



# Epidemiologisches Bulletin

7. November 2019 / Nr. 45

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Aufbau einer Diabetes-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der ersten Projektphase 2015–2019

### Hintergrund

Diabetes mellitus, insbesondere der mit der Lebensweise und den Lebensverhältnissen assoziierte Typ-2-Diabetes, zählt weltweit zu den chronischen Krankheiten mit großer Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit (Public Health).<sup>1</sup> Dies resultiert zum einen aus der Häufigkeit von Typ-2-Diabetes und wesentlichen potenziell vermeidbaren Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes.<sup>2,3</sup> Zum anderen ist das Vorliegen eines Diabetes oft mit Begleit- und Folgeerkrankungen, einer verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer verringerten allgemeinen und gesunden Lebenserwartung assoziiert.<sup>4-6</sup> Der Diabetes ist somit auch eine Erkrankung mit hohen direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitssystem.<sup>7,8</sup>

Vor diesem Hintergrund wird derzeit am [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) mit Förderung durch das [Bundesministerium für Gesundheit \(BMG\)](#) ein Forschungsprojekt zum Aufbau einer Diabetes-Surveillance in Deutschland durchgeführt. Surveillance (Überwachung) bedeutet im Public-Health-Kontext eine systematische und kontinuierliche Erhebung, Zusammenführung und Analyse von gesundheitsbezogenen Daten.<sup>9,10</sup> Ziel der Diabetes-Surveillance ist eine zeitnahe und adressatengerechte Bereitstellung von Informationen zu Risikofaktoren, Krankheitshäufigkeit, Krankheitsfolgen und Versorgungsqualität in Zusammenhang mit Diabetes in Deutschland für Gesundheitspolitik, Forschung und Praxis. Die erhaltenen Informationen sollen als Entscheidungshilfe zur Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen für eine verbesserte Prävention und Versorgung von Diabetes dienen. Darüber hinaus sollen die Informationen in enger Zusammenarbeit mit dem Referat „Prävention des Diabetes mellitus, seiner Risikofaktoren und Folgeerkrankungen“ (ehemals Geschäftsstelle „Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus“) der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](#) für ein verbessertes Aufklärungs- und Informationsangebot zum Thema Diabetes für die Öffentlichkeit aufbereitet werden.<sup>11</sup> Innerhalb der ersten geförderten Projektphase „Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut“ (12/2015–12/2019) wurden hierzu: 1. ein wissenschaftliches Rahmenkonzept mit zentralen Kennzahlen (Indikatoren) definiert, 2. Datenquellen zur Abbildung dieser Indikatoren erschlossen und 3. Formate für eine Berichterstattung entwickelt.<sup>12</sup> Das Forschungsprojekt wurde durch einen interdisziplinären wissenschaftlichen Projektbeirat begleitet.

### 1. Rahmenkonzept und Indikatoren (Konzeptphase)

Für den Aufbau einer Diabetes-Surveillance wurde zunächst ein Rahmenkonzept mit Handlungsfeldern ausgearbeitet. In Anlehnung an das 2003 verabschiedete nationale Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2“<sup>13,14</sup> wurden insgesamt vier Handlungsfelder definiert (s. Abb. 1, S. 474), denen jeweils Konzepte für die Indikatorenentwicklung zugeordnet wurden.

Diese Woche 45/2019

[Aufbau einer Diabetes-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der ersten Projektphase 2015–2019](#)

[Journal of Health Monitoring: 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands](#)

[Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen \(August 2019\)](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 42. Woche 2019](#)



Das **Handlungsfeld 1** „Diabetesrisiko reduzieren“ umfasst die Abbildung der Diabetesinzidenz sowie verhaltens- und verhältnisbasierter Risikofaktoren des am häufigsten vorkommenden Typ-2-Diabetes.

Das **Handlungsfeld 2** „Diabetesfrüherkennung und Diabetesbehandlung verbessern“ fokussiert auf die Diabetesprävalenz, die Früherkennung und die Versorgungsqualität des Diabetes.

Das **Handlungsfeld 3** „Diabeteskomplikationen reduzieren“ umfasst die Abbildung von Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes.

Das **Handlungsfeld 4** „Krankheitslast und Krankheitskosten senken“ reflektiert die individuelle und gesellschaftliche Krankheitslast durch Diabetes.<sup>15</sup>

Die Auswahl gesundheitspolitisch relevanter, messbarer Indikatoren erfolgte in einem mehrstufigen Prozess auf Basis von Literaturrecherchen und eines strukturierten Konsensprozesses unter Einschluss interdisziplinärer Gremien auf internationaler und nationaler Ebene.

*Recherche zu bestehenden Indikatoren*

Zunächst erfolgte eine Recherche zu bestehenden Indikatorenssystemen der [Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung \(OECD\)](#), der [Europäischen Union \(EU\)](#) und der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) und zu indikatorengestützten Publikationen und Online-Informationssystemen der OECD-Mitgliedsstaaten für die Themen Diabetes und nichtübertragbare Erkrankungen allgemein. Für Deutschland wurden zudem Diabetesberichte auf Bundeslandebene, nationale Versorgungsleitlinien zum Diabetes sowie die Qualitätsziele der Disease-Management-Programme (DMP) zu Typ-1- und Typ-2-Diabetes zusammengestellt.<sup>16</sup>

*Bewertung der Indikatoren*

In einem nächsten Schritt erfolgte die Beurteilung der recherchierten Indikatoren für eine nationale Diabetes-Surveillance durch ein international und national besetztes Expertenpanel. Die Ergebnisse wurden im Rahmen des internationalen Workshops „*Development of a National Diabetes Surveillance in Germany – Core Indicators and Conceptual Framework*“ im Juli 2016 diskutiert.<sup>17</sup>

Da keiner der recherchierten Indikatoren als unwichtig klassifiziert wurde, erfolgte die Beibehaltung aller Indikatoren für eine anschließende Bewertung ihrer Relevanz für eine Diabetes-Surveillance in Deutschland durch den wissenschaftlichen Projektbeirat in einem zweistufigen Delphi-Verfahren.

Parallel wurde vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) im Rahmen eines Kooperationsprojektes der Diabetes-Surveillance eine systematische Literatur- und Datenbankrecherche

<p><b>Diabetesrisiko reduzieren</b></p> <p><b>Kernindikatoren</b>                  Inzidenz dokumentierter Diabetes                  Prävalenz Gestationsdiabetes                  Übergewicht und Adipositas                  Körperliche Inaktivität                  Rauchen                  Soziale Deprivation</p>	<p><b>Diabetesfrüherkennung und -behandlung verbessern</b></p> <p><b>Kernindikatoren</b>                  Prävalenz bekannter/dokumentierter Diabetes                  Prävalenz unerkannter Diabetes                  DMP-Teilnahmequote                  DMP-Qualitätszielerreichung                  Versorgungsqualität des Typ-2-Diabetes                  Behandlungsprofile                  Gesundheitsbezogene Lebensqualität                  Screening Gestationsdiabetes                  Alter bei Diagnose</p>
<p><b>Zusatzindikatoren</b>                  Prädiabetes                  Zuckerkhaltige Erfrischungsgetränke                  Absolutes Diabetesrisiko                  Kontextfaktoren</p>	<p><b>Zusatzindikatoren</b>                  Gesundheits-Check-up                  Patientenzufriedenheit</p>
<p><b>Diabeteskomplikationen reduzieren</b></p> <p><b>Kernindikatoren</b>                  Depressive Symptomatik                  Kardiovaskuläre Erkrankungen                  Diabetische Augenerkrankung                  Diabetische Nierenerkrankung                  Nierenersatztherapie bei Diabetes                  Diabetische Polyneuropathie                  Diabetisches Fußsyndrom                  Diabetesbedingte Amputationen                  Häufigkeit schwerer Hypoglykämien</p>	<p><b>Krankheitslast und Krankheitskosten senken</b></p> <p><b>Kernindikatoren</b>                  Direkte Kosten                  Ambulant-sensitive Krankenhaufälle                  Erwerbsminderungsrente                  Mortalität                  Verlorene Lebensjahre (YLL)                  Gesunde Lebensjahre (HLY)</p>
<p><b>Zusatzindikatoren</b>                  Risiko kardiovaskuläres Ereignis                  Schwangerschaftskomplikationen</p>	<p><b>Zusatzindikatoren</b>                  In Einschränkung verbrachte Lebensjahre (YLD)                  Disability-adjusted life years (DALYs)</p>

**Abb. 1:** Handlungsfelder mit zugehörigen Indikatoren der Nationalen Diabetes-Surveillance © Robert Koch-Institut, alle Rechte vorbehalten

zu versorgungsrelevanten Indikatoren des Typ-2-Diabetes mit ebenfalls anschließendem zweistufigen Delphi-Bewertungsverfahren durch ein eigenes Expertengremium vorgenommen.<sup>16</sup>

Für die abschließende Indikatorenauswahl wurden die Ergebnisse beider Delphi-Bewertungsverfahren abgeglichen. Im Ergebnis entstand so ein Indikatorenset von 40 Indikatoren bzw. Indikatorgruppen, von denen je nach Relevanzeinstufung und Übereinstimmung in beiden Bewertungsverfahren 30 als Kernindikatoren und 10 als Zusatzindikatoren eingestuft wurden (s. Abb 1).<sup>16</sup>

Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, soziale Lage bzw. Bildung und Region als Stratifizierungsmerkmale festgelegt, die je nach Datenlage eine differenzierte Betrachtung auf Indikatorebene ermöglichen sollen.<sup>18,19</sup> Eine regionalisierte Gesundheitsberichterstattung, in der die Bedarfe der Gesundheitsberichterstattung der einzelnen Bundesländer berücksichtigt werden, ist ein wichtiges Anliegen der

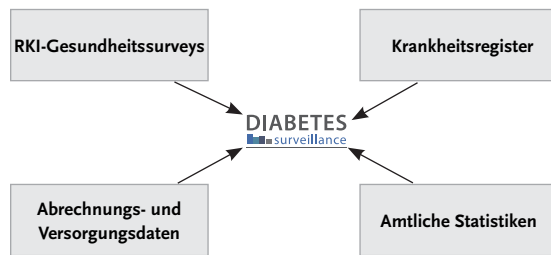


Abb. 2: Derzeitige Datenquellen der Nationalen Diabetes-Surveillance<sup>5</sup>  
© Robert Koch-Institut, alle Rechte vorbehalten

Diabetes-Surveillance und wurde bereits in Bund-Länder-Gesprächen im Juli 2015 und im Mai 2017 erörtert.<sup>19</sup>

## 2. Datenquellen zur Indikatorenabbildung (Implementierungsphase)

Zur Abbildung der konsentierten Indikatoren der Diabetes-Surveillance werden verschiedene Datenquellen verwendet (s. Abb. 2).<sup>20</sup>

### Bevölkerungsrepräsentative RKI-Gesundheitssurveys

Eine wichtige Datenquelle sind die bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des RKI, auf deren Basis gezielt und periodisch wiederkehrend Daten anhand im Vorfeld festgelegter Fragestellungen (Primärdaten) für das bundesweite Gesundheitsmonitoring erhoben werden.

Zu den Vorteilen der RKI-Surveys gehört, dass verhaltensbedingte Risikofaktoren, mentale und subjektive Aspekte der Gesundheit sowie soziale Faktoren erfasst werden können. Dies ermöglicht beispielsweise die Abbildung der Indikatoren „Körperliche Inaktivität“, „Rauchen“, „Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke“, „Depressive Symptomatik“ und „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ sowie die Identifizierung von Risikogruppen in Abhängigkeit vom Sozial- oder Bildungsstatus.

Die RKI-Befragungssurveys („Gesundheit in Deutschland aktuell“, GEDA) ermöglichen mit ihren relativ großen Fallzahlen auch Analysen auf Bundeslandebene und sind seit 2014 an den *European Health Interview Survey* (EHIS) angebunden.<sup>21</sup>

Die RKI-Befragungs- und -Untersuchungssurveys („Bundes-Gesundheitssurvey 1998“, BGS98; „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, DEGS1) umfassen neben Befragungsdaten zusätzlich Messdaten (z. B. Körpergewicht und -größe, Blutdruck), Laboruntersuchungen von Blutproben und eine detaillierte Erfassung angewandeter Arzneimittel. Dadurch ist beispielsweise neben der Abbildung des Indikators „Prävalenz bekannter Diabetes“ auch eine mess- bzw. laborwertbasierte Abbildung der Indikatoren „Prävalenz unerkannter Diabetes“, „Prävalenz Prädiabetes“ sowie präventions- und versorgungsrelevanter Indikatorgruppen wie „Übergewicht/Adipositas“, und „Versorgungsqualität des Typ-2-Diabetes“ (wozu u. a. Therapieziele für HbA<sub>1c</sub> [glykiertes Hämoglobin, welches die durchschnittliche Blut-

zuckerkonzentration der letzten zwei bis drei Monate widerspiegelt], Blutdruck und non-HDL [*high density lipoprotein* gehören) möglich.

In zusätzlichen telefonischen Befragungssurveys können zudem gezielt Informationen erfasst werden, die über die Datenerhebung der im RKI-Gesundheitsmonitoring verankerten periodischen Surveys hinausgehen. So wurden im Rahmen der Diabetes-Surveillance in einem gemeinsam vom RKI und der BZgA entwickelten Survey „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“ in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben von Erwachsenen mit und ohne Diabetes speziell Informationen über Risiko- bzw. Krankheitswahrnehmung, Krankheitswissen, Informationsverhalten und -bedürfnisse, subjektive Krankheitsbelastung und Versorgungsqualität bezogen auf Diabetes erfasst. Die Ergebnisse bilden eine Basis für eine verbesserte Risikokommunikation und Information der Öffentlichkeit in Zusammenarbeit mit der BZgA.<sup>22</sup> Zudem konnte der Indikator „Patientenzufriedenheit“ bei Personen mit Diabetes erstmals abgebildet werden<sup>23</sup> und der Indikator „Absolutes Diabetesrisiko“ dem selbstwahrgenommenen Diabetesrisiko gegenübergestellt werden.<sup>24</sup>

Ein Nachteil der Nutzung von RKI-Surveydaten liegt in den bisher relativ langen zeitlichen Abständen zwischen den Surveys, in denen Untersuchungen integriert sind. Ein weiteres Problem besteht in der potenziellen Verzerrung der Ergebnisse durch eine geringe Teilnahme einiger Bevölkerungsgruppen (z. B. schwer kranke oder hochaltrige Personen).

### Routinemäßig dokumentierte Abrechnungs- und Versorgungsdaten und amtliche Statistiken

Im Rahmen der Diabetes-Surveillance werden zudem verschiedene Daten genutzt, die ursprünglich für einen anderen Zweck erhoben wurden (Sekundärdaten), jedoch zur Berechnung von nicht durch RKI-Surveydaten abbildbaren Indikatoren herangezogen werden können. Mit dem Ziel, Inhalte, Zugänge und Analysebeispiele sowie Möglichkeiten einer verstetigten Nutzung solcher Sekundärdaten für die Diabetes-Surveillance zu diskutieren, wurde der Expertenworkshop „Integration, Verstetigung und Nutzung von Sekundärdaten für die Diabetes-Surveillance“ im März 2017 durchgeführt.<sup>25</sup> Zu den in die Diabetes-Surveillance integrierten Sekundärdatenquellen zählen routinemäßig dokumentierte Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemäß Daten-transparenzverordnung (DaTraV), Daten zu Gewährungsdiagnosen einer Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung, Dokumentationsdaten der DMP für Typ-1- und Typ-2-Diabetes, die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts und die Perinatalstatistik der Länder.

Die Vorteile dieser Datenquellen bestehen in ihrer zeitlich engmaschigen Verfügbarkeit und den meist hohen Fallzahlen, die potenziell tiefe Stratifizierungen nach Alter und

Region ermöglichen. Auf Grundlage dieser Daten können beispielsweise die Indikatoren „Inzidenz dokumentierter Diabetes“, „Prävalenz Gestationsdiabetes“, „Qualitätszielerreichung DMP“, „Diabetische Polyneuropathie“, „Diabetisches Fußsyndrom“, „Diabetesbedingte Amputationen“, „Direkte Kosten“, „Ambulant-sensitive Krankenhausfälle“ und „Erwerbsminderungsrente“ eingeschätzt werden. Nachteile der genannten Datenquellen sind, dass das Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsangeboten und die Dokumentationspraxis die Qualität der dokumentierten Daten beeinflussen.

#### *Im Rahmen von Kooperationsprojekten genutzte Krankheitsregisterdaten*

Zusätzlich erfolgt im Rahmen der Diabetes-Surveillance eine jährliche Förderung methodischer Projekte mit dem Ziel, bereits vorhandene Datenquellen auf ihre Eignung für die Diabetes-Surveillance zu prüfen, eine nachhaltige Nutzbarkeit identifizierter relevanter Datenquellen zu sichern und bestehende Datenlücken zu schließen. Im Ergebnis haben die geförderten Kooperationsprojekte wichtige Erkenntnisse und Kennzahlen für bisher nur unzureichend abbildbare Bereiche des Krankheitsgeschehens geliefert<sup>26,27</sup> sowie die Nutzbarkeit von Informationen der Diabetes-Surveillance für Prognosen zur Krankheitsentwicklung analysiert.<sup>28</sup> So werden beispielsweise Daten der bundesweiten [Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation \(DPV\)](#) und Daten regionaler Diabetesregister (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Sachsen) für eine verteilte Einbeziehung in die Diabetes-Surveillance geprüft. Diese Registerdaten spielen insbesondere für die Erfassung selten auftretender Formen von Diabetes eine Rolle. Hierzu zählt insbesondere die Autoimmunerkrankung Typ-1-Diabetes, die eine lebenslange Insulinsatztherapie erfordert. Auch das seltene Auftreten von Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen kann über diese Register eingeschätzt werden.<sup>27</sup> Die einzelnen Ergebnisse aller Kooperationsprojekte sind über Ergebnisposter auf der [RKI-Webseite der Diabetes-Surveillance](#) einsehbar.<sup>29</sup>

#### *Abbildbarkeit der Indikatoren*

Insgesamt sind für einen großen Teil der 40 Indikatoren bzw. Indikatorgruppen (s. Abb. 1, S. 474) Datengrundlagen erschlossen worden. Darstellungen zur zeitlichen Entwicklung sowie zu sozialen und regionalen Unterschieden lassen sich bislang für einen Teil der Indikatoren realisieren und werden für die meisten anderen Indikatoren ausgebaut werden können. Am Beispiel Diabetes konnte somit dargelegt werden, dass eine systematische und fortlaufende Zusammenführung und Analyse verfügbarer Gesundheitsdaten prinzipiell möglich und sinnvoll ist, um das Krankheits- und Versorgungsgeschehen in Deutschland abzubilden. Für die derzeit noch nicht abgebildeten Indikatoren wird eine Schließung der bestehenden Datenlücken angestrebt. So ist zum einen für die Indikatoren „Screening Gestationsdiabetes“ und „Schwangerschaftskomplikationen“ zusammen mit einem Kooperationspartner ein Antrag zur

Nutzung des Datensatzes Geburtshilfe, welcher die Daten der Perinatalstatistik aller Länder enthält, beim Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eingereicht. Zum anderen sollen die komplexen Indikatoren „Verlorene Lebensjahre (YLL)“, „In Einschränkung verbrachte Lebensjahre“ (YLD) und „*Disability-adjusted life years* (DALYs)“ zukünftig aus dem ebenfalls am RKI angesiedelten [Forschungsvorhaben BURDEN 2020](#) integriert werden.<sup>30</sup> Zudem sind die Indikatorgruppen „Kontextfaktoren“ und „Soziale Deprivation“ bisher nicht bzw. nur begrenzt auf Indikatorebene definiert und stellen einen wichtigen Bestandteil zukünftiger Arbeiten dar.

### **3. Formate zur Berichterstattung (Produktphase)**

Die Ergebnisse der Diabetes-Surveillance werden in verschiedenen Formaten für unterschiedliche Zielgruppen aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Für die Entwicklung einer Strategie zur Ergebnisdarstellung fand im Juni 2018 der internationale Workshop „*National public health system responses to diabetes and other important noncommunicable diseases*“ statt, der gemeinsam vom RKI und der BZgA organisiert wurde.<sup>31</sup> Ein Schwerpunkt war die Vorstellung und Diskussion verschiedener Best-Practice-Modelle zu Disseminationsstrategien von Ergebnissen aus Surveillance-Systemen nichtübertragbarer Erkrankungen aus anderen Ländern. Weiterhin wurde eine Befragung von internationalen Expertinnen und Experten aus den Mitgliedsstaaten der OECD und der EU sowie aus ausgewählten weiteren europäischen Ländern zur diabetesspezifischen Gesundheitsberichterstattung durchgeführt.<sup>32</sup> Der Fokus lag hier auf den verwendeten Formaten und den adressierten Zielgruppen.

Basierend auf den Ergebnissen des Workshops und der Befragung wurden in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Projektbeirat erste Formate und Produkte für die Berichterstattung erarbeitet. Über eine Webseite der Diabetes-Surveillance sollen neben den wissenschaftlichen Publikationen auch eine interaktive Ergebnisvisualisierung und Methodenbeschreibung aller Indikatoren der Diabetes-Surveillance bereitgestellt werden. Zusätzlich wird ein Bericht „Diabetes in Deutschland: Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019“ erarbeitet, der voraussichtlich noch im November auf der [RKI-Webseite der Diabetes-Surveillance](#) online erscheinen<sup>29</sup> und auch in gedruckter Form verfügbar sein wird. Im Bericht wird jedes der vier Handlungsfelder vorgestellt und die Ergebnisse der dazugehörigen Indikatoren zusammenfassend eingeordnet. Für jedes Handlungsfeld werden etwa fünf Kernindikatoren, die nach Rücksprache mit dem wissenschaftlichen Projektbeirat sowie unter Berücksichtigung der Datenverfügbarkeit ausgewählt wurden, in einem jeweils zweiseitigen Faktenblatt vorgestellt. Der Diabetesbericht stellt zusammen mit der interaktiven Indikatorendarstellung auf der Webseite einen wichtigen Meilenstein zum Abschluss der ersten Projektphase dar. Darüber hinaus sollen zusätzlich auch Social-Media-Kanäle für die Verbreitung der Informationen der Diabetes-Surveillance genutzt und ausgebaut werden.

## Ausblick

Das in der ersten Projektphase erarbeitete Fundament der Diabetes-Surveillance soll weiter ausgebaut werden, um die Planung, Umsetzung und Evaluation von Public-Health-Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle von Diabetes und anderen wichtigen nichtübertragbaren Krankheiten zu unterstützen. Hierzu fördert das BMG die zweite Projektphase „Fortsetzung der laufenden projektbezogenen Förderung der Diabetes-Surveillance“ (1/2020–12/2021).

Ein Ziel der Projektfortsetzung ist, die in der ersten Projektphase eingebundenen Datengrundlagen periodisch wiederkehrend zu nutzen und zu vervollständigen, um Zeitreihen auf- und auszubauen. In Bezug auf Sekundärdaten stehen die Entwicklung von Standardabläufen für zeitnah wiederholte Datenabfragen, das Erschließen zusätzlicher Datenquellen (z. B. der beim IQTIG vorgehaltenen Daten der Perinatalstatistik) sowie Plausibilitätsprüfungen zur Qualitätssicherung der Daten im Vordergrund. Primärdatenerhebungen zum Diabetes werden auf Basis des aktuell laufenden RKI-Befragungssurveys „GEDA 2019-EHIS“ (2019/2020) und des in Vorbereitung befindlichen und gemeinsam vom RKI und Max Rubner-Institut (MRI) durchgeführten Befragungs- und Untersuchungssurveys „Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland“ (gern-Studie, 2020–2022) fortgesetzt werden.

Des Weiteren soll das Indikatorenset vervollständigt und weiterentwickelt werden. Für die Indikatorgruppen „Kontextfaktoren“ und „Soziale Deprivation“ ist für 2020 ein nationaler Expertenworkshop geplant, der den Auftakt zur Auswahl und Operationalisierung von Indikatoren mit zentraler Bedeutung für die Verhältnisprävention von Diabetes und anderen nichtübertragbaren Krankheiten geben soll. Zusätzlich wird das Indikatorenset der Diabetes-Surveillance überprüft und nach Bedarf an veränderte Anforderungen angepasst werden. Dies betrifft beispielsweise Anpassungen an die geplante Aktualisierung der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes“.<sup>33</sup>

Ein weiteres Ziel ist die Stärkung einer auf alle Lebensphasen und vulnerable Zielgruppen ausgerichteten Berichterstattung mit Relevanz für die Prävention und Versorgung von Diabetes. Die Phasen „Schwangerschaft und Geburt“, „Kindheit und Jugend“ und „hohes Alter“ sowie die Identifizierung gesundheitlicher Ungleichheit sollen dabei eine stärkere Berücksichtigung finden. So werden beispielsweise im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings bereits Anstrengungen unternommen, um hochaltrige, gesundheitlich stark eingeschränkte Menschen<sup>34</sup> und Menschen mit Migrationshintergrund<sup>35</sup> zukünftig repräsentativ in RKI-Surveys einzubeziehen. Für stratifizierte Analysen nach sozialer Lage können zum einen regionale Daten zur Abbildung sozialer Deprivation<sup>36</sup> und zum anderen soziodemografische Informationen auf individueller Ebene im Rahmen der RKI-Gesundheitssurveys genutzt werden.

Weiterhin ist die Ausgestaltung der Ergebnisdissemination für eine nutzer- und handlungsorientierte Berichterstattung geplant. Die in der ersten Projektphase erstellte Webseite mit interaktiver Ergebnisvisualisierung soll weiterentwickelt und um eine Datenbankabfrage erweitert werden, um die Daten für einen möglichst großen Nutzerkreis zeitnah zur Verfügung zu stellen. Mit Fokus auf wesentliche Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen sollen zudem nutzerspezifische Informationsbedarfe erhoben und Berichtsformate darauf ausgerichtet werden. Ebenso soll ein Konzept zur Evaluation der Nutzung von Ergebnissen der Diabetes-Surveillance entwickelt werden. Die Verknüpfung von regionalisierten Ergebnissen der Diabetes-Surveillance mit der Gesundheitsberichterstattung der Länder soll fortlaufend weiterentwickelt und auf einem für 2021 geplanten Workshop abgestimmt werden.

Die Erreichung der für die zweite Projektphase gesetzten Ziele erfordert eine enge und strukturierte Zusammenarbeit mit dem (neu einzuberufenden) wissenschaftlichen Projektbeirat der Diabetes-Surveillance sowie mit weiteren Akteurinnen und Akteuren in Gesundheitspolitik und Öffentlichem Gesundheitsdienst auf Bundes- und Landesebene, der BZgA, den medizinischen Fachgesellschaften sowie nationalen und internationalen wissenschaftlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern in Public-Health. Darüber hinaus sollen Kooperationsprojekte weiterhin gezielt initiiert bzw. weitergeführt werden.

## Literatur

1. Nishtar S, Niinisto S, Sirisena M et al.: Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on NCDs. *Lancet* 2018;392(10143):245–252
2. Zheng Y, Ley SH, Hu FB: Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14(2):88–98
3. Heidemann C, Scheidt-Nave C: Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(3):105–129. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2781> (Stand: 2.10.2019)
4. Harding JL, Pavkov ME, Magliano DJ et al.: Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. *Diabetologia* 2019;62(1):3–16
5. Schmidt C, Du Y, Baumert J et al.: Diabetes im Blick – Nationale Diabetes-Surveillance. *Der Diabetologe* 2019;15:120–127
6. Rockl S, Brinks R, Baumert J et al.: All-cause mortality in adults with and without type 2 diabetes: findings from the national health monitoring in Germany. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2017;5(1):e000451
7. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J: Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001;414(6865):782–787
8. Jacobs E, Hoyer A, Brinks R et al.: Healthcare costs of Type 2 diabetes in Germany. *Diabet Med* 2017;34(6):855–861
9. World Health Organisation: Health topics: Public health surveillance. [www.who.int/topics/public\\_health\\_surveillance/en/](http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/) (Stand: 27.9.2019) 2019
10. Choi BC: The past, present, and future of public health surveillance. *Scientifica (Cairo)* 2012;875253
11. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Diabetesnetz Deutschland – gemeinsam gesünder. [www.diabetesnetz.info](http://www.diabetesnetz.info) (Stand: 2.10.2019) 2019

12. Scheidt-Nave C, Icks A: Editorial: Diabetes-Surveillance in Deutschland – Zwischenstand und Perspektiven. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(2):3–11 Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6014> (Stand: 19.9.2019)
13. Brenner G, Altenhofen L, Knoepfner J et al.: Nationale Gesundheitsziele: Diabetes mellitus Typ 2 als Zielbereich. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2003;46:134–143
14. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de: Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln. <http://gesundheitsziele.de/> (Stand: 11.9.2019) 2003
15. Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C et al.: Diabetes-Surveillance in Deutschland – Hintergrund, Konzept, Ausblick. *Journal of Health Monitoring* 2017;2 (1):91–104. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2586> (Stand: 2.10.2019)
16. Gabrys L, Heidemann C, Schmidt C et al.: Diabetes-Surveillance in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(S3):3–22. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5677> (Stand: 2.10.2019)
17. Teti A, Gabrys L, Ziese T et al.: Proceedings of the International Workshop ‘Development of a National Diabetes Surveillance System in Germany – Core Indicators and Conceptual Framework’. *BMC Proceedings* 2017;11(Suppl 3)(3):1–4
18. Heidemann C, Du Y, Baumert J et al.: Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus – zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(2):12–30. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6015> (Stand: 20.9.2019)
19. Gabrys L, Heidemann C, Teti A et al.: Regionalisierung der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Diabetes-Surveillance: Ziele und Ergebnisse des Bund-Länder-Gesprächs am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2017;60(10):1147–1152
20. Gabrys L, Schmidt C, Baumert J et al.: Diabetes-Surveillance: Beispiel für den Aufbau einer Public-Health-Surveillance zu nichtübertragbaren Krankheiten in Deutschland. *Epid. Bull.* 2017;45:513–515. DOI 10.17886/EpiBull-2017-064
21. Heidemann C, Kuhnert R, Born S et al.: 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(1):48–56. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2580> (Stand: 1.10.2019)
22. Paprott R, Heidemann C, Stühmann L et al.: Erste Ergebnisse der Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017“. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(S3):23–62. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5678> (Stand: 20.9.2019)
23. Baumert J, Du Y, Paprott R et al.: Versorgungsqualität aus Patientensicht bei Erwachsenen mit diagnostiziertem Diabetes in Deutschland – Ergebnisse der bundesweiten Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus 2017“. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Erlangen:DocV44-02 (Abstract). German Medical Science GMS Publishing House, Düsseldorf. [www.egms.de/static/de/meetings/degam2019/19degam084.shtml](http://www.egms.de/static/de/meetings/degam2019/19degam084.shtml) (Stand: 23.9.2019) 2019
24. Heidemann C, Paprott R, Stühmann LM et al.: Perceived diabetes risk and related determinants in individuals with high actual diabetes risk: results from a nationwide population-based survey. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2019;7(1):e000680
25. Schmidt C, Batzing-Feigenbaum J, Bestmann A et al.: Integration von Sekundärdaten in die Nationale Diabetes-Surveillance: Hintergrund, Ziele und Ergebnisse des Sekundärdaten-Workshops am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2017;60(6):656–661
26. Schmidt C, Heidemann C, Rommel A et al.: Sekundärdaten in der Diabetes-Surveillance – Kooperationsprojekte und Referenzdefinition zur administrativen Diabetesprävalenz. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(2):54–69. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6017> (Stand: 20.9.2019)
27. Rosenbauer J, Neu A, Rothe U et al.: Diabetestypen sind nicht auf Altersgruppen beschränkt: Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen und Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(2):31–53. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6016> (Stand: 20.9.2019)
28. Tonnie T, Rockl S, Hoyer A et al.: Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. *Diabet Med* 2019;36:217–225
29. Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut: [www.rki.de/diabsurv](http://www.rki.de/diabsurv) (Stand: 22.10.2019) 2019
30. Rommel A, von der Lippe E, Plass D et al.: BURDEN 2020 – Krankheitslast in Deutschland auf nationaler und regionaler Ebene. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2018;61(9):1159–1166
31. Reitzle L, Hansen S, Paprott R et al.: National public health system responses to diabetes and other important noncommunicable diseases: Background, goals, and results of an international workshop at the Robert Koch Institute. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2018;61(10):1300–1306
32. Reitzle L, Schmidt C, Scheidt-Nave C et al.: Studie zur Gesundheitsberichterstattung über nichtübertragbare Erkrankungen am Beispiel von Diabetes mellitus im internationalen Vergleich. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(2):70–92. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6018> (Stand: 20.9.2019)
33. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): (2013, zuletzt geändert: November 2014) Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung, 1. Auflage, Version 4 (Gültigkeit abgelaufen, NVL in Überprüfung). [www.dm-therapie.versorgungsleitlinien.de](http://www.dm-therapie.versorgungsleitlinien.de) (Stand: 2.10.2019)
34. Grube MM, Scheidt-Nave C, Gaertner B et al.: Public-Health-Monitoring für die Altersgruppe 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(2):93–109. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6019> (Stand: 23.9.2019)
35. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P et al.: Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund: Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *Journal of Health Monitoring* 2019;4(1):49–61. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5650> (Stand: 23.9.2019)
36. Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al.: Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(2):103–120. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2648> (Stand: 4.4.2019)

■ \*Dr. Christin Heidemann | \*Dr. Rebecca Paprott | \*\*Dr. Christian Schmidt | \*\*Dr. Lukas Reitzle | \*Dr. Jens Baumert | \*Dr. Yong Du | \*Eleni Patelakis | \*Sezai Arslan | \*\*Dr. Thomas Ziese | \*Dr. Christa Scheidt-Nave  
Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring | \*FG25 Körperliche Gesundheit | \*\*FG24 Gesundheitsberichterstattung  
Korrespondenz: [HeidemannC@rki.de](mailto:HeidemannC@rki.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:  
Heidemann C, Paprott R, Schmidt C, Reitzle L, Baumert J, Du Y, Patekakis E, Arslan S, Ziese T, Scheidt-Nave C: Aufbau einer Diabetes-Surveillance in Deutschland – Ergebnisse der ersten Projektphase 2015–2019. *Epid Bull* 2019;45:473–478 | DOI 10.25646/6403

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Journal of Health Monitoring

## 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands

Das aktuelle *Special Issue* des *Journal of Health Monitoring* geht der Frage nach, wie sich die Gesundheit in Deutschland seit dem Fall der Mauer im November 1989 entwickelt hat, und ob es heute (noch) Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit gibt.

Zur Beantwortung der Frage werden Analysen zur Lebenserwartung und Sterblichkeit, zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychischen Störungen herangezogen. Darüber hinaus werden neben der subjektiven Gesundheit ebenfalls Tabakkonsum, Adipositas und sportliche Inaktivität als wichtige Einflussfaktoren ausgewertet.

Abschließend wird an einigen Beispielen verdeutlicht, welche Bedeutung kleinräumige Analysen bei der Unter-

suchung regionaler Unterschiede in der Gesundheit haben und warum diese in künftigen Studien weiter angestrebt werden sollten.

Die aktuelle Journal-Ausgabe kann über die RKI-Internetseite unter [www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring) auf Deutsch sowie unter [www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en) auf Englisch kostenlos heruntergeladen werden.

Informationen über neue Ausgaben des *Journal of Health Monitoring* bietet der GBE-Newsletter, für den Sie sich unter [www.rki.de/gbe-newsletter](http://www.rki.de/gbe-newsletter) anmelden können.

Martina Rabenberg  
Robert Koch-Institut | Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Korrespondenz: [RabenbergM@rki.de](mailto:RabenbergM@rki.de)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten													Berichtsmonat: August 2019 (Datenstand: 1. November 2019)		
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
	Aug.	Jan.–Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Jan.–Aug.	Aug.	Jan.–Aug.	Jan.–Aug.
Baden-Württemberg	58	433	468	22	264	249	9	79	80	1	16	30	0	1	1
Bayern	64	630	631	43	330	296	23	104	82	0	17	24	0	0	0
Berlin	115	1.001	800	19	198	258	10	76	45	0	4	4	0	0	0
Brandenburg	6	68	87	6	39	46	4	7	7	0	0	0	0	2	1
Bremen	6	45	39	5	40	33	8	23	8	0	0	2	0	0	0
Hamburg	35	297	326	18	135	99	14	61	50	1	2	6	0	0	0
Hessen	54	361	380	13	145	124	6	46	45	1	6	12	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	40	60	3	25	39	2	8	2	0	0	1	0	0	0
Niedersachsen	41	300	291	13	143	146	12	40	40	0	4	14	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	177	1.358	1.165	41	414	393	45	160	145	1	11	13	0	1	3
Rheinland-Pfalz	19	145	179	7	78	59	5	16	23	2	5	6	0	0	0
Saarland	10	52	50	0	12	19	2	4	2	0	0	0	0	0	0
Sachsen	27	243	175	9	85	81	0	7	12	0	2	1	0	2	8
Sachsen-Anhalt	11	92	84	6	46	32	0	0	7	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	14	102	116	5	46	29	6	20	15	0	1	3	0	0	0
Thüringen	8	79	63	3	22	20	0	7	5	0	0	2	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>650</b>	<b>5.257</b>	<b>4.915</b>	<b>213</b>	<b>2.022</b>	<b>1.923</b>	<b>146</b>	<b>659</b>	<b>568</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>118</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>15</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 42. Woche 2019 (Datenstand: 6. November 2019)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	96	4.246	5.484	2	196	217	42	1.158	1.372	0	50	54
Bayern	176	6.256	7.042	3	195	278	53	1.447	1.599	2	73	68
Berlin	56	2.266	2.308	2	83	84	6	437	416	2	106	127
Brandenburg	48	1.715	1.805	1	43	77	6	366	358	0	13	14
Bremen	5	355	412	0	3	9	2	42	72	0	1	2
Hamburg	36	1.446	1.409	1	37	44	10	265	268	1	52	49
Hessen	83	3.424	3.913	3	52	49	38	817	670	4	44	55
Mecklenburg-Vorpommern	42	1.456	1.600	0	40	31	15	336	275	1	3	2
Niedersachsen	92	4.336	4.825	3	180	224	36	1.089	977	1	15	13
Nordrhein-Westfalen	293	12.071	13.758	10	272	298	68	2.298	2.192	0	53	42
Rheinland-Pfalz	88	3.056	3.506	2	121	121	18	630	742	0	27	26
Saarland	17	868	1.084	0	10	10	4	104	139	0	1	1
Sachsen	94	4.093	4.412	1	104	174	21	693	714	0	39	55
Sachsen-Anhalt	27	1.396	1.438	2	73	97	24	458	420	0	10	2
Schleswig-Holstein	45	1.880	2.015	1	59	68	7	292	297	2	13	7
Thüringen	40	1.734	1.787	1	45	64	21	630	494	0	15	8
<b>Deutschland</b>	<b>1.238</b>	<b>50.604</b>	<b>56.803</b>	<b>32</b>	<b>1.514</b>	<b>1.845</b>	<b>371</b>	<b>11.064</b>	<b>11.006</b>	<b>13</b>	<b>515</b>	<b>525</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	63	81	67	4.881	3.783	8	1.437	832	5	290	266	4	89	99
Bayern	6	213	230	129	7.621	6.821	33	3.496	1.606	22	445	481	5	108	132
Berlin	2	46	73	64	2.845	2.895	12	3.005	1.043	6	397	379	3	93	90
Brandenburg	2	67	91	75	2.625	2.713	10	3.763	1.226	0	91	63	4	81	54
Bremen	0	5	3	3	266	384	2	163	92	0	8	19	0	7	11
Hamburg	1	24	26	28	1.061	1.321	0	1.173	664	3	158	138	2	41	61
Hessen	6	144	142	69	3.524	2.707	15	1.424	732	3	190	167	3	98	76
Mecklenburg-Vorpommern	6	35	60	74	2.210	2.686	5	1.540	1.009	1	82	75	5	152	99
Niedersachsen	0	101	138	62	4.857	4.429	25	3.376	1.189	5	130	136	4	95	100
Nordrhein-Westfalen	9	321	313	177	12.181	10.802	41	4.217	2.638	7	435	447	17	376	391
Rheinland-Pfalz	2	93	91	46	3.605	3.098	10	1.086	537	1	102	108	0	39	58
Saarland	0	2	14	7	670	723	6	297	134	0	36	20	0	3	8
Sachsen	1	229	304	156	6.070	5.793	22	4.424	4.738	8	211	217	6	120	154
Sachsen-Anhalt	1	99	93	72	3.365	3.526	10	1.930	1.582	3	66	71	1	74	89
Schleswig-Holstein	0	41	24	15	1.349	1.696	3	1.059	693	1	48	55	0	22	22
Thüringen	9	190	149	90	3.016	3.260	9	2.508	2.577	2	56	55	1	37	54
<b>Deutschland</b>	<b>45</b>	<b>1.674</b>	<b>1.832</b>	<b>1.134</b>	<b>60.156</b>	<b>56.645</b>	<b>211</b>	<b>34.900</b>	<b>21.294</b>	<b>67</b>	<b>2.745</b>	<b>2.697</b>	<b>55</b>	<b>1.435</b>	<b>1.498</b>

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 die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)), **2. Kumulativwerte im laufenden Meldejahr**, **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.



## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 42. Woche 2019 (Datenstand: 6. November 2019)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	65	62	26	752	621	26	909	781	1	33	34	11	476	565
Bayern	5	83	81	42	1.099	1.079	28	858	873	1	38	36	16	576	696
Berlin	2	73	59	9	286	173	5	276	236	0	16	14	3	292	333
Brandenburg	1	33	22	0	73	63	3	60	74	0	6	8	5	81	137
Bremen	0	7	7	2	60	27	1	47	35	0	1	1	2	47	46
Hamburg	0	32	18	3	49	53	2	111	117	0	11	13	2	174	149
Hessen	0	55	93	14	501	352	7	444	420	0	10	17	15	440	514
Mecklenburg-Vorpommern	1	20	12	1	38	20	1	37	35	0	3	4	1	39	73
Niedersachsen	0	55	62	6	297	123	16	501	366	0	23	15	7	297	348
Nordrhein-Westfalen	5	186	238	18	801	472	22	1.176	1.071	2	35	61	14	889	1.024
Rheinland-Pfalz	0	38	33	7	283	300	2	215	205	1	9	17	2	160	191
Saarland	0	13	10	2	45	16	1	50	22	0	1	3	0	35	47
Sachsen	1	25	19	5	116	200	6	166	170	0	10	13	1	121	150
Sachsen-Anhalt	0	8	19	2	55	47	0	88	64	0	3	6	0	106	140
Schleswig-Holstein	1	19	27	3	202	103	6	221	187	0	14	10	3	97	112
Thüringen	0	31	14	1	62	15	0	54	60	0	3	5	1	56	77
<b>Deutschland</b>	<b>16</b>	<b>743</b>	<b>776</b>	<b>141</b>	<b>4.720</b>	<b>3.665</b>	<b>126</b>	<b>5.215</b>	<b>4.716</b>	<b>5</b>	<b>216</b>	<b>257</b>	<b>83</b>	<b>3.889</b>	<b>4.603</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	1	73	86	0	34	38	0	0	0	12	681	839	61	2.937	2.857
Bayern	1	74	101	4	84	123	0	2	2	49	1.904	2.272	63	4.239	3.337
Berlin	0	22	29	0	27	9	0	3	0	3	322	428	20	1.289	1.000
Brandenburg	0	2	12	0	10	4	0	0	0	2	296	477	8	480	317
Bremen	0	1	2	0	6	3	0	0	0	0	51	71	4	210	206
Hamburg	0	17	14	0	9	10	0	0	0	2	253	295	4	418	344
Hessen	0	27	25	2	41	37	0	1	0	9	462	650	13	962	820
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	3	6	0	0	0	3	312	232	4	170	117
Niedersachsen	0	89	14	0	33	42	0	2	0	9	353	580	10	1.186	1.086
Nordrhein-Westfalen	1	130	207	1	85	84	0	7	6	24	1.401	1.887	41	3.416	2.879
Rheinland-Pfalz	0	36	9	1	35	27	0	0	0	11	322	450	7	585	524
Saarland	0	0	0	0	3	6	0	1	0	1	42	107	1	98	86
Sachsen	0	16	6	0	8	7	0	0	1	11	676	666	38	1.483	1.385
Sachsen-Anhalt	0	4	9	0	7	6	0	0	0	6	406	757	3	203	263
Schleswig-Holstein	0	5	5	0	28	24	0	1	2	2	157	342	7	460	521
Thüringen	0	5	1	0	3	5	0	0	0	5	392	679	1	283	326
<b>Deutschland</b>	<b>3</b>	<b>501</b>	<b>521</b>	<b>8</b>	<b>416</b>	<b>431</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>149</b>	<b>8.031</b>	<b>10.734</b>	<b>285</b>	<b>18.424</b>	<b>16.071</b>

\* Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

**Allgemeiner Hinweis:** LK Teltow-Fläming und das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwenden veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

42. Woche 2019 (Datenstand: 6. November 2019)

Krankheit	2019	2019	2018	2018
	42. Woche	1.–42. Woche	1.–42. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	2	523	575	676
Brucellose	1	30	27	37
Chikungunyavirus-Erkrankung	3	65	20	26
<i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	42	1.851	2.345	2.825
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	27	66	81
Denguefieber	31	893	450	613
FSME	2	390	539	584
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	63	62	67
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	18	746	686	851
Hantavirus-Erkrankung	10	1.386	158	235
Hepatitis D	0	44	47	59
Hepatitis E	60	3.102	2.808	3.400
Influenza	108	140.329	272.593	274.293
Legionellose	45	1.258	1.177	1.447
Leptospirose	7	114	100	117
Listeriose	10	468	576	698
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	27	1.500	2.067	2.433
Ornithose	0	6	7	9
Paratyphus	0	32	24	29
Q-Fieber	3	128	79	93
Trichinellose	0	4	0	0
Tularämie	0	46	32	54
Typhus abdominalis	1	69	47	58

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
 Nordufer 20, 13353 Berlin  
 Tel.: 030.18754-0  
 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. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistentz: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

**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). Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de/epidbull](http://www.rki.de/epidbull)

**Hinweis:** Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer



Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

**ISSN (Online) 2569-5266**