



Epidemiologisches Bulletin

6. April 2010 / Nr. 13

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Weltgesundheitstag 2010 Gesundheitsförderung in Städten

Der Weltgesundheitstag wird jährlich am 7. April begangen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erinnert mit diesem Tag an ihre Gründung im Jahr 1948. Sie legt in jedem Jahr ein neues Gesundheitsthema von weltweiter Relevanz für den Weltgesundheitstag fest. Ziel ist es, den Fokus auf ein von der WHO ausgewähltes Thema zu lenken. Viele von der WHO vorgegebene Themen waren in der Vergangenheit in erster Linie Themen mit einer vorrangigen Bedeutung für Entwicklungsländer. Mit der seit 1977 ins Leben gerufenen „Gesundheit für alle“-Strategie der WHO traten zunehmend Themen mit Bedeutung für die Entwicklung von nationalen Gesundheitssystemen wie primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitskommunikation und Gesundheitsförderung in den Blickpunkt.

Zum Weltgesundheitstag 2010 startet die WHO die weltweite Kampagne Gesundheitsförderung in Städten. Mit dieser Kampagne soll gezeigt werden, wie das Lebensumfeld sowie die Lebensbedingungen der Bevölkerung in Städten, wo viele Menschen auf engem Raum zusammenleben, gesundheitsförderlicher gestaltet werden kann. Mehr als drei Milliarden Menschen leben gegenwärtig weltweit in Städten. Im Jahr 2007 hat die Zahl der Menschen, die in Städten wohnen, zum ersten Mal 50% überschritten. Bis zum Jahr 2030 werden sechs von zehn Menschen in Städten leben und bis zum Jahr 2050 sogar sieben von zehn Menschen.

Im Jahr 1986 rief das Europabüro der WHO in Kopenhagen das Gesunde Städte-Projekt in Lissabon ins Leben. Bald hatte dieses internationale Projekt zur Förderung von Gesundheit in Kommunen einen so großen Zulauf, dass die WHO die Gründung von nationalen Gesunde Städte-Netzwerken empfahl. Im Juni 1989 gründeten elf Kommunen das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland in Frankfurt am Main, das gegenwärtig auf mehr als 60 Kommunen angewachsen ist. Nach eigenem Verständnis sind gesunde Städte solche, die sich bereit erklären, im Gesunde Städte-Netzwerk mitzuwirken und einen sogenannten Neun-Punkte-Katalog der WHO befürworten. Das Leitbild des Gesunde Städte-Netzwerks heißt: Gesundheit ist ein Prozess, der auch gesellschaftlich zu gestalten ist. Auch Städte müssen Voraussetzungen schaffen, um Bürgern ein gesundes Leben zu ermöglichen. Der zunehmenden Alterung der Gesellschaft sollte dabei ebenfalls Rechnung getragen werden. Stadtteile, in denen sozioökonomisch bedingte Probleme bestehen, verfügen häufig nicht oder nur unzureichend über Grünräume und Sportanlagen, sie bilden Trabantenstädte mit einer höheren Anonymität oder sind verstärkt Lärm und Schadstoffen ausgesetzt. Des Weiteren bestehen in Städten häufiger Probleme durch Gewalt, chronische Erkrankungen sowie übertragbare Infektionskrankheiten. Die Gesundheitsförderung soll möglichst allen Menschen zugute kommen, insbesondere aber sozial und gesundheitlich Benachteiligten.

Am Weltgesundheitstag können Städte in der ganzen Welt an der Kampagne mitwirken und Gesundheitsangebote an die gesamte Stadtbevölkerung richten.

Diese Woche

13/2010

Weltgesundheitstag 2010 Gesundheitsförderung in Städten

Pandemische Influenza (H1N1)

- ▶ Zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 im Gesundheitsamt der Stadt Bremen – erste Ergebnisse einer Impfteilnehmer-Befragung
- ▶ Telefonische Querschnitterhebung zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

10. Woche 2010

(Datenstand: 31. März 2010)



Pandemische Influenza (H1N1) 2009 – Ergebnisse zweier Befragungen

Im Folgenden werden zwei Berichte einer Befragung von Personen, die eine Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 erhalten haben, veröffentlicht.

Zum einen wird eine schriftliche Befragung von Impfteilnehmern mittels Fragebogen durch das Gesundheitsamt der Stadt Bremen zwischen Oktober 2009 und Februar 2010 vorgestellt, zum anderen Ergebnisse einer vom Robert Koch-Institut in Auftrag gegebenen telefonischen Querschnittser-

hebung zum Monitoring der Einstellung zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 in der Bevölkerung zwischen November 2009 und Februar 2010.

Beide Erhebungen geben wichtige Hinweise zur Bewertung und Überprüfung der durchgeführten Impfkampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009, der Impfbereitschaft und Risikowahrnehmung in der Bevölkerung.

Erhebung zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 im Gesundheitsamt der Stadt Bremen – erste Ergebnisse einer Befragung von Impfteilnehmern

Am 26. Oktober 2009 startete das Bundesland Bremen die Impfkampagne gegen das pandemische Influenzavirus (H1N1). Eine der Impfstellen war das Gesundheitsamt der Stadt Bremen.

Nach einem eher verhaltenen Zuspruch in den ersten Tagen stieg die Zahl der Impfungen im Bremer Gesundheitsamt rasch an und erreichte in der 2. und 3. Woche der Kampagne (2.–13. November 2009) ihren Höhepunkt. In diesen beiden Wochen wurden 3.062 Personen geimpft. Danach ging die Zahl der Impfungen jedoch kontinuierlich und deutlich zurück, Ende Dezember 2009 lag die Zahl der täglichen Impfungen nur noch im einstelligen Bereich. Zum Jahresbeginn 2010 passte das Gesundheitsamt sein Impfangebot der geringer gewordenen Nachfrage an und beschränkte die Impfungen zunächst auf zwei Tage, ab Mitte Februar auf einen Tag in der Woche.

Bis Anfang Januar 2010 hatte das Bremer Gesundheitsamt 5.728 Personen geimpft, insgesamt erhielten bis dahin in der Stadt Bremen 23.564 Personen eine Immunisierung gegen das pandemische Influenzavirus (H1N1). Dies entspricht einer Impfquote von 4,3%. Da inzwischen das Meldewesen zurückgefahren wurde, liegen aktuellere Daten nicht vor. Allerdings wird in Bremen die Impfung kaum noch nachgefragt, insofern dürften sich die Zahlen nur unwesentlich verändert haben.

Zur Evaluation der Impfkampagne organisierte die im Gesundheitsamt Bremen angesiedelte Kommunale Gesundheitsberichterstattung u.a. eine Befragung von Impfteilnehmern. Es ist bekannt, dass Präventionsangebote mit „Komm-Struktur“ – die Impfkampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) ist ein solches Angebot – eine hohe soziale Selektivität aufweisen. Konkret ausgedrückt nehmen vornehmlich Personen mit einem höherem Bildungsabschluss sowie gut informierte Personen derartige Programme wahr. Darüber hinaus sind Frauen in Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung häufig überrepräsentiert.

Andererseits entwickelte sich, nicht zuletzt aufgrund der Berichterstattung der Medien, im Laufe des Jahres 2009 in weiten Teilen der Bevölkerung ein allgemeines Gefühl der Verunsicherung und Bedrohung. Insofern konnte man

durchaus erwarten, dass die Impfkampagne alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen mobilisiert und die sonst so häufig beobachteten Selektionseffekte schwächer ausfallen würden.

Methode

Um Erkenntnisse über Nachfragestrukturen zu gewinnen, wurden die Impfteilnehmer gebeten, einen zweiseitigen Fragebogen auszufüllen. Dieser enthielt 10 Fragen zu früheren Impfungen, Impfmotiven, genutzten Informationsquellen, zur Bewertung der Informationspolitik sowie zu soziodemografischen Merkmalen. Bei Bedarf konnte auch auf eine türkischsprachige Version des Fragebogens zurückgegriffen werden. Die Befragung begann mit dem Start der Impfkampagne am 26. Oktober 2009 und endete am 22. Februar 2010, dem letzten Impftag im Februar. Insgesamt beteiligten sich an dieser als Vollerhebung angelegten Umfrage 3.625 Personen, was einem Rücklauf von 63,3% entspricht.

Ergebnisse

Zunächst lässt sich feststellen, dass die Kampagne vornehmlich Personen erreichte, die Impfungen gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen sind (s. Tab. 1).

Inanspruchnahme von Grippeimpfungen i. d. Vergangenheit	Anzahl	Anteil in %
noch nie	1.082	30,2
ab und zu/gelegentlich	728	20,3
(fast) jedes Jahr	1.774	49,5
Gesamt	3.584	100

Tab. 1: Zur Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen in der Vergangenheit, Befragung durch das Gesundheitsamt der Stadt Bremen, 26.10.2009–22.02.2010

Die Hälfte der Befragten lässt sich jedes Jahr gegen Grippe impfen, jeder fünfte immerhin gelegentlich. Das erste Mal gegen Grippe impfen ließ sich knapp ein Drittel der Teilnehmer. Vier von fünf Befragten hatten sich in den letzten 10 Jahren noch gegen weitere Infektionskrankheiten impfen lassen, zumeist gegen Tetanus, Diphtherie und Hepatitis (A, B).

Grund für die Inanspruchnahme der Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1)	Anzahl der Antworten	Anteil in % (Basis: Zahl der Antworten)	Anteil in % (Basis: Zahl der Befragten)
Ich bin beunruhigt wegen der Ausbreitung der Schweinegrippe.	1.049	14,3	29,3
Ich bin zwar nicht übermäßig beunruhigt, lasse mich aber trotzdem vorsorglich impfen.	1.265	17,2	35,3
Aus beruflichen Gründen. (Ich arbeite in einer Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtung.)	1.097	14,9	30,6
Ich bin viel unter Menschen und halte mich daher für besonders ansteckungsgefährdet.	1.382	18,8	38,6
Ich gehöre einer gesundheitlichen Risikogruppe an.	1.164	15,8	32,5
Mein Arzt/meine Ärztin hat mir die Impfung empfohlen.	849	11,5	23,7
Mein Arbeitgeber hat mich dazu aufgefordert.	149	2,0	4,2
Andere Gründe	403	5,5	11,3
Gesamt	7.358	100,0	

Tab. 2: Motive für eine Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1), Befragung durch das Gesundheitsamt der Stadt Bremen, 26.10.2009–22.02.2010 (bis zu drei Angaben möglich)

Als Grund, sich gegen das pandemische Influenzavirus (H1N1) impfen zu lassen, nannten die Befragten am häufigsten Motive, die für allgemeine Befürchtungen stehen (s. Tab. 2). 38,6% meinten, sie seien viel unter Menschen und daher besonders ansteckungsgefährdet, 35,3% waren zwar nicht übermäßig beunruhigt, wollten sich aber trotzdem vorsorglich impfen lassen. Explizit beunruhigt wegen der Ausbreitung der „Schweinegrippe“ äußerten sich 29,3% der Befragten. 32,5% der Befragten ließen sich impfen, weil sie einer gesundheitlichen Risikogruppe angehörten, 23,7% kamen auf Empfehlung des Arztes. 30,6% ließen sich aus beruflichen Gründen (Tätigkeit in einer Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtung) impfen. Eine direkte Aufforderung des Arbeitgebers wurde jedoch nur selten genannt.

Die Massenmedien übertrugen die Informationen über die Impfkampagne mit Abstand am effektivsten (s. Tab. 3). Fast drei Viertel der Befragten erfuhr erstmalig durch Presse, Rundfunk und Fernsehen von dem Impfangebot. 13,8% wurden zuerst von ihren Ärzten auf das Impfangebot hingewiesen. 10,8% gaben an, erste Informationen über das Internet bekommen zu haben, 9,2% wurden von Familienangehörigen oder Freunden bzw. Bekannten informiert.

Der weit überwiegende Teil der Befragten äußerte sich zufrieden mit der Informationspolitik zum Thema „Schweine-

grippe“ (s. Tab. 4). 21,4% fühlten sich sehr gut informiert, 65,3% im Großen und Ganzen gut. 11,1% fühlten sich eher wenig, 2,2% sogar nur lückenhaft bzw. kaum informiert. Gelegentlich wurde im Fragebogen angemerkt, widersprüchliche Informationen hätten zur Verwirrung geführt.

subjektiver Informationsgrad	Anzahl	Anteil in %
lückenhaft/kaum	72	2,2
eher wenig	368	11,1
im Großen und Ganzen gut	2.169	65,3
sehr gut	712	21,4
Gesamt	3.321	100,0

Tab. 4: Subjektiver Informationsgrad („Wie gut fühlen Sie sich über das Thema „Schweinegrippe“ informiert?“), Befragung durch das Gesundheitsamt der Stadt Bremen, 26.10.2009–22.02.2010

Entgegen den Erwartungen ließen sich Männer etwas häufiger impfen als Frauen, der Männeranteil unter den Befragten betrug 51,6%. Vor allem Personen mittleren Alters nahmen die Impfung in Anspruch. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 49 Jahren (Median), 50% waren zwischen 37 und 62 Jahre alt.

Jeder 10. befragte Impfteilnehmer (9,5%) war nicht in Deutschland geboren worden. Berücksichtigt man in

Primäre Informationsquelle	Anzahl der Antworten	Anteil in % (Basis: Zahl der Antworten)	Anteil in % (Basis: Zahl der Befragten)
von meinem Arzt/meiner Ärztin	459	11,5	13,8
vom Betriebsarzt/von der Betriebsärztin	64	1,6	1,9
von Familienangehörigen/Freunden/Bekanntem	305	7,7	9,2
aus der Zeitung/dem Radio/dem Fernsehen	2.417	60,6	72,6
aus dem Internet	358	9,0	10,8
anderes	383	9,6	11,5
Gesamt	3.986	100,0	

Tab. 3: Primäre Informationsquelle („Wie haben Sie von der Impfkampagne zuerst erfahren?“), Mehrfachantworten möglich, Befragung durch das Gesundheitsamt der Stadt Bremen, 26.10.2009–22.02.2010

Bildungsabschluss der Teilnehmer	Anzahl	Anteil in %
bin noch Schüler/in	37	1,2
von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	66	2,1
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	376	12,0
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	737	23,6
Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8.Klasse)	44	1,4
Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife/Abitur	1.754	56,1
ein anderer Schulabschluss	112	3,6
Gesamt	3.126	100,0

Tab. 5: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (Alter der Befragten: 15 Jahre und mehr), Befragung durch das Gesundheitsamt der Stadt Bremen, 26.10.2009–22.02.2010

Anlehnung an die in der amtlichen Statistik verwendete Definition für „Migrationshintergrund“ noch das Geburtsland der Eltern, ergibt sich ein Zuwandereranteil von 16,3%. In der Stadt Bremen liegt der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund bei gut 27%, Zuwanderer haben also das Impfangebot unterproportional nachgefragt.

Wie die Angaben zu den Bildungsabschlüssen zeigen (s. Tab. 5), wies die Inanspruchnahme der Schutzimpfungen gegen die pandemische Influenza (H1N1) einen deutlichen sozialen Gradienten auf. Während im Land Bremen 27,7% der Bevölkerung die (Fach-)Hochschulreife haben,¹ war dieser Anteil unter den Befragten mit 56,1% doppelt so hoch.* Unter den befragten Zuwanderern lag die Abiturquote mit 54,3% fast auf dem gleichen Niveau.²

* Bezogen auf Befragte im Alter von 15 Jahren und mehr.

Diskussion

In Bremen wurde das Impfangebot gegen die pandemische Influenza (H1N1) nur im geringen Maße in Anspruch genommen, insgesamt ließen sich 4,3% der Bevölkerung der Stadt Bremen impfen. Dies entspricht in etwa der Impfbeteiligung in den anderen westdeutschen Bundesländern. Auffällig war die Entwicklung der Nachfrage. Nach einem relativ starken Andrang in den ersten drei Wochen ging ab Mitte November 2009 die Zahl der Impfungen sehr deutlich zurück. Inwieweit die Berichterstattung in den Massenmedien die Impfbereitschaft der Bevölkerung beeinflusst haben könnte, wird zurzeit durch eine Auswertung der entsprechenden Beiträge in den lokalen Printmedien untersucht.

Offenkundig aktivierte die Kampagne vorwiegend Personen, die Impfungen grundsätzlich für nützlich halten und die nicht erst aufwändig davon überzeugt werden mussten, sich gegen die pandemische Influenza (H1N1) zu schützen. Die Tatsache, dass fast ein Drittel der Impfteilnehmer sich zum ersten Mal gegen Grippe impfen ließ, verweist allerdings auch auf echte Mobilisierungserfolge.

Ein weiteres Merkmal der Impfteilnehmer ist ein hoher Sozialstatus, der in den höheren Schulabschlüssen der Befragten zum Ausdruck kommt. Damit zeigt sich auch für die Impfkampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) das bei vielen Gesundheitsaktionen beobachtbare Phänomen, dass trotz breit angelegter Kommunikation vorwiegend statushöhere, für Gesundheitsthemen sensibilisierte Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Lediglich die (knappe) Männermehrheit unter den Impfwilligen weicht von der sonst üblichen Teilnehmerstruktur von Präventionsmaßnahmen ab.

Quellen

- Angaben lt. Mikrozensus, bezogen auf Personen im Alter von 15 Jahren und mehr. Quelle: Statistisches Bundesamt, Bildungsstand der Bevölkerung, 2009
- Lt. Mikrozensus haben im Land Bremen 30,3% der ausländischen Bevölkerung die Fachhochschul- oder Hochschulreife (bezogen auf Personen im Alter von 15 Jahren und mehr). Quelle: Statistisches Bundesamt, Bildungsstand der Bevölkerung, 2009

Für diesen Bericht danken wir Dr. Günter Tempel, Gesundheitsamt Bremen, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: Guenter.Tempel@Gesundheitsamt.Bremen.de).

Telefonische Erhebung zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009

Ergebnisse aus den Befragungen bis Februar 2010

Nach der ersten autochthonen Welle von Erkrankungen an pandemischer Influenza (H1N1) im November 2009 ist es in Deutschland zu einem deutlichen Rückgang von Erkrankungen im Dezember 2009 und Januar 2010 gekommen. Um die Dynamik der Einstellungen zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) in der Bevölkerung und ggf. auftretende Änderungen auch in Abhängigkeit von der epidemiologischen Lage zu erfassen, hat das Robert Koch-Institut (Fachgebiet Impfprävention) eine telefonische Quer-

schnittserhebung zum Monitoring der Einstellung zur Impfung gegen die pandemische Grippe in der Bevölkerung in Auftrag gegeben (s.a. *Epid. Bull.* 4/2010). Die Ergebnisse der Erhebungen werden zudem genutzt, um die Erfahrungen der Impfkampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) aufzuarbeiten und bei künftigen Planungen zu berücksichtigen.

Kurz nach dem Start der Impfkampagne in Deutschland wurden seit Kalenderwoche (KW) 47 (16.–18. Novem-

ber 2009) jeweils ca. 1.000 Personen durch forsa – Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH – zur pandemischen Influenza (H1N1) in zweiwöchigem Abstand befragt. Bei der Stichprobe handelt es sich um deutschsprachige, in Privathaushalten lebende Personen ab 14 Jahren. Die Befragung erfolgt mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) anhand eines strukturierter Fragebogens. Die Ergebnisse werden zur Erhöhung der Repräsentativität gewichtet.

Akute Krankheitssymptome

Die Daten der telefonischen Erhebung zeigen eine weite Verbreitung von akuten Atemwegsinfekten im Befragungszeitraum. Von Mitte November 2009 bis Mitte Januar 2010 gaben jeweils 17 % bzw. 18 % der Befragten an, dass sie innerhalb von 2 Wochen vor dem Interview an Atemwegsinfekten erkrankt waren. Dieser Anteil ging erst in der Befragung in KW 6 (8.–10. Februar 2010) leicht auf 14 % zurück.

Wird das Auftreten von Fieber als Indikator für die Schwere des Atemwegsinfekts mit einbezogen, so zeigt sich ein leichter Anstieg von fiebrigen Atemwegsinfekten in den Kalenderwochen 47 bis 49/2009 auf ca. 1/5 der berichteten Erkrankungen. Erst in der sechsten Erhebungsrunde (KW 6/2010) fällt dieser Anteil auf ca. 10 % ab. Die geringe Schwankung bei berichteten schwereren Atemwegsinfekten könnte durch einen gewissen Recallbias beeinflusst sein, da jeweils Atemwegsinfekte der letzten beiden Wochen vor der Erhebung abgefragt wurden und dieser Zeitraum möglicherweise nicht immer exakt zugeordnet wurde.

Die spezifischen Daten des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza für akute respiratorische Erkrankungen zeigen im betreffenden Zeitraum jedoch, dass die Hauptkrankheitslast auch um den Erkrankungsgipfel in KW 46/2010 vorwiegend in den Altersgruppen der unter 14-Jährigen beobachtet wurde (influenza.rki.de). Diese Altersgruppe wird durch die vorliegende telefonische Befragung nicht abgedeckt, weshalb kein steiler Anstieg von schweren Atemwegsinfekten bei der Befragung zu erwarten war.

Risikoempfinden der Bevölkerung und Informationsbedarf

Der Rückgang der Inzidenz an pandemischer Influenza (H1N1) spiegelt sich in dem kontinuierlichen Rückgang der Wahrnehmung eines Risikos auf Grund dieser Erkrankung über den Befragungszeitraum wider. Annähernd 90 % der Befragten gaben in der Erhebung in KW 6/2010 an, dass sie die persönliche Gefahr für ihre Gesundheit durch die pandemische Influenza (H1N1) als niedrig bzw. eher niedrig einstufen. 61 % der Befragten stimmten in der Befragung Ende Januar 2010 (KW 4) der Aussage zu bzw. eher zu, dass sie die saisonale Grippe für schlimmer halten als die neu aufgetretene „Schweinegrippe“.

Informationen über die Wahrnehmung und Einschätzung der Schweinegrippe bzw. der Impfung dagegen sind wichtige Faktoren für die Gestaltung einer erfolgreichen Impf-

kampagne. Anfang Februar 2010 (KW 6) gaben annähernd 70 % der befragten Personen an, dass sie sich gut bzw. eher gut über die pandemische Influenza (H1N1) informiert fühlen. Die Befragung hat gezeigt, dass sich ein Großteil der Bevölkerung hauptsächlich durch Fernsehen, Radio und Zeitungen informiert. Dies verdeutlicht die wichtige Rolle der Medien für die Wahrnehmung der pandemischen Influenza (H1N1) in der Bevölkerung.

Es ist daher besonders beachtenswert, dass 55 % der Befragten der Aussage zustimmen bzw. eher zustimmen, dass sie durch die Medienberichte zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) verunsichert wurden (KW 6/2010).

Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1)

Seit Januar 2010 konnte bei den Befragten kaum noch eine Bereitschaft zur Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) festgestellt werden. Über 80 % stimmten Ende Januar 2010 trotz weiter bestehender Impfpflicht der Aussage nicht mehr zu, dass eine Impfung gegen die Schweinegrippe weiterhin notwendig sei. Der zu Beginn der Erhebung in KW 47/2009 ermittelte Anteil der geimpften Personen über 14 Jahren von 5 % hat sich auf ca. 8 % der Befragten bis zur KW 6/2010 weiter stabilisiert. Von einem weiteren deutlichen Anstieg der Impfquote mit Beginn des Jahres 2010 ist daher nicht auszugehen.

Auch bei Personen, für die eine Impfung gegen die pandemische Influenza (H1N1) offiziell besonders empfohlen wird (medizinisches Personal, chronisch Kranke und Schwangere), wurde eine Impfquote von insgesamt ca. 15 % im Lauf der Impfkampagne nicht wesentlich überschritten.

Es deutet sich in der Befragung an, dass Männer etwas besser geimpft wurden als Frauen.

Die Ergebnisse der durchgeführten Erhebung decken sich weitgehend mit den bisherigen Veröffentlichungen der Länder, die nur eine geringe Impfquote und eine große Zahl von nicht verimpften Impfdosen ausweisen.

Zusammenfassende Beurteilung

Die in dieser Befragung erhobenen Impfquoten gegen die pandemische Influenza (H1N1) haben auch in den definierten Risikogruppen im Erhebungszeitraum bis KW 6/2010 nur ein niedriges Niveau erreicht. Mit Beginn des Jahres 2010 wurde kaum noch ein Risiko durch die pandemische Influenza (H1N1) in der Bevölkerung wahrgenommen.

Die durchgeführte Erhebung gibt weiterhin wertvolle Hinweise zur Bewertung und Überprüfung der durchgeführten Impfkampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) und der Impfbereitschaft und Risikowahrnehmung in der Bevölkerung.

Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention (FG 33) der Abteilung Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts.

Ansprechpartner ist Dietmar Walter (E-Mail: WalterD@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

10. Woche 2010 (Datenstand: 31.3.2010)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	69	787	917	2	12	14	6	36	38	41	326	310	2	13	20
Bayern	30	734	1.048	2	13	22	7	99	138	33	457	478	0	11	22
Berlin	34	393	285	0	2	10	0	13	70	10	111	82	0	8	6
Brandenburg	31	243	269	0	2	3	4	52	61	11	143	120	1	3	5
Bremen	3	46	34	0	0	0	0	7	4	0	17	26	0	0	0
Hamburg	13	227	242	0	1	5	0	5	5	9	71	135	0	8	3
Hessen	43	515	505	1	5	1	3	15	14	31	210	231	2	4	9
Mecklenburg-Vorpommern	27	203	215	0	0	1	5	50	44	8	125	122	0	0	1
Niedersachsen	65	703	652	2	25	15	15	98	62	70	399	423	0	3	1
Nordrhein-Westfalen	205	2.292	2.024	5	34	26	14	188	193	94	861	1.016	1	11	8
Rheinland-Pfalz	37	468	408	2	17	11	3	45	48	24	223	253	0	3	2
Saarland	12	203	144	0	3	2	1	5	6	2	48	67	0	1	1
Sachsen	84	688	692	0	13	7	12	111	98	36	298	286	0	1	5
Sachsen-Anhalt	23	158	219	1	5	1	7	69	61	23	205	168	0	0	3
Schleswig-Holstein	17	314	286	0	3	5	0	9	8	13	111	120	0	1	1
Thüringen	28	249	260	0	2	0	11	138	105	24	230	177	0	0	2
Deutschland	721	8.223	8.200	15	137	123	88	940	955	429	3.835	4.014	6	67	89

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	0	22	27	619	7.025	9.157	142	927	882	6	87	102	1	5	2
Bayern	1	75	66	701	13.889	12.013	142	1.537	2.272	6	115	161	0	7	6
Berlin	0	16	18	153	2.191	3.028	122	817	1.304	7	62	62	2	9	11
Brandenburg	1	22	17	300	4.302	4.438	160	996	2.032	2	21	23	0	3	4
Bremen	0	6	3	60	476	1.111	12	90	118	1	5	10	0	0	0
Hamburg	2	11	23	127	1.625	2.435	42	328	610	0	17	14	1	2	2
Hessen	8	39	39	366	5.849	5.542	101	632	895	4	54	47	0	5	7
Mecklenburg-Vorpommern	1	14	16	499	5.141	2.122	128	609	1.031	5	27	24	0	2	12
Niedersachsen	3	48	50	767	7.816	7.755	209	1.082	1.558	2	39	24	1	13	10
Nordrhein-Westfalen	17	133	120	1.360	15.602	22.915	246	1.506	3.207	14	127	108	3	20	22
Rheinland-Pfalz	3	39	33	408	4.889	4.568	115	603	851	3	36	52	0	5	4
Saarland	0	7	8	120	1.095	1.297	31	119	292	1	3	9	0	0	1
Sachsen	6	84	85	546	7.313	8.413	144	1.066	2.113	11	76	49	1	11	13
Sachsen-Anhalt	3	28	26	610	7.683	4.631	110	624	1.409	2	19	23	0	2	0
Schleswig-Holstein	1	12	27	212	2.586	2.862	43	301	352	1	24	10	0	2	1
Thüringen	2	47	58	439	7.421	4.315	82	508	861	2	17	29	1	5	6
Deutschland	48	603	616	7.287	94.903	96.602	1.829	11.745	19.787	67	729	747	10	91	101

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

10. Woche 2010 (Datenstand: 31.3.2010)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	2	9	16	3	13	13	10	151	154
Bayern	0	20	35	1	19	23	6	176	228
Berlin	0	5	14	0	10	14	13	106	126
Brandenburg	0	3	2	0	2	1	2	15	15
Bremen	0	4	4	0	0	1	0	2	6
Hamburg	1	2	4	1	8	5	1	22	29
Hessen	1	11	19	0	10	8	7	54	60
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	8	0	2	1	1	6	11
Niedersachsen	2	10	12	1	7	8	4	47	62
Nordrhein-Westfalen	3	32	35	2	38	33	14	155	152
Rheinland-Pfalz	1	13	7	1	14	17	3	36	63
Saarland	0	8	0	1	1	1	0	17	11
Sachsen	0	1	5	0	5	8	4	54	29
Sachsen-Anhalt	0	5	6	0	1	1	1	19	30
Schleswig-Holstein	0	5	10	0	4	8	1	24	41
Thüringen	0	2	6	0	3	5	2	29	34
Deutschland	10	132	183	10	137	147	69	913	1.051

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	2	12	17	0	9	5	7	88	97
Bayern	1	14	37	0	8	6	3	93	106
Berlin	0	7	15	5	45	12	4	54	44
Brandenburg	1	3	3	0	11	2	1	15	20
Bremen	0	0	2	0	0	0	0	3	18
Hamburg	0	1	4	0	8	108	4	36	42
Hessen	1	3	4	0	1	9	9	63	80
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	3	0	0	0	0	0	22
Niedersachsen	1	9	14	0	5	25	6	54	62
Nordrhein-Westfalen	3	30	30	0	14	53	14	195	226
Rheinland-Pfalz	0	3	11	1	1	2	5	32	37
Saarland	0	1	0	0	0	0	2	16	16
Sachsen	0	2	8	0	0	0	2	25	28
Sachsen-Anhalt	0	1	3	0	0	0	4	30	21
Schleswig-Holstein	0	0	10	0	1	1	3	17	19
Thüringen	0	3	4	0	0	0	0	15	20
Deutschland	9	90	165	6	103	223	64	736	858

gegeben. 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). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

10. Woche 2010 (Datenstand: 31.3.2010)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	10. Woche	1.–10. Woche	1.–10. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Erkrankung am Auge	7	50	21	169
Brucellose	0	4	4	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	12	16	86
Dengue-Fieber	5	55	42	298
FSME	0	1	1	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	2	8	66
Hantavirus-Erkrankung	13	178	12	181
Hepatitis D	0	1	1	7
Hepatitis E	2	27	13	108
Influenza	55	2.772	25.239	175.582
zusätzliche aggregierte Übermittlungen +	0	199	0	53.070
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	36	49	185
Legionellose	5	139	81	503
Leptospirose	0	6	16	92
Listeriose	4	63	67	394
Ornithose	0	1	2	26
Paratyphus	0	3	6	76
Q-Fieber	5	25	19	191
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	0	5	4	10
Typhus abdominalis	1	10	9	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Ab dem 18.11.2009 können Fälle der Neuen Influenza A/H1N1 auch aggregiert übermittelt werden, auch nachträglich für die Vorwochen. Darunter sind Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprechen.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

- ▶ **Botulismus:** Bayern, unter 1 Jahr, weiblich (Säuglingsbotulismus; 9. Meldewoche 2010; 1. Botulismus-Fall 2010)
- ▶ **Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber:**
 1. Hessen, 66 Jahre, weiblich (Infektionsland Indien)
 2. Nordrhein-Westfalen, 44 Jahre, weiblich (Infektionsland Thailand) (8. Meldewoche 2010; 10. und 11. Chikungunya-Fall 2010)

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, Lepra, 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.: 030.18754-0
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 Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

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

▶ Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann;
Claudia Paape, Franziska Bading (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.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-Abruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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