



Epidemiologisches Bulletin

2. Juni 2006 / Nr. 22

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weltnichtrauchertag 2006: „Tabak: Tödlich in jeder Form“

Der Tabakkonsum ist nach wie vor das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko in den entwickelten Industrienationen. Allein in Deutschland sterben jedes Jahr zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen von Erkrankungen, die auf das Rauchen zurückgeführt werden können; weltweit sind es nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis zu 5 Millionen Menschen jährlich. Zu den Krankheiten, die bei Rauchern und Raucherinnen verstärkt auftreten, zählen Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Hypertonie sowie Krebserkrankungen der Lunge, der Mundhöhle, des Kehlkopfes und der Verdauungsorgane. Auch das Passivrauchen kann zu schwerwiegenden Gesundheitsproblemen und vorzeitigen Todesfällen führen.

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts rauchen derzeit in Deutschland rund 37 % der 18-jährigen und älteren Männer und 28 % der gleichaltrigen Frauen. Am stärksten ist der Tabakkonsum im jungen und mittleren Erwachsenenalter verbreitet, mit Prävalenzen, die zum Teil über 50 % liegen (s. Abb. 1). Dass im höheren Alter weniger geraucht wird, ist nicht nur das Ergebnis erfolgreicher Aufhörversuche, sondern hängt auch mit der höheren vorzeitigen Sterblichkeit infolge des Tabakkonsums zusammen. Besorgniserregend ist darüber hinaus der hohe Anteil der starken Raucher und Raucherinnen – fast die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen, die täglich rauchen, konsumieren 20 und mehr Zigaretten am Tag – sowie das immer niedrigere Einstiegsalter in den Tabakkonsum.

In den letzten 20 Jahren konnte keine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums erreicht werden. Bei Männern sind die Prävalenzen nur leicht zurückgegangen, bei Frauen haben sie sogar noch weiter zugenommen (s. Abb. 2). Umso dringlicher erscheint eine Politik gegen das Rauchen, die sowohl an den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen der Herstellung und des Absatzes von Tabakprodukten als auch an der individuellen Nachfrage und den Konsumgewohnheiten der Menschen ansetzen sollte. Im Projekt „gesundheitsziele.de“, das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, wurden fünf Basismaßnahmen entwickelt, die als Eckpunkte einer umfassenden Handlungsstrategie dienen könnten: Tabaksteuererhöhungen, Verbot direkter und indirekter Tabak-

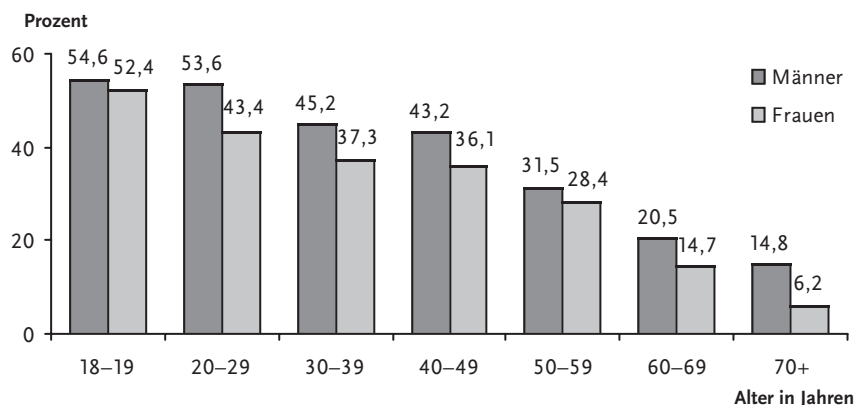


Abb. 1: Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen (in %)

Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts 2003

Diese Woche

22/2006

Weltnichtrauchertag:

Tödlicher Tabak

Masern:

- ▶ Verstärkte Anstrengungen zur Eliminierung in Deutschland
- ▶ Resolution des ersten Treffens der deutschsprachigen Staaten und Gebiete zur Eliminierung von Masern und Röteln
- ▶ Strategien zur Verbesserung des Masernimpfschutzes für Kinder aus Migrantenfamilien

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

Survey KiGGS – Datenerhebung vor Ort abgeschlossen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen März 2006 (Stand: 1. Juni 2006)
- ▶ Aktuelle Statistik 19. Woche 2006 (Stand: 31. Mai 2006)

Masern:

Ausbruch in NRW – Update (4)



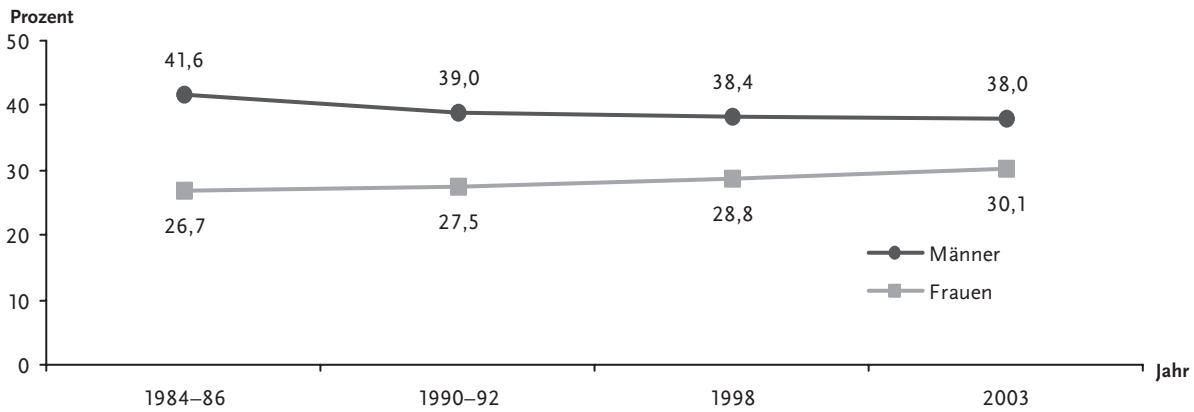


Abb. 2: Entwicklung des Anteils der Raucher und Raucherinnen an der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung im Zeitraum 1984–2003
Quelle: Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts 1984–2003

werbung, Schutz vor Passivrauchen, Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit sowie Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen.

Den Welt Nichtrauchertag am 31. Mai nahmen die WHO, die Deutsche Krebshilfe und das Aktionsbündnis Nichtrauchen zum Anlass, auf die gravierenden Gesundheitsgefahren des Rauchens hinzuweisen. Unter dem diesjährigen Motto „Tabak: Tödlich in jeder Form“ zielte das Bemühen darauf, über verschiedene Tabakprodukte und deren schädigende Wirkungen auf die Gesundheit zu informieren und damit gleichzeitig das Bewusstsein über die Notwendigkeit einer strikten Regulierung zu schärfen.

Ansprechpartner am RKI ist Herr Thomas Lampert, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung (E-Mail: LampertT@rki.de).

Weitere **Informationen** zum Welt Nichtrauchertag 2006 unter: www.who-nichtrauchertag.de; krebshilfe.de; www.tabakkontrolle.de.

Weiterführende Literatur:

1. Deutsches Krebsforschungszentrum: Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband I. dkfz, Heidelberg 2002 (www.tabakkontrolle.de)
2. Lampert T, Burger M: Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2005; 48: 1231–1241
3. Pott E, Lang P, Töppich J: Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2003; 46: 150–155
4. RKI (Hrsg.): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Berlin 2006 (www.rki.de)
5. Thamm M, Lampert T: Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht 2006: 50–72 (www.dhs.de)

Masern-Eliminierung in Deutschland – weitere verstärkte Anstrengungen erforderlich

Am 18. und 19. Mai 2006 fand im Robert Koch-Institut ein seit langem geplanter Workshop der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Masern-Eliminierung mit Experten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Südtirol statt. Es wurde diskutiert, welche Maßnahmen notwendig sind, um das Ziel der WHO, die Masern bis zum Jahr 2010 zu eliminieren, zu erreichen.

Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass in diesen Ländern und Gebieten in den letzten Jahren merkliche Fortschritte bei der Überwachung des Geschehens bei Masern und Röteln und bei der Steigerung der Durchimpfung erzielt wurden. Die für die Eliminierung der Masern erforderliche Impfquote von mindestens 95% ist jedoch noch nicht erreicht und es gibt immer wieder regionale Ausbrüche.

Die Teilnehmer des Workshops waren sich einig, dass zur Verbesserung der Situation ein Bündel von Maßnahmen notwendig ist. Die in den verschiedenen Ländern bzw. Gebieten bestehende Gesetzgebung zum Infektionsschutz soll hierfür konsequent angewendet werden. Zur Verbesserung der Situation wurden folgende Maßnahmen diskutiert: Aktionspläne unter Berücksichtigung unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten sollen erarbeitet werden. Strategien sind notwendig, um Ungeimpfte zu identifizieren, Interventionen und Impfangebote sollen dazu beitragen,

Impfständen zu schließen. Das Krankheitsgeschehen soll besser überwacht werden, um Ausbrüche rasch zu erkennen und frühzeitig einzudämmen. Die epidemiologische Forschung soll intensiviert werden und ausreichende Laborkapazitäten sollen bereitgestellt werden. Die Datenlage zur Durchimpfung soll verbessert werden, vor allem bei Kindern im Alter bis zu zwei Jahren. Bei der Verbesserung der Impfquoten kommt den Ärzten eine besondere Bedeutung zu, dies soll bei der ärztlichen Aus- und Weiterbildung verstärkt berücksichtigt werden. Multiplikatoren, wie z. B. medizinisches Pflegepersonal und Hebammen, sollen bei der Umsetzung der Ziele mit eingebunden werden. Der Informationsaustausch soll intensiviert, Informationsangebote für die verschiedenen Zielgruppen sollen verbessert werden. Dabei ist es sinnvoll, den Informations- und Erfahrungsaustausch auch über die Grenzen der einzelnen Länder und Gebiete hinweg zu führen.

Als ein Beispiel für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Verbesserung des Impfschutzes bei Migrantenkindern in Deutschland dokumentieren wir in dieser Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* einen Beitrag des Gesundheitsamtes des Landkreises Stade zu den dortigen Erfahrungen in zwei sozial unterschiedlich strukturierten Stadtteilen.

Resolution des ersten Treffens der deutschsprachigen Staaten und Gebiete zur Eliminierung von Masern und Röteln, Berlin, 18.–19. Mai 2006

In den letzten Jahren haben sich die Impfquoten für Masern erhöht und es wurde die infektionsepidemiologische Überwachung für Masern und Röteln in diesen Gebieten deutlich verbessert. Trotz dieser Erfolge und obwohl Masern in vielen Teilen der Welt bereits eliminiert sind, gibt es noch immer Masernausbrüche in Zentraleuropa.

Masern sind eine ernste Erkrankung und sie gehen oft mit Komplikationen einher, die sogar tödlich sein können. Für Masern gibt es keine ursächliche Behandlung, sie können jedoch durch Impfung verhindert werden.

Die UN-Vollversammlung hat sich in ihrer Resolution „A world fit for Children“ für die Sicherung von Routineimpfungen für jedes Kind ausgesprochen (A/RES/S-27/2). Alle 52 Mitgliedsstaaten der WHO-Region Europa haben sich mit der Resolution der WHO EUR/RC55/R7 dem Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln bis zum Jahr 2010 verpflichtet.

Das Berliner Treffen der deutschsprachigen Staaten und Gebiete hat deutlich gezeigt, dass zusätzliche Maßnahmen in dieser Region notwendig sind, um hier das angestrebte Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln zu erreichen. Dabei gibt es keinen einfachen und einheitlichen Weg, der zum Erfolg führt. Die Teilnehmer stimmten darin überein, dass eine verstärkte **politische Unterstützung** auf allen Ebenen hierfür notwendig ist.

In jedem der deutschsprachigen Staaten und Gebiete sollten die bestehenden Impfmaßnahmen folgendermaßen verbessert werden:

1. Erhöhung der **öffentlichen Aufmerksamkeit**
2. Entwicklung eines **Aktionsplans** unter Berücksichtigung der örtlichen regionalen Gegebenheiten
3. Durchführung **geeigneter Maßnahmen** auf lokaler wie auf nationaler Ebene
4. **Erfolgskontrolle** über das Erreichte (z. B. bei der Überwachung der Durchimpfung und der Erkrankungszahlen)

Die dazu notwendigen Aktivitäten sollten auf der Basis der konsequenten **Anwendung und Durchsetzung der vorhandenen Gesetzgebung** zum Infektionsschutz folgendes umfassen:

- ▶ Entwicklung **nationaler Strategien**, die das Kinderrecht auf Routineimpfungen stärken
- ▶ Stärkung der **infektionsepidemiologischen Überwachung**, rechtzeitige Erkennung, Untersuchung und Eindämmung von Ausbrüchen, Bereitstellung der notwendigen Laborkapazität
- ▶ Verbesserung der **Datenlage zur Durchimpfung**, v. a. bei Kindern bis 24 Monate
- ▶ Intensivierung der **epidemiologischen Forschung** und Informationsaustausch über erfolgreiche Impfstrategien
- ▶ Umfassende und zielgerichtete **Kommunikationsstrategien** und Medienarbeit zur Erhöhung der öffentlichen Wahrnehmung gegenüber den Vorteilen der Impfung und den Risiken bei Nichtimpfung
- ▶ Regelmäßige **Fortbildung** des medizinischen Personals zu Impfungen
- ▶ Identifizieren und Erreichen von Ungeimpften durch **zusätzliche Impfangebote**

Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird durch die WHO regelmäßig evaluiert.

Berlin, den 19. Mai 2006

WHO, Regionalbüro Kopenhagen

RKI

Teilnehmer

Zielgruppengerechte Umsetzung von Masern-Impfangeboten durch das Gesundheitsamt bei Kindern aus Migrantenpopulationen innerhalb und außerhalb sozialer Brennpunkte

Hintergrund

Impfungen gehören zu den wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Dieses Präventionsangebot wird jedoch nicht von allen Bevölkerungsgruppen in vollem Umfang wahrgenommen. Dies trifft besonders für sozial benachteiligte Gruppen oder Menschen mit Migrationshintergrund zu.

Zu den Erkrankungen, die durch Impfungen verhindert werden können, zählen auch die Masern. Die Gabe von zwei Impfdosen wird durch die Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen, um Kinder zuverlässig vor Masernerkrankungen zu schützen.

Dabei ist die örtliche Impfquote der bestimmende Faktor für die Morbidität von Masern. Bei mangelndem Impfschutz kommt es immer wieder zu Ausbrüchen dieser Erkrankung, wie aktuell wieder im Ruhrgebiet in Nordrhein-Westfalen (NRW). Dabei können die regionalen Impfquoten wie im Beispiel NRW durchaus im Bundesdurchschnitt liegen (93,8% Masern-Erstimpfung, 67% Zweitimpfung). Entscheidend für die Möglichkeit von Ausbrüchen sind unterdurchschnittliche Impfquoten in Subpopulationen, die zu einer Viruszirkulation unter ungeimpften Personen vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen führen können.

Erfahrungsgemäß besuchen Menschen ausländischer Herkunft in Urlaubszeiten ihre Heimat. Dort können sie, je nach Herkunftsregion, mit größerer Wahrscheinlichkeit als in Deutschland Kontakt mit an Masern erkrankten Personen haben. Auf diesem Wege kann eine komplizier-

reiche Erkrankung in eine Bevölkerungsgruppe importiert werden, die einen geringen Impfschutz aufweist.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus den letzten Jahren im Landkreis Stade zeigen, dass insbesondere die ausländische Subpopulation unterdurchschnittlich geimpft ist. Deshalb wurden neben der Impfberatung bei der Schuleingangsuntersuchung (zielt auf Kinder, die noch nicht bei den Vorsorgeuntersuchungen altersgerecht geimpft wurden) und dem Impfangebot in der 6. Klasse (zielt auf den Rötelschutz der Mädchen, die immer noch nicht altersgerecht geimpft sind) Instrumentarien erprobt, die speziell auf diese Gruppe ausgerichtet sind.

Zwei der Ortsteile mit einem hohen Anteil ausländischer Mitbürger, deren Kinder eine unterdurchschnittliche Durchimpfung aufweisen, sind das Altländer Viertel und der Ortsteil Stade-Bützfleth. Das Gesundheitsamt des Landkreises Stade entwickelte daraufhin unter Beachtung der unterschiedlichen sozialen und kulturellen Bedingungen und Hintergründe in den beiden Stadtteilen in Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover zwei Konzepte zur Verbesserung der Durchimpfungsraten in besonders gefährdeten Teilpopulationen.

Sozialraumbeschreibung der Interventionsgebiete

Im Altländer Viertel wohnen etwa 2.000 der rund 46.000 Einwohner der Stadt Stade. Der Anteil der ausländischen

Mitbürger beträgt dabei über 50 %. Fast 69 % der dort lebenden Menschen beziehen Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe, bei Kindern und Jugendlichen beträgt die Quote ca. 76 %. Eines der Probleme ist das mangelnde Sprachverständnis. Nahezu 67 % der Ausländer und der hier lebenden Aussiedler möchten deshalb einen Sprachkurs besuchen. Das Altländer Viertel ist somit als klassischer sozialer Brennpunkt zu bezeichnen.

Im Stadtteil Bützfleth wohnen demgegenüber 4.529 Einwohner in einem z.T. noch dörflich geprägten Umfeld ohne große Massenquartiere. Nach Daten des Einwohnermeldeamtes der Stadt Stade liegt hier der Anteil von Kindern unter 10 Jahren mit ausländischer, fast ausschließlich türkischer Staatsbürgerschaft bei 18 % (Bundesdurchschnitt 9 %). Weitere 14 % haben neben der deutschen noch eine andere, ebenfalls meist türkische Staatsbürgerschaft. Hier haben sich ab 1970 im Zuge der Industrialisierung viele türkischstämmige Arbeitnehmer angesiedelt. Insofern gibt es hier keinen hohen Anteil von Arbeitslosen mit den typischen Begleitproblemen eines sozialen Brennpunktes.

Zwei Konzepte, zugeschnitten auf unterschiedliche Rahmenbedingungen

Altländer Viertel: Impfkampagne unter Mithilfe von Vertrauenspersonen

Vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover wurde für die Präventionsarbeit mit Migranten das Konzept der Vertrauenspersonen (*Keyperson*-Ansatz) entwickelt, welches auf die Bedürfnisse im Altländer Viertel angepasst und umgesetzt wurde. Vertrauenspersonen sind Migranten, die als Mittler oder Brücken zwischen dem Gesundheitsamt und der Zielgruppe der Migranten vermitteln können. Daneben können sie durch ihre muttersprachliche und kultursensible Aufklärungsarbeit das Vertrauen der Migranten für gesundheitsfördernde Maßnahmen des Gesundheitswesens erhöhen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie Personen sind, deren Integrationsgrad weit fortgeschritten ist, so dass sie sowohl Zugang zur Herkunftskultur als auch zur Aufnahmekultur haben. Vertrauenspersonen sind oft Lehrer, Ärzte, Studierende oder Geistliche. Die Tatsache, dass sie ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache ansprechen und informieren, hat besonders bei Migranten, die die deutsche Sprache nicht oder nicht ausreichend verstehen, den Effekt, dass gesundheitsrelevante Informationen überhaupt verstanden und erwünschte Verhaltensänderungen möglich werden.

Im Altländer Viertel wurde das Vertrauenspersonen-Konzept erfolgreich auf das Thema Impfschutz angewandt und für sozial benachteiligte Gruppen umgesetzt. Dies bot die Chance, die Selbsthilfe und Eigenverantwortung der Zielgruppe unter Schonung der eigenen Ressourcen zu nutzen.

Bützfleth: Zusammenarbeit mit dem türkischen Kulturverein – Gewinnung von Multiplikatoren für Multiplikatoren

Für den Ortsteil Bützfleth wurde ein Konzept zur Durchführung einer Impfkampagne entwickelt, das sowohl die

eigenen knappen Ressourcen wie die speziellen Rahmenbedingungen des Stadtteils berücksichtigt. Der festgestellte mangelnde Impfschutz unter ausländischen Kindern betraf in diesem Ortsteil fast ausschließlich die türkische Bevölkerungsgruppe. Deshalb sollte diese gezielt angesprochen werden. Erstmals wurde deshalb in Zusammenarbeit mit der Schule, dem Schulelternrat sowie dem Vorsitzenden des türkischen Kulturvereins im Jahr 2005 eine Impfkampagne geplant und durchgeführt. Zuvor hatte es in diesem Stadtteil keine diesbezüglichen Interventionen des Gesundheitsamtes gegeben.

Der Zugang zur türkischen Bevölkerungsgruppe wurde über den türkischen Kulturverein und nicht über Vertrauenspersonen hergestellt. Der Einsatz von *Keypersons*, also Personen, die in ihrer kulturellen Heimat noch verwurzelt und in ihrer Bevölkerungsgruppe angesehen sind, aber sich schon integriert haben, hätte einen schwerwiegenden Nachteil gehabt. Dieser liegt in der Weitläufigkeit des Stadtteils Bützfleth. Es hätten sehr viele Personen gesucht, geschult und begleitet werden müssen, um die Zielgruppe der türkischen Landsleute in den Wohnungen aufzusuchen und für die Aktion zu werben. Da gleichzeitig die bereits früher begonnene Aktion im Altländer Viertel fortgeführt wurde, hätte ein solcher Aufwand nicht zusätzlich geleistet werden können. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Sozialdaten in Bützfleth im Gegensatz zum Altländer Viertel anzeigen, dass der Bildungsgrad der Eltern zulässt, die Notwendigkeit der Impfung auf der Ebene von Zahlen, Daten und Fakten nachvollziehbar zu begründen.

Um den Aufwand zu reduzieren, wurde der türkische Kulturverein um Hilfe gebeten. In diesem Verein treffen sich regelmäßig Menschen aus der Türkei. Dabei war klar, dass dort nicht die Eltern der zu impfenden Grundschüler verkehren, sondern eher die Generation der Großeltern. Die Überlegung war aber, dass bei erhaltenen traditionellen Familienstrukturen der Großvater als Familienoberhaupt akzeptiert und seiner Empfehlung Folge geleistet wird. Das wog auch den Nachteil auf, dass die Motivation nicht durch aufsuchende Arbeit erfolgen konnte. Im Grunde wurden Multiplikatoren für Multiplikatoren gewonnen. In diesem Rahmen hat der Vertreter des türkischen Kulturvereins auch seinen intensiven Kontakt zum Imam genutzt und ihn für das Vorhaben gewonnen.

Ziele

Erstes Ziel war in beiden Stadtteilen, die Zahl der ein- oder zweimal gegen Masern geimpften Kinder deutlich zu erhöhen. Während im Altländer Viertel Migrantenkinder im Alter zwischen 15 Monaten und 10 Jahren erreicht werden sollten, stellen in Bützfleth Kinder, die die Grundschule besuchen, die primäre Zielgruppe dar. Mit der Begrenzung des Angebotes auf die Kinder der Grundschule sollte zum einen der Häufung von Masernerkrankungen in den ersten 10 Lebensjahren Rechnung getragen werden, zum anderen sollten diejenigen Kinder ein zeitgerechtes Impfangebot bekommen, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Arzt noch keinen altersgerechten Impfschutz erworben haben.

Ein **zweites Ziel** in Bützfleth bestand darin, zu ermitteln, ob sich mangelhaft durch Impfung gegen Masern geschützte Kinder in einzelnen Klassen konzentrieren, da Klassenverbände bei der Einschulung oft unter Berücksichtigung der sozialen Beziehungen zusammengestellt werden. Dies würde dann erlauben, die knappen Ressourcen auf diese Klassen zu konzentrieren. Dies käme der geringen Personalausstattung des Gesundheitsamtes entgegen, die so mit maximalem Effekt eingesetzt werden könnte.

Drittes Ziel war zu ermitteln, inwieweit der Impfempfehlung, die bei der Schuleingangsuntersuchung gegeben wurde, außerhalb eines sozialen Brennpunktes tatsächlich Folge geleistet wurde.

Durchführung

Altländer Viertel

Der Ablauf der Impfkampagne im Altländer Viertel wurde gemeinsam mit allen Partnern geplant. Neben dem Gesundheitsamt beteiligten sich die Sozialarbeiterin des örtlichen Gemeindezentrums, die Ausländer- und Flüchtlingsberatung der Arbeiterwohlfahrt, Mitarbeiter des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover, Dolmetscher und Vertreter der Schule und des Kindergartens im Stadtteil. Zuvor war ein Konzept, das primär auf der Vermittlung von Zahlen, Daten und Fakten basierte, erfolglos geblieben, obwohl Dolmetscher in den entsprechenden Sprachen zur Verfügung standen (mangelnde Bildungschancen – kenntlich am Bildungsgrad der Eltern). Deshalb wurde viel Wert auf die Vermittlung von Vertrauen, Stimmigkeit und Nachvollziehbarkeit der Botschaft gelegt. Die Umsetzung wurde in fünf Schritten geplant:

1. Gewinnung und Motivierung von geeigneten Vertrauenspersonen aus dem Viertel zur Mitarbeit an der Impfkampagne.
2. Schulung und Orientierung der Vertrauenspersonen in den Grundlagen zum Thema Impfung und Prävention.
3. Bekanntmachung der Angebote und Impftermine durch Öffentlichkeitsarbeit und mehrsprachige Informationsveranstaltungen vor Ort. Vor den Impfaktionen im Stadtteil finden Informationsveranstaltungen statt, in denen die Bürger durch die Vertrauenspersonen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes umfassend über die Impfaktion auch in ihrer Muttersprache aufgeklärt und zur Teilnahme motiviert werden. In diesem Rahmen verteilen die Vertrauenspersonen Handzettel und Plakate und führen auch Hausbesuche durch.
4. Durchführung von Impfungen. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes richtete 2002 an 4 Tagen und 2003 an 3 Tagen in einer Woche im Stadtteil an insgesamt drei der Bevölkerung vertrauten und für sie gut erreichbaren Orten halbtags Impfstationen ein.
5. Anerkennung der Vertrauenspersonen und Auswertung der Kampagne.

Bützfleth

Mit der Grundschule, dem Elternvertreter und den Vertretern des dortigen türkischen Kulturvereins wurde verein-

bart, dass in allen Klassen der Grundschule die Impfausweise von einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes durchgesehen werden.

- ▶ Aufgabe des/der Klassenlehrers/lehrerin war, die Eltern zu bitten, den Kindern die Impfdokumente mitzugeben und über das Impfangebot zu informieren.
- ▶ Aufgabe des türkischen Kulturvereins Bützfleth war es, in seiner Bevölkerungsgruppe für die Impfaktion zu werben.
- ▶ Aufgabe des Imam war es, in der Moschee anlässlich der Zusammenkunft zum Freitagsgebet unmittelbar vor der durchgeführten Impfaktion die Teilnahme an der Impfaktion zu empfehlen.
- ▶ Weitere Aufgabe der zuständigen Lehrer/innen war, den nach Impfbucheinsicht ausgewählten Kindern bzw. denen, die kein Impfbuch vorgelegt hatten, die aber die Impfung eventuell benötigten, die Zettel mit den Informationen und Empfehlungen sowie den Einverständniserklärungen den Eltern zur Durchsicht bzw. zur Unterschrift mitzugeben und zur Teilnahme an der Impfung zu motivieren.

Nach der Ermittlung der Durchimpfungsrate wurde die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln durchgeführt, wie mit der Schule, dem Schulelternrat und dem Kulturverein abgesprochenen. Ferner wurden die Personensorgerechtigten auf die Impfungen aufmerksam gemacht, die für einen zeitgerechten Impfschutz darüber hinaus noch zu verabreichen waren und an den Haus- oder Kinderarzt verwiesen.

Ergebnisse

Altländer Viertel

Im Altländer Viertel lag – gerechnet auf 100 Kinder – die Zahl der nachweislich verabreichten Masernimpfungen vor der Aktion bei 62 Impfungen, nach der ersten Aktion bei 115, nach der zweiten bei 144 (Erst- und Zweitimpfung zusammengefasst). Die Zahl der Kinder ohne dokumentierten Impfschutz ist innerhalb von drei Jahren von über 40% auf unter 17% zurückgegangen. Durch die Impfaktionen hat sich der Anteil der zeitgerecht gegen Masern, Mumps und Röteln geimpften Kinder im Altländer Viertel erhöht und liegt nun im Vergleich zum übrigen Landkreis bei den zweimaligen Impfungen im Durchschnitt.

Diese Impfaktionen werden inzwischen jedes Jahr einmal durchgeführt. Das bedeutet, dass ein jetzt 15 Monate altes Kind zehnmal ein Impfangebot erhält.

Bützfleth

Im Rahmen der bislang erst einmal durchgeführten Aktion in Bützfleth wurden bei 247 Kindern, die zurzeit die Grundschule besuchen, 21 Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) durch das Gesundheitsamt verabreicht sowie weitere 3 beim Haus- oder Kinderarzt. Damit wurden rund 10% der vorhandenen Kinder erreicht. Allerdings wurden bei den 67 Kindern türkischer (allein oder mit zusätzlicher deutscher) Nationalität 13 Impfungen verabreicht

Klasse	2 b	2 c	3 a	3 c	4 a	4 b
2 Impfungen	87 %	73 %	55 %	71 %	42 %	72 %
1 Impfung	13 %	14 %	30 %	13 %	17 %	16 %
mit Buch	100 %	91 %	90 %	83 %	67 %	92 %

Tab. 1: Streuung der Durchimpfungsraten in ausgewählten Klassen in der Grundschule Bützfleth unter Berücksichtigung der Daten der Schuleingangsuntersuchung am Ende der Impfkaktion

und damit der Schutz bei 19 % dieser Kinder verbessert, was ein besonderes Anliegen der Aktion war. Bei den 174 deutschen Kindern erfolgten nur 11 Impfungen (6 %), bei den 6 Kindern anderer Nationalität keine. Auch, wenn das wenig erscheint, ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in den jüngeren Jahrgängen schon ein relativ guter Durchimpfungsgrad vorhanden war. Um alle 247 Grundschulkinder gegen Masern zu schützen, wären 494 Impfdosen notwendig, da jedes Kind zweimal geimpft werden muss. Nachweislich erfolgten 396 Impfungen, überwiegend durch die Kinderärzte. Durch das Gesundheitsamt oder nach Beratung durch das Gesundheitsamt waren 63 Impfdosen verabreicht worden. Das sind 39 % der bei Schuleingangsuntersuchung noch ausstehenden 161 Dosen. Dabei wird unterstellt, dass die Kinder, die keine Impfdokumente vorlegten, keine Masernimpfung bekommen haben. Dies ist sicher zu pessimistisch, haben doch einige der Eltern dieser Kinder mitgeteilt, ihr Kind sei komplett geschützt. Dass dies ein Irrtum war, ist schwer vorstellbar, zumal diese Eltern um nochmalige Kontrolle des Impfstatus anhand mitgegebener Unterlagen gebeten wurden. Somit war die Zahl der ausstehenden Impfungen sehr wahrscheinlich kleiner als 161 und der Anteil der Gesundheitsamts-Aktivitäten an der Verringerung der Impflücke sicher höher als 39 %. Wie erfolgreich der Beitrag ist, lässt sich an den Angaben der 1. Klasse ablesen. Kurz vor der Einschulung betrug die Rate nachweislich zweifach geimpfter Kinder hier 73 %. Kurz nach der Einschulung waren 50 % der Impfpfehlungen bereits umgesetzt. Dies bewirkte in Verbindung mit der Impfkaktion eine Steigerung auf 83 bzw. 88 %. Das zeigt die Wichtigkeit des aktiven Beitrags des Gesundheitsamtes, wenn das Ziel, 95 % der Kinder durch Impfung zeitgerecht zu schützen, erreicht werden soll.

Auch unter Einbeziehung der bei der Schuleingangsuntersuchung gewonnenen Daten zeigt sich eine erhebliche Streuung der Impfquote zwischen einzelnen Klassen (s. Tab. 1). Das liegt weniger daran, dass einzelne Kinder wegen Erkrankungen fehlten, da dem Gesundheitsamt über die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Impfstatus meistens bekannt ist. Vielmehr ist in den höheren Klassen die Zahl der Eltern, die dem Impfschutz nicht die notwendige Bedeutung beimessen, offensichtlich höher. Hier wurde auch das Impfangebot vor Ort unzureichend genutzt und auch die Zahl der vorgelegten Impfbücher war geringer als in den unteren Klassen.

Zusammenfassung und Ausblick

Altländer Viertel

Auf der methodischen Ebene konnte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst das Konzept der Vertrauenspersonen

erfolgreich getestet werden. Diese Personen haben besonders dazu beigetragen, Migranten durch Vermittlung von Vertrauen zu motivieren und sie für das Gesundheitsamt erreichbar zu machen. Die Erfahrungen belegen, dass ein auf Kultur und Sprache abgestimmtes Angebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das Inanspruchnahmeverhalten steigert, Selbsthilfepotenziale freisetzt und die Eigenverantwortung der Migranten fördert. Die vernetzte, engagierte Zusammenarbeit der Vertrauenspersonen mit verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen bei der Planung und Durchführung der Impfkaktionen trug erheblich zum Erfolg der Maßnahme bei. Die Verknüpfung dieser Art der Informationsvermittlung mit einem zeitnahen Angebot der Impfung vor Ort ist ein weiterer wichtiger Faktor.

Bützfleth

Trotz der kleinen Fallzahlen ließ sich feststellen, dass unter Beteiligung des türkischen Kulturvereins die Zielgruppe der türkischen Kinder besser erreichbar war. Ferner lässt sich der Schluss ziehen, dass es in sozial durchmischten Regionen auch mit anderen, weniger aufwändigen Konzepten als in sozialen Brennpunkten möglich ist, den Durchimpfungsgrad bei ausländischen Kindern zu steigern, indem auf die Vermittlung von Wissen gesetzt wird.

Auch, wenn Impfkaktionen wie die für Bützfleth beschriebene erfolgreich sind, ist die zur Verhinderung von Ausbrüchen notwendige Durchimpfungsrate von 95 % komplett gegen Masern geschützter Kinder in einzelnen Subpopulationen nur näherungsweise zu erreichen. Selbst unter Mithilfe der Schule, des türkischen Kulturvereins, des Imam sowie des Schullehrerates konnten wir, wie Tabelle 1 zeigt, mangelhaft durchimpfte Subpopulationen noch nicht zufrieden stellend erreichen. Hier sind aufwändigere Interventionen unter Einschluss von Vertrauenspersonen, die die Subpopulation aktiv aufsuchen, erforderlich. Dieser Aufwand kann aber auf einzelne Klassen konzentriert werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch Migrantenpopulationen, die durch Präventionsangebote oft schlecht erreicht werden, mit vertretbarem Aufwand für präventive Maßnahmen erreicht werden können, wenn auf die jeweiligen Besonderheiten eingegangen wird.

Literatur

Pallasch G, Salman R, Hartwig C: Verbesserung des Impfschutzes für sozial benachteiligte Gruppen unter Mitarbeit von Vertrauenspersonen – Ergebnisse einer kultur- und sprachsensiblen Intervention des Gesundheitsamtes Stade und des Ethno-Medizinischen Zentrums für Migrantenkinder im Altländer Viertel. Gesundheitswesen 2005; 67: 33–38

Dank für diesen Beitrag gilt Dr. Gerhard Pallasch, Gesundheitsamt Stade (E-Mail: gesundheitsamt@landkreis-stade.de).

Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Datenerhebung vor Ort ist abgeschlossen



Von Mai 2003 bis Mai 2006 wurde mit dem bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS der Gesundheitszustand der 0- bis 17-jährigen in Deutschland umfassend untersucht. Das Vorhaben wird von den Bundesministerien für Gesundheit (BMG), Bildung und Forschung (BMBF), Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) und Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) gefördert. Am 6. Mai 2006 war der letzte Arbeitstag der Feldteams.

In den drei Jahren untersuchten vier ärztlich geleitete Teams eine für die Bundesrepublik repräsentative Stichprobe von Probanden an 167 Orten. Dabei wurden durch Befragung, Untersuchung und Messung Parameter zu den folgenden Themen erhoben:

- ▶ körperliche Beschwerden und Befindlichkeit
- ▶ akute und chronische Krankheiten
- ▶ Behinderungen
- ▶ Gesundheitsrisiken, Unfälle
- ▶ psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten
- ▶ subjektive Gesundheit (Lebensqualität)
- ▶ soziale Kontakte, soziales Netz, Unterstützungssysteme
- ▶ personale Ressourcen
- ▶ Ernährung, Essstörungen, Adipositas
- ▶ Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten
- ▶ Medikamentenkonsum, Impfstatus
- ▶ Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- ▶ Körpermaße
- ▶ körperliche Ausdauer
- ▶ Sehvermögen
- ▶ Blutdruck
- ▶ Blut- und Urinanalytik
- ▶ Schilddrüsen-Sonographie

In drei Modulen wurden Unterstichproben von Teilnehmern vertieft zur psychischen Gesundheit, zur motorischen Entwicklung und Kompetenz oder zu Umweltbelastungen im unmittelbaren Lebensumfeld untersucht.

Teilnahme

In den 167 Untersuchungsstellen wurden insgesamt 17.642 Probanden untersucht, darunter 8.664 Mädchen und 8.978 Jungen. Die Teilnahmequote lag bei 66,6% mit leichten Unterschieden nach Alter (s. Abbildung), Struktur (Land 70%, Stadt 58%), Nationalität (deutsch 68%, nichtdeutsch 51%) und Region (Osten 70%, Westen 65%, Berlin 61%).

Erste Ergebnisse werden Ende September 2006 auf einem Symposium in Berlin präsentiert. Eine ausführlichere und thematisch breitere Darstellung weiterer Ergebnisse wird in der ersten Hälfte des Jahres 2007 in einer Fachzeitschrift veröffentlicht. Die Daten sollen Ende 2008 als *Public Use File* der Fachöffentlichkeit verfügbar gemacht werden.

Nähere Informationen zum aktuellen Stand des Vorhabens sind unter www.kiggs.de abrufbar.

Teilnahmequote

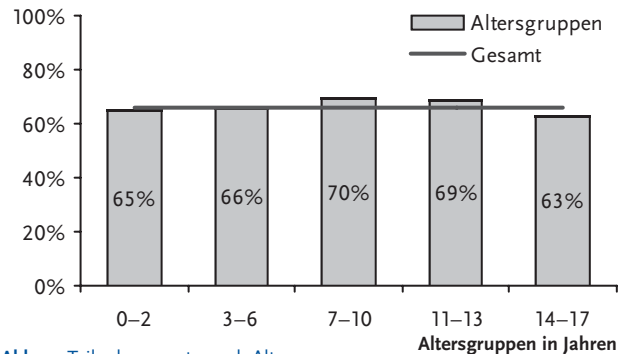


Abb. 1: Teilnahmequote nach Altersgruppen

Mitteilung aus der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. Anfragen zu KiGGS: KiGGS@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diagnosemonat: März 2006 (Stand v. 1.6.2006)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gem. § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

(Hinweise zu dieser Statistik s. Epid. Bull. 41/01: 311-314)

Land	Syphilis		HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.			
	März	Jan.-März	März	Jan.-März	2005	März	Jan.-März	2005	März	Jan.-März	2005	März	Jan.-März		
Baden-Württemberg	31	82	62	24	67	70	7	26	20	0	6	8	0	1	0
Bayern	26	90	76	37	85	75	7	24	38	2	11	7	0	0	0
Berlin	45	147	160	28	84	95	4	14	10	0	2	0	0	0	0
Brandenburg	4	11	15	5	10	6	0	3	3	0	1	1	0	0	0
Bremen	3	6	13	3	7	12	0	1	2	0	0	1	0	0	0
Hamburg	17	34	36	20	50	47	2	10	11	0	1	0	0	0	0
Hessen	28	86	73	24	55	49	3	13	6	0	2	2	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	5	15	11	3	9	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	12	36	36	21	45	22	2	10	5	0	2	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	60	196	180	50	146	140	1	20	30	2	6	14	0	1	1
Rheinland-Pfalz	6	18	29	3	11	25	1	4	6	0	0	1	0	0	0
Saarland	2	8	8	2	3	5	0	0	2	0	1	0	0	0	0
Sachsen	11	36	56	4	11	15	1	4	7	0	0	1	0	0	0
Sachsen-Anhalt	4	11	8	1	7	4	0	1	0	1	2	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	6	16	22	8	18	12	0	3	5	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	6	7	1	4	8	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Deutschland	263	798	792	234	613	589	28	135	147	5	34	36	0	2	3

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 31.5.2006 (19. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten															
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darrmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose			
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	
	2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	73	1.296	1.539	1	38	33	4	98	77	92	1.051	1.135	3	44	36	
Bayern	52	1.348	1.700	4	48	85	8	285	239	92	1.315	1.392	5	58	67	
Berlin	29	490	790	1	5	18	1	33	71	25	387	410	5	22	33	
Brandenburg	27	413	553	0	9	14	4	107	70	25	450	476	0	6	12	
Bremen	6	74	188	0	1	1	0	13	6	1	51	57	0	1	0	
Hamburg	18	402	597	1	6	7	1	10	6	13	162	185	1	13	10	
Hessen	33	748	905	0	4	4	3	49	41	53	629	818	0	14	24	
Mecklenburg-Vorpommern	22	392	420	0	1	1	6	134	98	18	296	231	0	4	1	
Niedersachsen	71	1.000	1.346	3	34	35	4	86	57	57	965	1.120	1	7	11	
Nordrhein-Westfalen	207	3.555	4.498	2	90	58	16	475	385	151	2.166	2.356	1	19	19	
Rheinland-Pfalz	28	667	819	0	9	20	4	91	86	47	743	805	0	6	9	
Saarland	10	242	267	0	3	2	0	12	12	9	147	166	0	1	1	
Sachsen	50	1.087	1.288	1	22	19	9	326	258	55	794	898	2	18	43	
Sachsen-Anhalt	19	402	444	1	11	12	13	200	228	42	579	572	0	6	11	
Schleswig-Holstein	37	494	636	1	18	19	5	30	45	18	237	370	0	1	9	
Thüringen	16	401	473	0	7	5	8	132	151	19	488	594	0	13	16	
Deutschland	698	13.011	16.463	15	306	333	86	2.081	1.830	717	10.460	11.585	18	233	302	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.			
	2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	1	30	33	4	47	52	20	508	441			
Bayern	4	59	57	1	36	60	34	563	720			
Berlin	3	37	37	3	20	27	12	338	349			
Brandenburg	0	7	9	0	5	1	1	34	37			
Bremen	0	6	7	0	1	4	1	7	11			
Hamburg	2	7	15	1	14	7	0	25	21			
Hessen	2	55	48	1	32	35	6	158	181			
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	5	0	4	9	2	39	31			
Niedersachsen	2	34	38	0	31	38	17	228	279			
Nordrhein-Westfalen	7	71	104	5	118	103	20	406	513			
Rheinland-Pfalz	2	28	23	0	24	38	10	168	240			
Saarland	0	4	3	0	5	5	0	18	16			
Sachsen	1	10	13	1	17	8	4	94	98			
Sachsen-Anhalt	1	6	6	1	6	28	3	68	87			
Schleswig-Holstein	0	12	19	0	13	9	3	102	95			
Thüringen	0	6	8	0	21	12	1	63	58			
Deutschland	25	379	425	17	394	436	134	2.819	3.177			

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,

Stand v. 31.5.2006 (19. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
8	86	118	78	3.885	3.249	115	3.646	2.111	16	227	224	1	29	21	Baden-Württemberg
12	183	188	83	2.975	3.105	186	6.059	4.294	7	192	358	1	19	9	Bayern
2	48	53	30	1.836	2.947	26	1.868	1.988	8	108	133	0	18	14	Berlin
3	56	79	19	1.657	3.340	45	3.646	3.100	0	17	35	0	9	15	Brandenburg
0	6	13	1	237	367	10	276	195	0	13	24	0	6	5	Bremen
2	23	40	26	1.926	877	15	1.232	839	3	31	52	1	3	2	Hamburg
4	86	77	29	1.105	2.088	52	2.051	1.635	5	75	90	0	3	6	Hessen
4	60	51	32	1.309	2.576	88	3.058	2.741	4	59	94	0	45	39	Mecklenburg-Vorpommern
11	155	176	39	3.037	4.177	133	4.474	2.482	2	68	108	4	28	23	Niedersachsen
10	245	297	205	5.505	7.783	256	8.484	5.618	19	232	322	4	32	36	Nordrhein-Westfalen
8	82	127	18	1.277	2.619	95	2.535	1.697	7	85	55	0	5	5	Rheinland-Pfalz
2	29	37	1	60	636	21	484	389	0	13	14	0	1	1	Saarland
7	202	259	43	4.254	5.790	222	7.627	7.185	2	68	180	3	29	63	Sachsen
3	114	117	30	1.590	1.655	60	3.260	4.048	1	36	76	0	9	14	Sachsen-Anhalt
2	65	67	37	891	897	31	1.091	759	0	24	24	0	2	3	Schleswig-Holstein
17	154	149	67	2.877	2.532	131	3.710	2.591	1	23	44	0	9	8	Thüringen
95	1.594	1.848	738	34.421	44.638	1.486	53.501	41.672	75	1.271	1.833	14	247	264	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
1	28	33	0	86	11	19	231	280	Baden-Württemberg	
1	53	50	3	46	98	16	267	376	Bayern	
0	12	12	7	18	9	7	128	136	Berlin	
1	9	10	1	3	2	2	37	68	Brandenburg	
0	3	2	0	1	1	5	35	24	Bremen	
0	3	6	1	10	2	3	72	59	Hamburg	
0	11	18	4	40	247	13	169	216	Hessen	
0	4	7	0	0	1	1	37	58	Mecklenburg-Vorpommern	
2	24	36	2	11	19	4	157	172	Niedersachsen	
3	87	82	79	1.191	16	20	508	555	Nordrhein-Westfalen	
0	9	11	2	27	13	0	65	114	Rheinland-Pfalz	
0	3	6	0	0	0	4	35	35	Saarland	
1	12	16	0	1	7	1	60	88	Sachsen	
1	13	7	0	1	1	7	45	71	Sachsen-Anhalt	
0	6	7	2	18	3	3	45	46	Schleswig-Holstein	
0	8	19	2	2	0	2	54	57	Thüringen	
10	285	322	103	1.455	430	107	1.945	2.355	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

Stand v. 31.5.2006 (19. Woche 2006)

Krankheit	19. Woche 2006	1.–19. Woche 2006	1.–19. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	11	154	48	138
Brucellose	0	9	10	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	27	88
Dengue-Fieber	2	57	36	144
FSME	0	2	11	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	11	26	79
Hantavirus-Erkrankung	0	16	128	448
Influenza	48	3.694	12.563	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	46	30	70
Legionellose	7	156	151	556
Leptospirose	0	13	10	58
Listeriose	8	159	141	510
Ornithose	1	14	6	33
Paratyphus	0	14	20	56
Q-Fieber	0	32	25	416
Trichinellose	0	18	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	2	29	42	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Masern-Ausbruch in NRW – Update (4)**

Der Masernausbruch in Nordrhein-Westfalen flaut langsam ab. Zwar ist die Anzahl der gemeldeten Erkrankungen in den letzten 3 Wochen von 1.106 auf 1.354 (Stand: 31.05.2006) gestiegen, die wöchentlichen Meldezahlen sind aber seit der 17. Woche (151 Fälle) um mehr als die Hälfte (70 Fälle in der 21. Woche) zurückgegangen. Dieser Rückgang ist vor allem auf die breite Anwendung antiepidemischer Maßnahmen (z. B. vermehrte Impfkampagnen, Ausschluss nicht immuner Personen von Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, vermehrte Information und Aufklärung), aber auch auf einen positiven Effekt der Osterferien (15./16. KW) zurückzuführen.

Rund 15% der Erkrankten (n=207) wurden stationär behandelt. Als schwerwiegende Masernkomplikationen wurden bisher 3 Masernenzephalitiden und ein Meningitisfall übermittelt.

Nach wie vor erkrankten vornehmlich Kinder im schulpflichtigen Alter. 60% (n=816) der gemeldeten Fälle sind zwischen 5 und 19 Jahre alt. Kinder im 1. und 2. Lebensjahr, die zum Teil ja noch unter dem in der Masern-Impfempfehlung der STIKO genannten Mindestalter liegen, stellen derzeit mit 93 bzw. 90 gemeldeten Fällen einen Anteil von 6,9 und 6,7%.

Weiterhin gilt, dass nur ein geringer Anteil der Erkrankten geimpft war.

Um die Masern in Nordrhein-Westfalen weiter einzudämmen, sollte beim Auftreten von Masernfällen in Schulen und anderen Einrichtungen der Immunstatus aller Personen überprüft werden und die postexpositionelle Immunisierung von Kontaktpersonen ohne Immunität gegen Masern innerhalb der ersten 3 Tage nach Exposition im Vordergrund stehen.

Ansprechpartner ist Herr Dr. Ulrich van Treeck, lögd NRW, Münster
(E-Mail: Ulrich.vanTreeck@loegd.nrw.de).

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 030 18.754-0
Fax: 030 18.754-26 28
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 030 18.754-23 24 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

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

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.94 87 81-3

Das Epidemiologische Bulletin

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

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

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von E 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit E 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** (Polling) unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „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