zur Dokumentation von Impfungen
- ▶ Preisverleihung beim Krankenhauswettbewerb zur Impfung gegen Influenza

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Jahresstatistik 2008 (Datenstand: 1. März 2009)
- ▶ Aktuelle Statistik 13. Woche 2009 (Datenstand: 15. April 2009)

ARE/Influenza, aviäre Influenza

Zur Situation in der 15. Woche 2009



wurde für die Auswertung der Impfdaten daher nochmals eine Impfserie mit jeweils 3 Dosen bzw. 4 Dosen für Pertussis als abgeschlossene Grundimmunisierung gewertet. Dies dürfte ebenfalls zu einer leichten Überschätzung der ermittelten Impfquoten führen.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zeigen über die Jahre einen kontinuierlichen Anstieg der Impfquoten. Ein Vergleich des 1996, 2002 und 2007 ermittelten Impfstatus bei Kindern mit vorgelegtem Impfausweis zeigt, dass die hohen Impfquoten gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis in dem beobachteten Zeitraum noch leicht angestiegen bzw. auf hohem Niveau konstant geblieben sind (s. Abb. 1). Besonders deutlich fiel der Anstieg bei den Hepatitis-B-, Hib-, Pertussis- und den 2. Masernimpfungen aus. So lag zum Schuleingang 1996 die Impfquote gegen Pertussis bundesweit bei 34,5%, 2007 dagegen bei 93,3%. Für Hepatitis B lag die Impfquote zum Schuleingang 1996 bei 7,8%, 2002 bei 70,9% und 2007 bei 90,2%. Im Jahr 2002 waren nur 33,1% der einzuschulenden Kinder zweimal gegen Masern geimpft, 2007 waren es bereits 88,4%. Neben dem Anstieg der Impfquoten ist auch eine leichte Zunahme des Anteils vorgelegter Impfausweise festzustellen. Im Jahr 1996 wurde bundesweit von 88,2% der einzuschulenden Kinder ein Impfausweis vorgelegt, 2007 von 90,9%.

Der zum Schuleingang 2007 – mit den genannten Einschränkungen – ermittelte bundesweite Impfschutz von 705.390 Kindern mit Impfausweis gegen Diphtherie (97%), Tetanus (98%), Poliomyelitis (96,3%) und Hib (94,4%) ist weiterhin als sehr gut einzustufen. Bei Pertussis ist die bundesweite Impfquote weiter leicht angestiegen und beträgt mittlerweile in allen Bundesländern deutlich über 90% (s. Tab. 1). Die Impfquoten für die seit 1995 von der STIKO empfohlenen Hepatitis-B-Impfungen sind ebenfalls weiter angestiegen und liegen bei den einzuschulenden Kindern im Jahr 2007 erstmals bundesweit bei 90,2%. Für einen ausreichenden Schutz dieser Altersgruppen sind sie aber immer noch unzureichend. Dies gilt auch für die erzielten Impfquoten bei Masern, Mumps und Röteln (MMR). Im Gegensatz zu den Vorjahren gibt es im Jahr 2007 nur noch geringfügige Unterschiede beim Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln, was auf eine flächendeckende Verwendung des MMR-Kombinationsimpfstoffs hindeu-

tet. Im Vergleich zum Schuleingang 2006 sind die bundesweiten Impfquoten für die 2. Masernimpfung von 83,2% auf 88,4% gestiegen, in den alten Bundesländern (ABL) von 80,1% auf 85,8%, in den neuen Bundesländern (NBL) von 88,5% auf 91,5%. Dies deutet auf eine zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme der Masernimpfung hin. Von der für die Elimination notwendigen Impfquote von 95% für beide Impfungen ist Deutschland jedoch bei der 2. Masernimpfung noch weit entfernt, zumal die ermittelten Impfquoten sich auf Kinder mit Impfausweis beziehen. Im Jahr 2006 wurde bei der Untersuchung eines Masernausbruchs an einer Duisburger Oberschule eine Überschätzung der Impfquote für die 1. Masernimpfung durch Bezug auf die vorgelegten Impfausweise um bis zu 8% festgestellt.⁴ Um das für die Europäische Region der WHO angestrebte Ziel der Masernelimination bis zum Jahr 2010 zu erreichen, müssen bundesweit noch verstärkte Anstrengungen bei der Erhöhung der Impfakzeptanz und einem effektiven Fallmanagement bei Auftreten von Masernfällen unternommen werden.

Wie auch in den Vorjahren haben die einzuschulenden Kinder im Jahr 2007 in den NBL einen deutlich besseren Impfschutz gegen Pertussis, Hepatitis B und MMR als Kinder in den ABL. So liegt die Quote für die Hepatitis-B-Impfung in den NBL mit 93,6% um 3,9% höher als in den ABL. Bei der ersten Pertussisimpfung werden in den NBL 96,7% erreicht, in den ABL 92,9%.

Betrachtet man die Spannweite der Impfquoten, die in den Bundesländern durchschnittlich erzielt wurden, so zeigen sich bei der Hib-Impfung (91,5% bis 96,5%), der Pertussisimpfung (91,3% bis 97,1%), der Hepatitis-B-Impfung (80,0% bis 95,7%) und bei der 2. Masernimpfung (80,9% bis 94%) die größten Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Der Anteil der vorgelegten Impfausweise reicht von 85,5% bis 94%.

Die Impfquoten für die seit dem Jahr 2004 empfohlene Varizellenimpfung haben bei den Schuleingangsuntersuchungen 2007 insgesamt 9 Bundesländer erfasst. Die Impfquote reicht von 2% (Sachsen) bis 30,7% (Mecklenburg-Vorpommern). Für die im Jahr 2007 erfassten Geburtsjahrgänge 2000 bis 2003 spiegeln die Schuleingangsuntersuchungen noch kein realistisches Bild der Impfsituation wider, zumal auch die Kostenübernahmeregelungen für die Varizellenimpfung durch die Krankenkassen in den

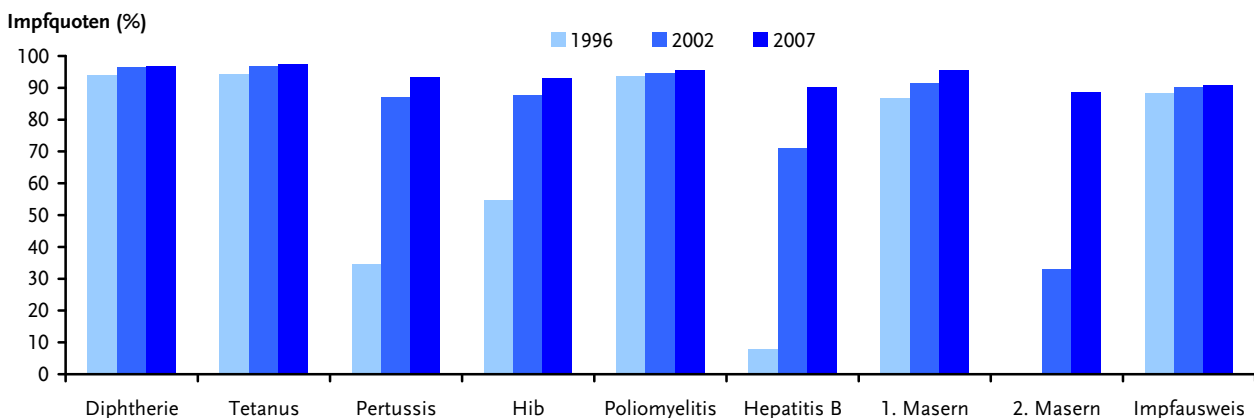


Abb. 1: An das RKI übermittelte Impfquoten in Prozent bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 1996/2002/2007, Stand: April 2009

Bundesland	Anzahl untersuchter Kinder	davon Impfausweis vorgelegt (%)	Impfquoten (%)											
			Diphtherie	Tetanus	Per-tussis	Hib	Polio-myelitis	Hep. B	Masern 1.	Masern 2.	Mumps 1.	Mumps 2.	Röteln 1.	Röteln 2.
Baden-Württ.	100.870	92,4	98,1	98,7	92,8	94,4	95,0	84,0	94,1	83,9	93,7	83,7	93,4	83,2
Bayern	129.176	92,6	97,4	98,2	91,7	93,5	95,7	87,4	92,8	81,7	92,5	81,5	92,3	81,2
Berlin	26.309	91,4	96,4	96,8	93,7	93,8	97,3	91,9	94,5	86,8	94,0	86,4	94,0	86,3
Brandenburg	21.504	94,0	97,3	97,5	96,8	96,2	96,6	93,5	97,7	92,2	97,3	91,9	97,3	91,8
Bremen	5.472	85,5	98,5	98,9	91,3	93,5	96,4	89,5	94,7	80,9	94,2	80,5	93,3	79,3
Hamburg	13.273	90,4	95,4	96,0	93,2	92,0	94,8	88,3	94,4	87,5	93,7	86,8	93,5	86,4
Hessen	63.747	92,0	98,3	98,9	94,2	95,6	97,5	90,7	96,3	87,4	96,1	87,1	95,6	86,7
Mecklenb.-Vorp.	12.278	93,0	96,0	97,8	97,1	91,5	97,9	92,0	98,1	94,0	98,2	93,5	98,1	94,0
Niedersachsen	79.081	91,8	96,5	96,8	94,2	95,1	96,9	93,2	96,0	87,6	95,8	87,4	95,6	87,0
NRW	177.277	88,7	98,2	98,6	92,7	94,1	96,5	91,9	96,4	88,1	96,1	87,8	96,0	87,6
Rheinld.-Pfalz	39.938	91,8	96,1	96,5	94,1	94,8	96,5	93,0	95,6	85,6	95,5	85,5	95,3	85,3
Saarland	8.783	92,8	94,0	94,3	91,7	92,8	93,9	91,0	94,8	87,9	94,2	87,5	94,0	87,2
Sachsen	32.103	93,8	97,2	97,4	97,0	95,7	96,0	94,1	97,2	87,2	97,0	87,1	96,9	86,8
Sachsen-Anhalt	16.771	92,7	96,9	96,9	96,3	93,7	95,0	91,9	98,1	92,0	98,1	92,0	98,1	92,0
Schleswig-Holst.	27.293	89,7	97,8	98,4	91,3	94,3	96,7	90,0	95,2	87,7	94,9	87,5	94,8	87,3
Thüringen	18.397	92,4	99,1	99,2	96,2	96,5	98,4	95,7	97,6	92,4	97,5	92,3	97,4	92,2
Dtld. gesamt	775.997	90,9	97,5	98,0	93,3	94,4	96,3	90,2	95,4	88,4	95,1	88,1	94,9	87,9
Alte Bundesld.	674.944	90,5	97,5	98,1	92,9	94,3	96,2	89,7	95,0	85,8	94,7	85,5	94,5	85,2
Neue Bundesld.	101.053	93,3	97,4	97,7	96,7	95,1	96,6	93,6	97,6	91,5	97,5	91,3	97,4	91,3

Tab. 1: An das RKI übermittelte Impfquoten in % der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007 (n=705.390) nach Bundesländern. Für Sachsen wurden bei der MMR-Impfung die Daten aus den 2. Klassen verwendet. Für Sachsen-Anhalt wurden Daten von 4- bis 5-jährigen Kindern verwendet, die 2007 untersucht, jedoch erst 2008 eingeschult wurden. Stand: April 2009

einzelnen Bundesländern nach der STIKO-Empfehlung zeitlich sehr unterschiedlich umgesetzt wurden. Um die Akzeptanz der Varizellenimpfung besser abschätzen zu können, müssen daher noch andere Datenquellen wie Sentinel- oder die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen werden.^{5,6} Dies gilt auch für die seit 2006 empfohlenen Impfungen gegen Meningokokken C und Pneumokokken.

Literatur

- Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M: Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 851–862

- Sing A, Wildner M, Zapf A: Impf-Recall bei Schuleingangsuntersuchungen führt zur Steigerung der Impfquoten. Ergebnisse eines Pilotprojekts am Gesundheitsamt Pfaffenhofen. Epid Bull 2008; 16: 123–125
- Kommentar aus dem RKI zu dem Beitrag: Impfschutz in Gemeinschaftseinrichtungen. Epid Bull 2007; 34: 321
- Wichmann et al.: Large Measles Outbreak at a German Public School, 2006. Pediatr Infect Dis J 2007; 26: 782–786
- Siedler A: Zur Sentinel-Surveillance der Varizellen in Deutschland. Epid Bull 2008; 8: 61–64
- Reuss A, Poggensee G, Eckmanns T: Zum Vergleich der Häufigkeit von Varizellenimpfungen anhand von Erhebungen im Rahmen des KV-Sentinel des RKI und des Varizellen-Sentinel der AGMV. Epid Bull 2008; 8: 64–65

Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Sabine Reiter (ReiterS@rki.de).

Häufig gestellte Fragen zur Dokumentation von Impfungen

1. Ist zur Dokumentation der wirksamen Einwilligung eines Patienten seine Unterschrift auf einem Aufklärungsmerkblatt erforderlich?

Tatsächlich taucht diese Frage immer dann auf, wenn in Arztpraxen Merkblätter zur Aufklärung vor Schutzimpfungen verwendet werden, weil manche Informationsblätter auf der letzten Seite eine Zeile zur Unterschrift vorsehen. Ursprünglich waren diese Muster auf Wunsch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für Situationen wie Reihenimpfungen in Schulen erarbeitet worden, bei denen Sorge-

berechtigte von Kindern in der Regel nicht anwesend sind. Die Unterschrift sollte die zu fordernde Einwilligung dokumentieren.

Ganz anders aber ist die Situation in einer ärztlichen Sprechstunde: Schutzimpfungen gehören nach höchstrichterlicher Rechtsprechung zur medizinischen Routine. Die Verwendung von Aufklärungsmerkblättern ist in der Medizin heutzutage üblich (BGHNJW 2000: 1784–1788). Merkblätter erleichtern Ärzten nachträglich den Beweis, worüber tatsächlich aufgeklärt wurde. Erfolgt eine Aufklärung

mittels eines Gesprächs, wird in der Regel keine Unterschrift verlangt (so die uns bekannte Sachlage). Wäre die Dokumentation beim Gebrauch von gedruckten Informationen erforderlich, so läge eine ungleiche Behandlung zweier gleicher Sachverhalte vor.

Es ist uns keine rechtliche Regel aus Gesetz, Mitteilung einer ärztlichen Körperschaft oder einer sonst verbindlichen Mitteilung bekannt, wonach eine Unterschrift zu fordern wäre. Schutzimpfungen sind medizinische Routine ebenso wie Blutentnahmen, EKG-Aufzeichnungen und Lungenfunktionsprüfungen. Diese werden in der Regel ebenso wenig nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung durch Unterschrift der Patienten dokumentiert. Würde beim Impfen anders verfahren werden, muss bei Patienten der Eindruck entstehen, Schutzimpfungen gehörten nicht zur Routine, sondern wären invasiven (risikobehafteten) Eingriffen vergleichbar. Bei diesen letztgenannten Maßnahmen werden Patienten (meist im Krankenhaus) Informationsblätter vorgelegt, deren Kenntnisnahme zu unterschreiben ist.

Ohne Zweifel ist es jedem Arzt überlassen, eine Unterschrift zu verlangen. Zwingend notwendig ist dies aus den hier dargelegten Gründen jedoch nicht.

2. Ist die Unterschrift des impfenden Arztes im Impfausweis zwingend erforderlich oder können dies auch medizinische Fachangestellte „im Auftrag“ tun?

Rechtlicher Hintergrund: § 22 IfSG: Impfausweis

- 1) Der impfende Arzt hat jede Schutzimpfung unverzüglich in einen Impfausweis nach Absatz 2 einzutragen oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, eine Impfbescheinigung auszustellen. Der impfende Arzt hat den Inhalt der Impfbescheinigung auf Verlangen in den Impfausweis einzutragen. Im Falle seiner Verhinderung hat das Gesundheitsamt die Eintragung nach Satz 2 vorzunehmen.
- 2) Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung muss über jede Schutzimpfung enthalten:
 1. Datum der Schutzimpfung
 2. Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffes
 3. Name der Krankheit, gegen die geimpft wird
 4. Name und Anschrift des impfenden Arztes sowie
 5. Unterschrift des impfenden Arztes oder Bestätigung der Eintragung des Gesundheitsamtes
- 3) Im Impfausweis ist in geeigneter Form auf das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen und auf die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie auf Stellen, bei denen diese geltend gemacht werden können, hinzuweisen.

Der Wortlaut dieser Vorschrift wird hier vollständig zitiert, weil er für die Beantwortung der beiden nachfolgenden Fragen die notwendigen Voraussetzungen und Rechtsfolgen beschreibt.

§ 22 Abs. 2 Nr. 5 IfSG (s. o.) verlangt u. a. zur Dokumentation der Impfung die Unterschrift des impfenden Arztes. Berechtigt ist die Frage, ob dies bedeutet, dass es sich dabei um eine höchstpersönlich zu erbringende und damit nicht delegierbare ärztliche Leistung handelt. Aus Anfragen wissen wir, dass auf QM-Seminaren die Ansicht vertreten wird, dass diese Aufgabe delegierbar sei, wenn dies in der entsprechenden Prozessbeschreibung so fixiert wurde.

In der amtlichen Begründung zu § 22 IfSG wie in den bekannten Kommentierungen zu diesem Gesetz finden sich keine Hinweise, die zur Lösung der angesprochenen

Frage beitragen können. Auch sind keine Äußerungen von Landesärztekammern dazu bekannt.

Fündig wird man aber in den Internationalen Gesundheitsvorschriften, die seit Juli 2005 auch national Gesetz sind. In der Anlage 6 (Impfung, Prophylaxe und zugehörige Bescheinigungen) führt Absatz 6 aus: (Impf-)Bescheinigungen müssen von einem Arzt **eigenhändig** unterschrieben sein... ein Stempel wird nicht als Ersatz für die Unterschrift anerkannt. Allerdings betrifft diese Vorschrift nur Impfungen im internationalen Reiseverkehr. Es bedarf keiner detaillierten Begründung, dass Impfungen gegen Masern, Mumps, Meningokokken, Hepatitis B, Cholera u. a. bei Auslandsaufenthalten für Schüler, bei Pilgern des Hadsch oder Reisen nach Südamerika eine ähnlich gewichtige Bedeutung haben wie ein gültiges Reisedokument. Das kann bei Wertung von Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eigentlich nur zu dem Ergebnis führen, dass der Text im IfSG wörtlich zu nehmen und die eigenhändige Unterschrift des impfenden Arztes zu fordern ist, auch wenn das Merkmal „eigenhändig“ im Text des IfSG fehlt.

Der immer wieder vorgetragene „Standardfall“ am Telefon und im Rahmen schriftlicher Anfragen ist folgender: „Meine Helferin hat den Impfstoff verwechselt/hat zu früh geimpft/Influenzaimpfstoff der Vorsaison verwendet“ etc. „Das war gestern/letzte Woche/schon vor einiger Zeit.“ „Was soll ich tun?“ Die Unterschrift als „letzter Akt“ beim Impfen sollte Anlass sein, sich als Arzt persönlich davon zu überzeugen, dass alles seine Richtigkeit hat. Sollte es zu einem der zuvor angesprochenen Zwischenfälle gekommen sein, kann man diese umgehend ansprechen und vor allen Dingen Aussagen zum weiteren Vorgehen machen, kurz – die Situation klären.

Abschließend wird angemerkt, dass die Landesärztekammern die ärztliche Berufsausübung überwachen, also diejenigen Stellen sind, die letztlich eine rechtlich verbindliche Auskunft erteilen können.

3. Warum ist es nicht zulässig, Eintragungen in alten Impfausweisen in einen aktuellen Ausweis zu übertragen?

Die Antwort ergibt sich aus dem oben (bei Frage 2) zitierten Text des § 22 Abs. 1 IfSG. Der Regelungsgehalt des Absatzes lässt sich leicht zusammenfassen: Der impfende Arzt allein ist für die Dokumentation einer Impfung verantwortlich. Ist dies nicht möglich, hat das Gesundheitsamt die Pflicht, durchgeführte Impfungen zu beglaubigen. Das Verfahren unter Einschaltung des Gesundheitsamtes ist sinnvoll, weil es Ärzte zeitlich, fachlich und auch rechtlich entlastet.

Patienten haben sehr oft den Wunsch, dass alle durchgeführten Impfungen in einem Dokument zusammengefasst werden, und Ärzte wollen dem entgegenkommen, indem sie unter Hinweis „Übertrag aus altem Impfausweis“ (o. ä.) frühere Impfungen beurkunden. Dabei geht stets Name und Adresse des seinerzeit tatsächlich Impfenden verloren, oft auch Chargennummer, Name des Produktes und Hersteller (für umfangliche Eintragungen fehlt es bei den in Deutschland verwendeten „gelben Impfausweisen“ schlicht an Platz). Folgende weitere Probleme können entstehen:

1. Es ergeben sich (wenn die alten Dokumente – was sehr häufig geschieht – nach Übertrag vernichtet werden) Nachweisprobleme, wenn es zu Impfkomplicationen kommt, die von Geschädigten oft erst nach Jahren festgestellt und geltend gemacht werden.
2. Ein Übertrag von fremdsprachigen Eintragungen, z. B. aus China, Thailand, Russland, Armenien ist nur schwer möglich. Diese Länder haben Schriftzeichen, die bei uns weitgehend unbekannt sind.
3. Kaum ein Arzt kennt die pharmakologischen und pharmazeutischen Eigenschaften ausländischer Produkte.

Im Einzelfall sind sehr zeitaufwändige Recherchen notwendig, die das IfSG zum Nachweis den Gesundheitsämtern überträgt.

Die o. a. Regeln zur Dokumentation hindern keinen Arzt daran, in den Patientenunterlagen der Praxis die Impfanamnese zu erheben und festzuhalten. Danach können aktuelle Impfungen durchgeführt und im aktuellen Impfbuch eingetragen werden. Erinnerungen können durch Aufkleber (oder vielleicht auch mit Bleistift, wann eine nächste Impfung notwendig ist) als Unterstützung eines vereinbarten „Recalls“ vermerkt werden. Bei der Regelung des § 22 IfSG soll es nicht um eine Beschneidung ärztlicher Berufsausübung gehen. Vielmehr haben Ärzte stets die Freiheit, frühere Impfungen zu berücksichtigen (zu zählen) und bei unklarer Dokumentation auch zu ignorieren, um die Indikation für aktuelle und zukünftige Impfungen zu stellen.

Beitrag aus dem Fachgebiet Impfprävention des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartner** ist Dr. Alfred Nassauer, Fachgebiet Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene (E-Mail: NassauerA@rki.de).

„Wir kommen der Grippe zuvor“ – Preisverleihung beim Krankenhauswettbewerb zur Impfung gegen Influenza

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt die Impfung gegen Influenza für Menschen über 60 Jahre, Menschen mit Grunderkrankungen wie Asthma oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal. Bei medizinischem Personal in Krankenhäusern und in der Altenpflege steht neben dem Eigenschutz und dem Schutz der eigenen Angehörigen vor einer Infektion der Schutz von betreuten Personen vor nosokomialen Infektionen im Vordergrund. Betreute Personen in Krankenhäusern und Altenheimen sind oft besonders vulnerabel und haben daher ein hohes Risiko für schwere Komplikationen bei einer Influenzaerkrankung, weshalb das Risiko einer Übertragung möglichst gesenkt werden sollte. Bei medizinischem Personal ist die Impfquote in Deutschland mit durchschnittlich etwas über 20 Prozent weiterhin deutlich zu niedrig.

Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, dass Impfkationen in Krankenhäusern entscheidend dazu beitragen, die Impfquote beim medizinischen Personal zu erhöhen. Zentraler Faktor für den Erfolg einer solchen Aktion ist dabei das Engagement der Akteure vor Ort in den Krankenhäusern. Neben der einfachen Verfügbarkeit der Impfung möglichst mit aufsuchendem Impfen auf den Stationen und in Funktionsbereichen ist es wichtig, die Mitarbeiter umfassend über die möglichen Konsequenzen einer Influenzaerkrankung und die Vorteile einer Impfung zu informieren. Diese Information sollte auf unterschiedlichen Zugangswegen erfolgen, wobei nicht nur Anschreiben und Aushänge, sondern auch Informationsveranstaltungen und Vorträge hilfreich sind. Kleine Anreize für die zu Impfinden können das Interesse an einer Impfung gegen Influenza unterstützen.

Um die Motivation zu erhöhen, Impfkationen zur Impfung gegen Influenza für Personal im Krankenhaus anzubieten, haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das RKI bei ihren Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote gegen Influenza ihren Schwerpunkt auf der Zielgruppe des medizinischen Personals in Krankenhäusern weiter ausgebaut. Im Rahmen der nationalen Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“ haben BZgA und RKI in der Saison 2008/09 einen bundesweiten Krankenhauswettbewerb ausgelobt, der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und elf Bundesländern ideell unterstützt wurde. Es wurden umfangreiche Aktionsmappen verschickt, mit denen die Akteure vor Ort in ihrem Engagement bei ihren Aktivitäten zur Steigerung der Impfquote gegen Influenza unterstützt wurden.

Eine Fachjury aus Vertretern der Bundesländer, der DKG, der BZgA und des RKI hat in gemeinsamer Diskussion die überzeugendsten Impfkationen in Krankenhäusern ausgewählt. Die Preisverleihung an die vier Preisträger, die jeweils ein Preisgeld von 1.000 € erhalten haben, fand am 1. April 2009 in Köln statt. Es handelt sich um das Universitätsklinikum Regensburg, die Kreisklinik Aschersleben-Staßfurt, das Städtische Klinikum Görlitz und das Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main.

Das **Universitätsklinikum Regensburg** (Bayern) hat neben einem breiten Angebot an Impfterminen auf den Stationen und in den Funktionsbereichen die Vorbildfunktion der Krankenhausleitung sehr gut genutzt und diese durch einen Beitrag über die Gripeschutzimpfung der Hausleitung in der Klinikzeitung bei allen Mitarbeitern bekannt gemacht. Darüber hinaus wurde das Krankenhauspersonal bei der Aktion „Weihnachtsimpfen“ vor der Kantine erfolgreich an die Gripeschutzimpfung erinnert.

Die **Kreisklinik Aschersleben-Staßfurt** (Sachsen-Anhalt) hat ihre Mitarbeiter durch attraktive Anreize wie etwa Gutscheine für das örtliche Sport- und Freizeitzentrum und die Vergabe von Fortbildungspunkten beim Besuch einer Informationsveranstaltung zum Thema Influenza zur Impfung motiviert. Darüber hinaus wurde in einem Netzwerkansatz gemeinsam mit der Deutschen Herzstiftung und dem Salzlandkreis ein lokaler Gesundheitstag mit dem Schwerpunkt Gripeschutzimpfung durchgeführt.

Das **Städtische Klinikum Görlitz** (Sachsen) hat seine Impfkation in Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitsamt durchgeführt und einen eigenen Film zum Thema Gripeschutz produziert, der bei hausinternen Veranstaltungen eingesetzt wurde. Eine detaillierte Dokumentation des betriebsmedizinischen Dienstes des Klinikums belegt eine Steigerung der Impfquote des medizinischen Personals in den letzten Jahren.

Das **Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität** Frankfurt/Main (Hessen) erhält einen Sonderpreis für langjähriges Engagement zur Steigerung der Influenza-Impfquote bei medizinischem Personal. Durch den kontinuierlichen Einsatz konnte die Impfquote in Frankfurt von 3,5% in der Saison 2001/02 auf über 50% in der Saison 2008/09 gesteigert werden. Durch Befragungen des Personals und Evaluationen der Impfkationen entwickelt der betriebsmedizinische Dienst am Klinikum in Frankfurt seine Aktivitäten ständig weiter und trägt somit zur Steigerung der Impfquote bei medizinischem Personal bei.

Im Anschluss an die Preisverleihung wurde in einem Expertengespräch mit den Preisträgern und Vertretern der Jury die Diskussion über gute Praxis bei Influenza-Impfkationen in Krankenhäusern weiter vertieft. Die Ergebnisse fließen in die weitere Ausgestaltung der Maßnahmen der Kampagne ein.

Materialien der Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“ können weiterhin kostenlos unter folgender Adresse bestellt werden:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln
E-Mail: order@bzga.de, Fax: 02 21 . 899 22 57, Internet: www.bzga.de

Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention der Abteilung für Infektions-epidemiologie des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartner** ist Dietmar Walter (E-Mail: WalterD@rki.de).

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2008

Datenstand: 01.03.2009

Land	Darmkrankheiten													
	Campylobacter-Enteritis		EHEC-Erkrankung [#]		Erkr. d. sonst. darmpath. E. coli		Salmonellose		Shigellose		Yersiniose		Norovirus-Erkrankung	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Baden-Württ.	6.869	7.415	69	88	341	302	4.155	6.157	96	123	218	254	18.903	17.446
	63,9	69,0	0,6	0,8	3,2	2,8	38,7	57,3	0,9	1,1	2,0	2,4	175,8	162,3
Bayern	7.499	7.748	133	171	1.046	1.091	6.083	7.377	106	189	493	557	23.319	20.822
	59,9	61,9	1,1	1,4	8,4	8,7	48,6	58,9	0,8	1,5	3,9	4,4	186,2	166,3
Berlin	2.785	2.573	57	16	406	215	1.244	1.552	43	83	124	142	7.163	11.475
	81,5	75,3	1,7	0,5	11,9	6,3	36,4	45,4	1,3	2,4	3,6	4,2	209,7	335,9
Brandenburg	2.369	2.299	14	18	347	274	1.659	1.936	12	21	181	175	11.182	12.349
	93,4	90,7	0,6	0,7	13,7	10,8	65,4	76,3	0,5	0,8	7,1	6,9	441,0	487,0
Bremen	480	369	2	6	35	30	294	303	7	8	20	24	1.001	1.557
	72,4	55,6	0,3	0,9	5,3	4,5	44,3	45,7	1,1	1,2	3,0	3,6	151,0	234,8
Hamburg	1.971	2.069	22	19	47	91	811	877	26	32	95	100	4.852	6.975
	111,3	116,9	1,2	1,1	2,7	5,1	45,8	49,5	1,5	1,8	5,4	5,6	274,0	393,9
Hessen	3.601	3.758	11	17	113	141	2.890	4.513	50	76	248	265	10.851	11.743
	59,3	61,9	0,2	0,3	1,9	2,3	47,6	74,3	0,8	1,3	4,1	4,4	178,7	193,4
Mecklenbg.-V.	2.015	2.262	9	12	263	252	1.201	1.452	7	0	83	133	9.401	7.508
	120,0	134,7	0,5	0,7	15,7	15,0	71,5	86,4	0,4	0,0	4,9	7,9	559,7	447,0
Niedersachsen	5.490	5.147	130	91	730	271	3.775	5.224	46	41	424	537	19.055	15.281
	68,9	64,6	1,6	1,1	9,2	3,4	47,4	65,5	0,6	0,5	5,3	6,7	239,0	191,7
Nordrhein-W.	15.167	16.311	161	211	1.196	1.029	9.123	10.850	72	76	648	762	41.582	43.020
	84,3	90,6	0,9	1,2	6,6	5,7	50,7	60,3	0,4	0,4	3,6	4,2	231,1	239,0
Rheinland-Pf.	3.361	3.622	52	54	267	337	2.600	3.617	30	43	246	265	10.574	11.604
	83,1	89,5	1,3	1,3	6,6	8,3	64,3	89,4	0,7	1,1	6,1	6,6	261,4	286,8
Saarland	1.207	1.344	5	4	48	53	680	1.127	2	6	43	71	2.895	1.254
	116,4	129,7	0,5	0,4	4,6	5,1	65,6	108,7	0,2	0,6	4,1	6,8	279,3	121,0
Sachsen	5.664	5.440	110	70	883	1.036	3.173	3.290	41	81	630	704	21.511	17.832
	134,2	128,9	2,6	1,7	20,9	24,5	75,2	78,0	1,0	1,9	14,9	16,7	509,7	422,5
Sachsen-Anh.	1.626	1.766	11	9	468	637	1.939	2.803	11	30	259	344	9.550	9.022
	67,4	73,2	0,5	0,4	19,4	26,4	80,4	116,2	0,5	1,2	10,7	14,3	395,9	374,0
Schleswig-H	2.560	2.106	39	41	105	84	1.134	1.474	5	14	213	182	7.169	4.683
	90,2	74,2	1,4	1,4	3,7	3,0	40,0	51,9	0,2	0,5	7,5	6,4	252,7	165,0
Thüringen	2.066	1.896	10	12	709	592	2.148	2.853	21	46	426	472	13.646	8.647
	90,2	82,8	0,4	0,5	31,0	25,9	93,8	124,6	0,9	2,0	18,6	20,6	596,1	377,7
Deutschland	64.731	66.128	835	839	7.004	6.435	42.909	55.408	575	869	4.352	4.988	212.692	201.227
	78,7	80,4	1,0	1,0	8,5	7,8	52,2	67,4	0,7	1,1	5,3	6,1	258,7	244,7

Außer HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)

	Übermittelte Erkrankungen
	Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Anmerkungen zur Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten für das Jahr 2008

In dieser Ausgabe veröffentlicht das RKI die Statistik der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) für das Jahr 2008 erfolgten Meldungen als Gesamtübersicht. Die Daten beziehen sich auf den Datenstand des 1. März 2009. Diese Statistik stellt zugleich den **Referenzdatenstand** für alle weiteren Publikationen aus dem RKI für das Jahr 2008 dar. Später erfolgte Änderungen und Nachmeldungen sind möglich; sie werden erfasst und berücksichtigt, jedoch in der Regel erst bei der Veröffentlichung der Daten zum folgenden Jahr – 2009 – in die Statistik integriert. Bei speziellen Fragestellungen wären diese nachträglichen Änderungen auch zu jedem vorherigen Zeitpunkt abfragbar.

Wie auch bei der aktuellen Meldestatistik im *Epidemiologischen Bulletin*, werden in einer vereinfachten Darstellung nur gemeldete Fälle aufgeführt, die der **Referenzdefinition** entsprechen; die Referenzdefinition setzt sich aus den Kategorien der Falldefinition „**klinisch-labor diagnostisch bestätigt**“ und „**klinisch-epidemiologisch bestätigt**“ zusammen.

Ausnahmen von dieser Regel bilden einige Krankheiten, für die zusätzlich die Kategorie „**klinisch diagnostiziert**“ einbezogen wurde: HUS, Masern, Tuberkulose, CJK und vCJK, Hepatitis Non A–E, Poliomyelitis. Bei Hepatitis C werden auch Fälle, die nur labor diagnostisch nachgewiesen wurden, ausgewiesen.

Die Summenzeile für Deutschland kann mehr Fälle als die Summe der Fälle der Bundesländer enthalten, da einzelne Fälle keinem Kreis und damit keinem Bundesland zugeordnet werden konnten. Die Daten sind auch in SurvStat@RKI, einem interaktiven Abfragetool, das über die RKI-Internetseiten zugänglich ist, verfügbar.

Falls weitere Daten benötigt werden, können diese auch dem *Infektions-epidemiologischen Jahrbuch* entnommen oder im Einzelfall beim Robert Koch-Institut schriftlich angefordert werden (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Postfach 65 02 61, 13303 Berlin).

Datenstand: 01.03.2009

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2008

Darmkrankheiten						Virushepatitis						Weitere Krankheiten				Land
Rotavirus-Erkrankung		Giardiasis		Kryptosporidiose		Hepatitis A		Hepatitis B +		Hepatitis C +		Adenovirus-Erkr. am Auge		FSME *		
2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	
4.920	3.980	591	580	69	105	105	109	94	113	1.022	1.180	15	42	130	96	Baden-Württ.
45,8	37,0	5,5	5,4	0,6	1,0	1,0	1,0	0,9	1,1	9,5	11,0	0,1	0,4	1,2	0,9	
8.424	6.527	1.016	644	62	115	174	152	107	108	1.242	1.510	28	29	128	109	Bayern
67,3	52,1	8,1	5,1	0,5	0,9	1,4	1,2	0,9	0,9	9,9	12,1	0,2	0,2	1,0	0,9	
2.368	2.468	399	275	89	132	107	56	63	68	763	751	7	11	1	1	Berlin
69,3	72,2	11,7	8,0	2,6	3,9	3,1	1,6	1,8	2,0	22,3	22,0	0,2	0,3	0,0	0,0	
4.376	4.095	133	73	44	71	14	16	16	19	80	77	25	31	0	2	Brandenburg
172,6	161,5	5,2	2,9	1,7	2,8	0,6	0,6	0,6	0,7	3,2	3,0	1,0	1,2	0,0	0,1	
432	331	26	18	11	15	8	7	5	5	47	50	1	1	0	0	Bremen
65,2	49,9	3,9	2,7	1,7	2,3	1,2	1,1	0,8	0,8	7,1	7,5	0,2	0,2	0,0	0,0	
2.096	1.166	126	125	13	20	53	23	30	38	98	71	1	12	0	0	Hamburg
118,4	65,9	7,1	7,1	0,7	1,1	3,0	1,3	1,7	2,1	5,5	4,0	0,1	0,7	0,0	0,0	
2.924	2.602	335	258	40	57	106	76	66	83	342	359	2	4	11	13	Hessen
48,2	42,8	5,5	4,2	0,7	0,9	1,7	1,3	1,1	1,4	5,6	5,9	0,0	0,1	0,2	0,2	
4.614	3.728	159	108	63	78	13	11	18	12	62	55	11	4	1	1	Mecklenbg.-V.
274,7	221,9	9,5	6,4	3,8	4,6	0,8	0,7	1,1	0,7	3,7	3,3	0,7	0,2	0,1	0,1	
6.361	4.024	267	164	154	136	76	97	60	62	350	489	6	29	4	2	Niedersachsen
79,8	50,5	3,3	2,1	1,9	1,7	1,0	1,2	0,8	0,8	4,4	6,1	0,1	0,4	0,1	0,0	
12.318	8.629	765	692	203	297	237	241	160	238	966	1.016	5	6	2	4	Nordrhein-W.
68,4	47,9	4,3	3,8	1,1	1,7	1,3	1,3	0,9	1,3	5,4	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	
3.661	3.135	269	196	20	94	54	39	89	97	320	362	3	15	5	3	Rheinland-Pf.
90,5	77,5	6,6	4,8	0,5	2,3	1,3	1,0	2,2	2,4	7,9	8,9	0,1	0,4	0,1	0,1	
743	704	41	34	3	10	16	15	16	17	76	76	0	0	3	0	Saarland
71,7	67,9	4,0	3,3	0,3	1,0	1,5	1,4	1,5	1,6	7,3	7,3	0,0	0,0	0,3	0,0	
11.301	9.351	346	247	169	250	38	28	41	46	320	302	14	81	1	2	Sachsen
267,8	221,6	8,2	5,9	4,0	5,9	0,9	0,7	1,0	1,1	7,6	7,2	0,3	1,9	0,0	0,0	
4.611	3.493	109	96	36	38	25	12	21	45	169	210	17	65	0	1	Sachsen-Anh.
191,1	144,8	4,5	4,0	1,5	1,6	1,0	0,5	0,9	1,9	7,0	8,7	0,7	2,7	0,0	0,0	
2.424	1.082	88	69	6	4	21	31	23	26	216	203	4	9	0	0	Schleswig-H.
85,4	38,1	3,1	2,4	0,2	0,1	0,7	1,1	0,8	0,9	7,6	7,2	0,1	0,3	0,0	0,0	
5.909	4.049	92	74	32	37	25	26	13	26	122	156	41	36	2	4	Thüringen
258,1	176,9	4,0	3,2	1,4	1,6	1,1	1,1	0,6	1,1	5,3	6,8	1,8	1,6	0,1	0,2	
77.490	59.368	4.763	3.654	1.014	1.459	1.072	939	822	1.003	6.195	6.868	180	375	288	238	Deutschland
94,2	72,2	5,8	4,4	1,2	1,8	1,3	1,1	1,0	1,2	7,5	8,4	0,2	0,5	0,4	0,3	

+ 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).

* FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis

	Übermittelte Erkrankungen
	Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2008

Datenstand: 01.03.2009

Land	Weitere Krankheiten															
	Hantavirus-Erkrankung		Influenza		Legionellose		Listeriose		Masern		Meningokokken-Erkr., invasiv		Q-Fieber		Tuberkulose	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Baden-Württ.	74	1.090	2.212	2.542	85	79	44	55	383	19	49	54	127	17	533	613
	0,7	10,1	20,6	23,6	0,8	0,7	0,4	0,5	3,6	0,2	0,5	0,5	1,2	0,2	5,0	5,7
Bayern	41	296	4.072	3.768	111	127	33	46	306	211	79	52	139	11	660	684
	0,3	2,4	32,5	30,1	0,9	1,0	0,3	0,4	2,4	1,7	0,6	0,4	1,1	0,1	5,3	5,5
Berlin	3	1	718	1.120	61	43	13	22	29	8	26	23	1	1	277	269
	0,1	0,0	21,0	32,8	1,8	1,3	0,4	0,6	0,8	0,2	0,8	0,7	0,0	0,0	8,1	7,9
Brandenburg	3	4	380	642	11	9	4	8	5	1	16	17	1	2	81	105
	0,1	0,2	15,0	25,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,6	0,7	0,0	0,1	3,2	4,1
Bremen	0	0	56	93	4	7	3	4	6	1	3	2	0	0	45	57
	0,0	0,0	8,4	14,0	0,6	1,1	0,5	0,6	0,9	0,2	0,5	0,3	0,0	0,0	6,8	8,6
Hamburg	1	3	267	186	4	8	8	7	3	3	5	6	0	0	170	160
	0,1	0,2	15,1	10,5	0,2	0,5	0,5	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	9,6	9,0
Hessen	12	27	461	566	40	47	21	31	39	13	25	25	79	35	405	465
	0,2	0,4	7,6	9,3	0,7	0,8	0,3	0,5	0,6	0,2	0,4	0,4	1,3	0,6	6,7	7,7
Mecklenbg.-V.	11	11	361	695	9	4	8	3	6	1	17	13	3	0	53	106
	0,7	0,7	21,5	41,4	0,5	0,2	0,5	0,2	0,4	0,1	1,0	0,8	0,2	0,0	3,2	6,3
Niedersachsen	18	93	1.119	1.967	22	31	43	24	14	33	39	37	6	1	370	385
	0,2	1,2	14,0	24,7	0,3	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4	0,5	0,5	0,1	0,0	4,6	4,8
Nordrhein-W.	61	124	1.441	1.652	94	77	61	75	50	251	107	100	4	3	1.151	1.304
	0,3	0,7	8,0	9,2	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	1,4	0,6	0,6	0,0	0,0	6,4	7,2
Rheinland-Pf.	4	11	1.199	1.553	22	31	20	20	37	8	30	23	0	2	207	230
	0,1	0,3	29,6	38,4	0,5	0,8	0,5	0,5	0,9	0,2	0,7	0,6	0,0	0,0	5,1	5,7
Saarland	0	2	87	57	7	4	4	2	10	0	4	5	0	0	51	85
	0,0	0,2	8,4	5,5	0,7	0,4	0,4	0,2	1,0	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	4,9	8,2
Sachsen	1	5	1.111	1.935	12	21	25	32	3	1	20	27	4	1	180	179
	0,0	0,1	26,3	45,9	0,3	0,5	0,6	0,8	0,1	0,0	0,5	0,6	0,1	0,0	4,3	4,2
Sachsen-Anh.	1	3	600	824	17	24	5	7	1	2	9	18	3	0	135	159
	0,0	0,1	24,9	34,2	0,7	1,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,4	0,7	0,1	0,0	5,6	6,6
Schleswig-H.	6	10	241	387	15	11	7	10	7	14	14	17	1	2	88	108
	0,2	0,4	8,5	13,6	0,5	0,4	0,2	0,4	0,2	0,5	0,5	0,6	0,0	0,1	3,1	3,8
Thüringen	7	8	526	913	7	11	7	10	14	0	9	20	2	8	119	102
	0,3	0,3	23,0	39,9	0,3	0,5	0,3	0,4	0,6	0,0	0,4	0,9	0,1	0,3	5,2	4,5
Deutschland	243	1.688	14.851	18.900	522	535	306	356	916	566	452	439	370	83	4.526	5.016
	0,3	2,1	18,1	23,0	0,6	0,7	0,4	0,4	1,1	0,7	0,5	0,5	0,5	0,1	5,5	6,1

Übermittelte Erkrankungen
 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2008

Datenstand: 01.03.2009

Seltene Krankheiten in Deutschland insgesamt

Erkrankung	2008		2007	
	Gemeldete Erkrankungen	Nachweishäufigkeit	Gemeldete Erkrankungen	Nachweishäufigkeit
Botulismus	10	0,0	9	0,0
Brucellose	24	0,0	21	0,0
Cholera	0	0,0	2	0,0
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) ■	123	0,1	99	0,1
Dengue-Fieber ▼	273	0,3	264	0,3
Diphtherie	0	0,0	2	0,0
Fleckfieber	0	0,0	0	0,0
Invasive Erkr. durch Haemophilus influenzae	152	0,2	93	0,1
Hepatitis D	7	0,0	9	0,0
Hepatitis E	104	0,1	73	0,1
Hepatitis Non A-E	0	0,0	0	0,0
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	58	0,1	44	0,1
Läuserückfallfieber	0	0,0	0	0,0
Lepra	1	0,0	0	0,0
Leptospirose	66	0,1	166	0,2
Milzbrand	0	0,0	0	0,0
Ornithose	22	0,0	12	0,0
Paratyphus	86	0,1	72	0,1
Pest	0	0,0	0	0,0
Poliomyelitis	0	0,0	0	0,0
Tollwut	0	0,0	1	0,0
Trichinellose	1	0,0	10	0,0
Tularämie	15	0,0	20	0,0
Typhus abdominalis	69	0,1	59	0,1
Virale hämorrhagische Fieber, sonstige (außer Dengue-Fieber) *	17	0,0	32	0,0

■ Meldepflichtige Erkrankungsfälle einer humanen spongiformen Enzephalopathie insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

▼ Dies sind Meldungen, die auf der Grundlage des § 7 (1) IfSG erfolgten und sich auf den Nachweis von Dengue-Virus, eines potenziellen Erregers eines hämorrhagischen Fiebers, beziehen; darunter wurden ein Fall von Dengue-hämorrhagischem Fieber (DHF) und 2 Fälle von Dengue-Schock-Syndrom (DSS) übermittelt.

◆ Die Zuordnung der Meldungen zu einem Bundesland kann nur durch die Auswertung der ersten drei Ziffern der Postleitzahl (möglichst Patientenwohnort, sonst einsendender Arzt, sonst einsendendes Labor) erfolgen. Die Postleitzahlen können die Ländergrenzen überschreiten, in diesen Fällen wurde nach der Bevölkerungsverteilung entschieden. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

* Alles Chikungunyavirus

	Gemeldete Erkrankungen bzw. Nachweishäufigkeit
	Erkr. bzw. Nachweishäufigkeit pro 100.000 Einw. (Inzidenzrate)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises akuter bzw. neu diagnostizierter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG

Land	HIV-Infektion ♦		Syphilis ♦		Malaria ♦	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Baden-Württ.	276	280	255	276	76	70
	2,6	2,6	2,4	2,6	0,7	0,7
Bayern	342	377	387	432	94	80
	2,7	3,0	3,1	3,5	0,8	0,6
Berlin	452	412	653	454	43	42
	13,2	12,1	19,1	13,3	1,3	1,2
Brandenburg	42	30	60	46	5	6
	1,7	1,2	2,4	1,8	0,2	0,2
Bremen	41	31	31	19	14	4
	6,2	4,7	4,7	2,9	2,1	0,6
Hamburg	179	203	196	147	63	58
	10,1	11,5	11,1	8,3	3,6	3,3
Hessen	249	240	221	273	38	49
	4,1	4,0	3,6	4,5	0,6	0,8
Mecklenbg.-V.	39	31	31	50	3	7
	2,3	1,8	1,8	3,0	0,2	0,4
Niedersachsen	168	156	190	217	40	40
	2,1	2,0	2,4	2,7	0,5	0,5
Nordrhein-W.	685	704	756	898	109	128
	3,8	3,9	4,2	5,0	0,6	0,7
Rheinland-Pf.	94	81	94	119	21	17
	2,3	2,0	2,3	2,9	0,5	0,4
Saarland	32	26	24	34	5	7
	3,1	2,5	2,3	3,3	0,5	0,7
Sachsen	79	82	154	172	11	7
	1,9	1,9	3,6	4,1	0,3	0,2
Sachsen-Anh.	43	47	50	62	4	4
	1,8	1,9	2,1	2,6	0,2	0,2
Schleswig-H.	60	51	45	54	15	18
	2,1	1,8	1,6	1,9	0,5	0,6
Thüringen	21	23	25	25	6	4
	0,9	1,0	1,1	1,1	0,3	0,2
Deutschland	2.806	2.774	3.172	3.278	547	541
	3,4	3,4	3,9	4,0	0,7	0,7

Weitere nichtnamentliche Meldungen gemäß § 7 (3) IfSG

Erkrankung	2008		2007	
	Gemeldete Erkrankungen	Nachweishäufigkeit	Gemeldete Erkrankungen	Nachweishäufigkeit
Echinokokkose	102	0,1	93	0,1
Röteln, konnatale Infektion	1	0,0	0	0,0
Toxoplasmose, konnatale Infektion	23	0,0	20	0,0

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

13. Woche 2009 (Datenstand: 15.04.2009)

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.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	102	1.195	1.064	3	18	15	4	48	52	23	394	643	1	24	11
Bayern	107	1.362	1.053	1	27	27	16	175	233	32	604	815	5	31	18
Berlin	32	363	398	2	13	2	19	103	37	22	173	170	2	8	10
Brandenburg	28	341	316	0	7	2	7	75	62	15	163	237	0	6	1
Bremen	5	48	70	0	0	0	0	6	11	0	27	56	0	0	2
Hamburg	15	286	335	0	6	3	0	6	10	5	152	107	2	5	4
Hessen	52	642	555	0	1	1	1	22	27	35	325	455	1	10	8
Mecklenburg-Vorpommern	18	278	292	0	1	2	2	55	57	10	177	188	0	1	0
Niedersachsen	75	853	829	1	26	9	8	92	62	46	563	756	0	2	10
Nordrhein-Westfalen	214	2.602	2.587	5	33	40	18	251	278	114	1.350	1.568	1	9	18
Rheinland-Pfalz	46	528	572	1	16	15	4	58	64	22	323	414	1	4	5
Saarland	21	188	205	0	2	1	1	8	10	4	86	115	0	1	0
Sachsen	53	856	979	1	10	17	24	153	219	30	383	554	1	6	1
Sachsen-Anhalt	33	292	237	0	1	3	8	91	108	14	229	408	0	3	2
Schleswig-Holstein	36	359	369	0	7	3	0	10	18	8	150	205	0	1	0
Thüringen	30	354	334	0	0	0	20	160	179	19	268	405	1	5	2
Deutschland	867	10.547	10.195	14	168	140	132	1.313	1.427	399	5.367	7.096	15	116	92

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	4	21	16	0	17	23	23	212	248
Bayern	2	46	40	1	27	23	16	277	325
Berlin	0	15	21	1	18	17	11	155	188
Brandenburg	0	3	1	0	3	5	1	16	26
Bremen	0	4	1	0	1	0	1	7	14
Hamburg	0	4	16	0	11	4	4	41	23
Hessen	0	21	14	0	9	16	6	73	91
Mecklenburg-Vorpommern	1	9	5	1	3	6	1	15	13
Niedersachsen	2	14	21	0	9	22	1	70	87
Nordrhein-Westfalen	5	49	48	6	43	43	14	196	235
Rheinland-Pfalz	1	11	9	2	16	17	2	68	82
Saarland	0	1	10	1	4	5	2	20	15
Sachsen	2	7	6	1	9	5	8	48	87
Sachsen-Anhalt	0	6	4	0	1	4	4	35	34
Schleswig-Holstein	1	12	6	0	8	5	4	52	61
Thüringen	0	6	4	2	7	7	4	42	22
Deutschland	18	229	222	15	186	202	102	1.327	1.551

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 2009 (Datenstand: 15.04.2009)

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.	
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	
2	33	51	455	10.658	12.641	155	1.352	2.519	12	128	127	2	5	17	Baden-Württemberg
5	83	97	655	14.100	12.128	390	3.307	3.701	14	203	199	0	6	13	Bayern
2	24	26	180	3.560	4.536	90	1.576	1.172	5	72	76	1	12	16	Berlin
5	27	37	193	5.260	5.678	256	2.806	2.425	3	31	32	0	6	4	Brandenburg
0	3	3	38	1.215	556	10	168	123	1	12	10	0	0	5	Bremen
1	25	15	143	2.862	2.638	48	738	798	0	16	27	0	3	2	Hamburg
3	51	46	276	6.375	7.001	159	1.326	1.480	3	59	75	0	7	11	Hessen
1	17	21	213	2.799	5.232	215	1.725	2.341	1	36	44	1	16	7	Mecklenburg-Vorpommern
3	61	87	455	9.093	12.565	262	2.421	2.605	1	41	44	3	14	25	Niedersachsen
6	146	138	1.221	26.591	27.067	502	4.625	6.164	8	136	187	4	31	29	Nordrhein-Westfalen
2	40	48	359	5.526	6.705	128	1.241	1.950	1	59	59	0	5	3	Rheinland-Pfalz
1	12	10	44	1.491	2.143	29	381	361	1	10	9	0	2	1	Saarland
7	111	139	477	10.099	11.042	388	3.368	6.298	1	57	73	0	14	15	Sachsen
4	42	50	330	5.664	4.747	195	2.093	2.834	3	27	34	0	0	2	Sachsen-Anhalt
2	31	51	160	3.520	4.974	47	533	1.074	1	16	13	0	2	1	Schleswig-Holstein
4	75	97	328	5.313	7.548	251	1.605	2.558	1	34	10	1	6	5	Thüringen
48	781	916	5.527	114.126	127.201	3.125	29.265	38.403	56	937	1.019	12	129	156	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.	13.	1.–13.	1.–13.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
1	20	22	0	6	106	9	127	133	Baden-Württemberg	
2	41	30	0	9	40	10	129	174	Bayern	
1	19	8	0	14	14	5	63	92	Berlin	
2	7	6	0	2	2	0	19	24	Brandenburg	
1	3	2	0	0	1	2	22	6	Bremen	
0	4	2	12	148	0	4	58	41	Hamburg	
1	9	8	2	14	15	5	92	95	Hessen	
0	3	4	0	0	6	2	28	20	Mecklenburg-Vorpommern	
2	16	11	7	36	0	6	89	99	Niedersachsen	
5	46	34	0	57	2	23	293	303	Nordrhein-Westfalen	
1	13	7	0	2	2	7	49	54	Rheinland-Pfalz	
0	1	2	0	0	0	3	24	14	Saarland	
0	8	10	0	0	0	2	30	46	Sachsen	
0	4	3	0	0	1	2	27	49	Sachsen-Anhalt	
0	11	3	1	3	2	1	30	15	Schleswig-Holstein	
1	6	2	0	0	14	0	22	34	Thüringen	
17	211	154	22	291	205	81	1.102	1.199	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 2009 (Datenstand: 15.04.2009)

Krankheit	13. Woche 2009	1.–13. Woche 2009	1.–13. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	29	40	180
Brucellose	1	4	5	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	12	32	123
Dengue-Fieber	7	61	59	273
FSME	0	1	3	288
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	10	6	59
Hantavirus-Erkrankung	1	12	85	243
Hepatitis D	0	0	1	7
Hepatitis E	3	16	27	104
Influenza	229	26.410	13.171	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	58	31	152
Legionellose	5	88	78	524
Leptospirose	0	17	13	66
Listeriose	2	63	63	307
Ornithose	1	3	9	22
Paratyphus	0	8	7	86
Q-Fieber	6	43	81	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	4	5	15
Typhus abdominalis	0	12	10	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Lepra: Bayern, 39 Jahre, männlich (1. Lepra-Fall 2009)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur Situation bei ARE/Influenza in der 15. Kalenderwoche (KW) 2009

Deutschland: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) liegt bundesweit in der 15. KW im Bereich der Hintergrundaktivität (<http://influenza.rki.de/agi>).

Europa: In der 14. KW 2009 wurde nur noch in zwei Regionen der Russischen Föderation eine hohe Intensität der Influenza-Aktivität beobachtet. Alle anderen Länder und Regionen melden abnehmende Influenza-Aktivität oder nur noch Aktivität im Bereich der Basislinie (<http://www.eiss.org>).

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland, international: Deutschland meldete an die OIE einen Befund von niedrig pathogenen aviären Influenza-Viren A/H7N7 in einem Geflügelbestand im **Landkreis Kleve** (04.04.2009). Der Bestand wurde gekeult (<http://www.fli.bund.de>, <http://www.oie.int/eng/info>).

Aviäre Influenza bei Menschen

International: Der Gesundheitsminister von **Ägypten** hat 3 neue Fälle von humanen H5N1-Infektionen bekannt gegeben: Betroffen war ein 2-jähriger Junge aus dem Regierungsbezirk El Behira, der am 27.03. erkrankte und ab 30.03. im Krankenhaus behandelt wurde. Beim 2. Fall handelt es sich ebenfalls um einen 2-jährigen Jungen aus dem gleichen Distrikt. Seine Erkrankung wurde bei der Umgebungsuntersuchung im Rahmen des 1. Falles entdeckt. Er erkrankte am 31.03. und kam sofort ins Krankenhaus, wo er ab 01.04. behandelt wurde. Der Zustand der Jungen ist stabil, beide hatten vor der Erkrankung Kontakt zu erkranktem bzw. totem Geflügel. Der 3. Fall betraf einen 6-jährigen Jungen aus dem Regierungsbezirk Qaliobia. Er erkrankte am 22.03. und kam am 28.03. ins Krankenhaus, wo am 03.04. mit der Oseltamivir-Behandlung begonnen wurde. Sein Zustand ist kritisch.

Der Gesundheitsminister von **Vietnam** hat einen weiteren Fall einer humanen H5N1-Infektion bekannt gegeben: Betroffen war ein 3-jähriger Junge aus der Provinz Dong Thap, der am 12.03. erkrankte, am 13.03. hospitalisiert wurde und am 19.03. starb. Vor der Erkrankung hatte er Kontakt zu krankem bzw. totem Geflügel.

Weitere Informationen unter http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 15. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann

Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde
Tel.: 030.9487813
Fax: 030.9484781-50
E-Mail: info@pvsberlin.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen 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 vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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 03018.754-2265 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