



Epidemiologisches Bulletin

8. April 2004 / Nr. 15

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Weltgesundheitstag 2004: Sicherheit im Straßenverkehr

Der Weltgesundheitstag der WHO am 7. April stellt in diesem Jahr unter dem Motto „Road safety is no accident“ die Sicherheit im Straßenverkehr in den Mittelpunkt. Verkehrsunfälle bedrohen Leben und Gesundheit weit mehr als viele wichtige Krankheiten! Bei einer zentralen Veranstaltung in Paris veröffentlicht die WHO zusammen mit der Weltbank einen Bericht mit aktuellen Statistiken und einer Analyse der Situation weltweit. Darin werden Risikofaktoren und Präventionskonzepte aufgezeigt. Das vielschichtige und bedeutsame Thema der Sicherheit im Straßenverkehr betrifft jeden Einzelnen, aber auch die für den Schutz der Gesundheit Verantwortlichen.

Zur Situation weltweit: Nach Angaben der WHO sterben weltweit etwa 1,2 Millionen Menschen pro Jahr im Straßenverkehr, weitere 50 Millionen werden zum Teil schwer verletzt. Schätzungen gehen davon aus, dass sich diese Zahlen bis zum Jahr 2020 um bis zu 60% erhöhen, wenn sich die gegenwärtigen Trends fortsetzen und die weltweite Mobilität und Verkehrsdichte zunehmen. Mehr als die Hälfte der Toten im Straßenverkehr sind zwischen 15 und 44 Jahren alt. Auch wenn der Großteil der Verkehrsunfälle (ca. 90%) in den sog. Entwicklungsländern auftritt, sind sie dennoch in den westlichen Industriestaaten, darunter Deutschland, ebenfalls von großer Bedeutung.

Zur Situation in Europa: Verkehrsunfälle fordern in der WHO-Region Europa jedes Jahr ungefähr 127.000 Menschenleben, hinzu kommen über 2,5 Millionen Verletzte. Unter den 5- bis 29-Jährigen sind sie die häufigste Todesursache (s. a. www.euro.who.int). Laut Angaben des Europäischen Roten Kreuzes werden in den Ländern der Europäischen Union (EU) und den EU-Beitrittsländern jährlich über 52.000 Personen im Straßenverkehr getötet und 2 Millionen verletzt (s. a. www.1-leben.info/de). Auch in der EU sind bei den unter 45-Jährigen Autounfälle die häufigste Todesursache. Dabei sind 57% der Betroffenen Autofahrer bzw. -insassen, 15% Motorradfahrer, 15% Fußgänger, 5% Radfahrer und weitere 6% werden als „andere“ ausgewiesen.

Zur Situation in Deutschland: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ereigneten sich im Jahr 2003 in Deutschland 354.440 Verkehrsunfälle mit Personenschaden (www.destatis.de); 6.618 Personen wurden getötet und 462.052 verletzt. Die Zahl der Verkehrstoten war damit die niedrigste seit Einführung der Statistik der Straßenverkehrsunfälle 1953. Dies ist in erster Linie dem technischen Fortschritt zu verdanken. Für einige Gruppen der Bevölkerung nahm die Inzidenz in den vergangenen 3 Jahren jedoch nicht eindeutig ab. Das sind die Altersgruppe der unter 15-Jährigen, der zwischen 15- bis 18-Jährigen und der über 65-Jährigen. Am stärksten gefährdet sind Verkehrsteilnehmer zwischen 18 und 24 Jahren, aber auch Kinder und Jugendliche. Unter den Verkehrstoten waren 209 Kinder und Jugendliche im Alter bis 14 Jahre, unter den Verletzten 40.000! In Deutschland stehen Transportmittelunfälle zusammen mit Ertrinkungsunfällen auf dem ersten Platz der Todesursachen im Kleinkindalter. Im Schulalter sind Transportmittelunfälle alleiniger Spitzenreiter, hierbei spielen insbesondere ab dem 10. Lebensjahr Fahrradunfälle eine bedeutende Rolle.

Diese Woche

15/2004

Sicherheit im Straßenverkehr:

- ▶ Weltgesundheitstag:
Zu Straßenverkehrsunfällen und deren Prävention
- ▶ Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey

Infektionsschutzgesetz:

- ▶ RKI-Studie zum Umgang der Laboratorien mit dem Meldewesen
- ▶ Überprüfung der Daten zur Todesursache

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

KiGGS – Zur Messung sozialer Ungleichheit

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Januar 2003 (Stand: 1. April 2004)
- ▶ Aktuelle Statistik 12. Woche 2004 (Stand: 7. April 2004)

Influenza:

- ▶ Hinweise zur aktuellen Situation in Deutschland
- ▶ Zum Ausbruch aviärer Influenza-A (H7) in Kanada



Allgemein wichtige **Risikofaktoren** sind Alkohol und andere Drogen am Steuer, überhöhte Geschwindigkeit, schlechte Straßenplanung, unsichere Fahrzeuge, Missachtung der Sicherheitsvorschriften, wie z. B. Sicherheitsgurte, Kindersitze und Helme, unzureichende Sichtbarkeit von verletzlichen Straßennutzern, junge Fahranfänger mit wenig Fahrpraxis. Diese verdeutlicht, dass Unfälle und Verletzungen im Straßenverkehr nicht unvermeidbar und ausschließlich auf das Konto des einzelnen Verkehrsteilnehmers zurückzuführen sind. Viele Unfälle können mit Hilfe präventiver Maßnahmen verhindert werden. Die sich ergebenden Ansatzpunkte für eine Prävention sollten maximal genutzt werden.

Im Rahmen der aktuellen WHO-Kampagne wird beispielhaft auf fünf Faktoren hingewiesen (s. nebenstehender Kasten), deren Bedeutung zwar bekannt und zum Teil auch in gesetzlichen Vorschriften berücksichtigt ist, die aber noch immer nicht die erforderliche Beachtung finden. Das Europäische Rote Kreuz führt seit April 2003 die Kampagne „Du hast nur ein Leben ... Pass darauf auf!“ durch, die insbesondere auf die Sicherheit von Kindern und Jugendlichen im Straßenverkehr abzielt. Am Weltgesundheitstag werden in Berlin Ergebnisse zum bisherigen Verlauf der europaweiten Kampagne vorgestellt.

- ▶ **Angemessene Geschwindigkeit:** Mindestens 30% der Unfälle sind auf überhöhte Geschwindigkeit zurückzuführen. Schon 1 km/h mehr bedeutet eine 5%ige Steigerung des Risikos für einen Unfall mit Todesfolgen. Geschwindigkeitsbegrenzung schafft hier Abhilfe, denn Fußgänger sind achtmal mehr gefährdet, von einem Auto getötet zu werden, das 50 km/h fährt, als von einem mit 30 km/h.
- ▶ **Kein Alkohol- und Drogenkonsum am Steuer:** Jeglicher Konsum von Alkohol und Drogen in noch so kleinen Mengen erhöht das Unfallrisiko. Entsprechende Gesetze und strikte Sanktionen bei Verstößen sind neben der öffentlichen Aufklärung und Sensibilisierung die wirksamsten Präventivmaßnahmen.
- ▶ **Sicherheit im Auto:** Die größtmögliche Sicherheit ist dann gewährleistet, wenn alle Insassen mit Sicherheitsgurten und Kinder in ihrem Alter entsprechenden Kindersitzen angeschnallt sind. Die Einführung der Gurtpflicht ist eine der erfolgreichsten Präventionsmaßnahmen. Ein angelegter Sicherheitsgurt verringert das Risiko einer tödlichen oder schweren Verletzung um bis zu 65%. Kindersitze reduzieren das Todesrisiko für Säuglinge z. B. um 71%.
- ▶ **Schutzhelme für Zweiradfahrer:** Für die schlecht geschützten Zweiradfahrer ist ein Helm unbedingt nötig. Bei schulpflichtigen Kindern über 10 Jahre ist der Fahrradunfall eine häufige Ursache für Verletzungen (s. o.). Schädeltraumata sind bei motorisierten Zweiradfahrern die Hauptursache für Behinderungen und Todesfälle.
- ▶ **Gute Sichtbarkeit:** Straßenverkehrsteilnehmer müssen gut sichtbar sein. Dazu gehören die Reflektoren an Fahrzeugen und auf der Kleidung, Licht an Fahrzeugen auch tagsüber und eine gute Straßenbeleuchtung. Auch das Tragen heller Kleidung besonders in der Dämmerung ist hilfreich.

Ausgewählte Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zu Unfällen im Straßenverkehr und auf Gehwegen

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 enthält unter anderem Unfalldaten einer weitgehend repräsentativen Stichprobe der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung in Deutschland. Insgesamt haben 7.124 Teilnehmer dieser Studie Angaben zu Unfällen gemacht, die ihnen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung zugestoßen waren. Konkret wurden sie befragt, ob sie innerhalb der letzten 12 Monate eine Verletzung oder Vergiftung, die ärztlich versorgt werden musste, erlitten hatten. Wurde die Frage nach einer Verletzung bejaht, waren unter den dann erfragten Unfallorten die Möglichkeiten „Auf der Straße“ und „Auf dem Gehweg“ zu finden.

Bei der **Auswertung der Angabe „Auf der Straße“** fanden sich statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede: 11,0% der verunglückten Männer (das entspricht 1,6% der befragten Männer) haben sich ihre Verletzungen durch einen Unfall „Auf der Straße“ zugezogen und 21,1% der verunglückten Frauen (1,9% der Frauen). Eine altersabhängige Entwicklung ließ sich nur bei den Männern zeigen. Unfälle „Auf der Straße“ betreffen in erster Linie sehr junge Männer bis zum 30. Lebensjahr, was möglicherweise auf ein verstärktes Risikoverhalten zurückzuführen sein könnte. – Ein Vergleich der Unfallhäufigkeit „Auf der Straße“ ließ sich mit einer ähnlichen Befragung aus den Jahren 1991/92

durchführen, die allerdings nur die Bevölkerung der neuen Bundesländer umfasste. Unfälle „Auf der Straße“ haben demnach zwischen 1991/92 und 1998 in den neuen Bundesländern von 25,7% aller unfallbedingten Verletzungen auf 14,5% drastisch abgenommen. Diese Abnahme betraf beide Geschlechter in gleichem Ausmaß.

Auch bei der **Auswertung der Unfälle „Auf dem Gehweg“** zeigten sich wiederum statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede: 3,3% der verunglückten Männer (das entspricht 0,5% der befragten Männer) haben sich ihre Verletzungen durch einen Unfall „Auf dem Gehweg“ zugezogen und 10,6% der verunglückten Frauen (1,0% der befragten Frauen).

Während Unfälle „Auf der Straße“ mehr jüngere Menschen betreffen, sind Unfälle „Auf dem Gehweg“ mit einem höheren Lebensalter assoziiert. Ab einem Alter von 60 Jahren nimmt das Risiko sprunghaft zu, um dann zwischen 70 und 79 Jahren mit 25% aller Unfälle, d. h. auch der häuslichen und Freizeitunfälle, ein Maximum zu erreichen.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. **Ansprechpartnerin:** Frau Dr. Ute Langen (LangenU@rki.de).

Erhebung unter deutschen Laboratorien:

Umsetzung der gesetzlichen Meldepflicht für Erregernachweise – Erhebung in Laboratorien

Mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 wurde das deutsche Meldewesen für übertragbare Krankheiten (§6) und diagnostische Erregernachweise (§7) neu geordnet und systematisiert. Gleichzeitig ergänzten bzw. ersetzten im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) elektronische Datenübermittlungssysteme wie das vom Robert Koch-Institut (RKI) entwickelte SurvNet@RKI ältere, langsamere und fehleranfälliger Informationsträger und erhöhten so Zeitnähe und Qualität der Surveillancedaten.

Nachdem im Jahr 2002 niedergelassene Ärzte repräsentativ zu ihren Erfahrungen bei der Umsetzung der durch das IfSG verfügten Meldepflicht befragt worden waren (s. *Epid. Bull.* 34/03), sollten 2003 ihre Laborkollegen entsprechend zu Wort kommen. Ziel der vom RKI durchgeführten Querschnittserhebung war die Erforschung von

Meldeverhalten, Softwarenutzung, bevorzugter Art der Rückmeldung der Daten und meldetechnischem Änderungsbedarf erregediagnostisch tätiger medizinischer Laboratorien.

Zur Methodik

Da eine Vollerhebung angestrebt wurde, galt es im Vorfeld, die einschlägigen deutschen Laboratorien möglichst vollständig zu erfassen. Dabei half neben der vorbestehenden Adressdatenbank des RKI auch eine schon zu einem früheren Zeitpunkt vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt erstellte Liste. Allen auf diese Weise ermittelten Laboratorien wurde per Post ein standardisierter, vorgetesteter Fragebogen zugesandt, der Krankenhausanbindung, Einzugsgebiet, diagnostisches Erregerspektrum, Einsatz von Laborverwaltungssoftware, Meldegewohnheiten und -präferenzen für die Zukunft sowie bevorzugte Rückmeldungsformate erhob. Die Befragung war grundsätzlich anonym, bot jedoch Laboratorien die Möglichkeit, nach Angabe ihrer Adresse in den Verteiler für die RKI-Rundbriefe aufgenommen oder aus der Adressdatenbank gestrichen zu werden. – Die ausgefüllten Fragebögen wurden am RKI maschinell in eine Access-Datenbank eingelesen und mit EpiInfo 2002 ausgewertet.

	n	%
HIV	381	85,8
<i>Treponema pallidum</i>	331	74,5
<i>Plasmodium sp.</i>	293	66,0
<i>Toxoplasma gondii</i>	250	56,3
Rubellavirus	243	54,7
Masernvirus	192	43,2
<i>Echinococcus sp.</i>	142	32,0
Enterovirus	136	30,6

Tab. 1: Anteil der Laboratorien, die ausgewählte Erregernachweise durchführen (n=444; Mehrfachantworten möglich), RKI-Studie 2003

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1.617 Fragebögen verschickt. Nach Abzug der unzustellbaren oder aus anderen Gründen unbearbeitet rückläufigen Sendungen verblieben 1.556 Fragebögen, die ihren Adressaten erreichten. Davon wurden 853 (54,8%) ausgefüllt zurückgeschickt. 537 (63,0%) dieser Teilnehmer gaben an, direkte oder indirekte Erregernachweise an medizinischem Untersuchungsgut durchzuführen. Sie bildeten die eigentliche Studienpopulation und verteilten sich zu jeweils knapp einem Drittel auf private Laboratorien, Laboratorien an Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Laboratorien an sonstigen Krankenhäusern. Laboratorien des ÖGD u. a. Träger spielten nur eine untergeordnete Rolle.

Angaben zum **Einzugsgebiet** lagen für 523 Laboratorien vor: 349 (66,7%) versorgen allein ihre Stadt bzw. umliegende Städte und Ortschaften, 130 (24,8%) ihr Bundesland bzw. mehrere Bundesländer, 44 (8,7%) erhalten Aufträge aus dem gesamten Bundesgebiet und dem Ausland. **Direkte oder indirekte Erregernachweise, für die nach §7 Abs. 3 IfSG eine nichtnamentliche Meldepflicht besteht**, führen 459 Laboratorien (85,5%) durch. Die auf die einzelnen Erreger entfallenden Anteile sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Mittels maschinell erstellter Ausdrucke melden 195 (38,7%) von 505 Laboratorien dem Gesundheitsamt Erregernachweise; 227 (45,0%) melden nach wie vor handschriftlich auf Bögen des Gesundheitsamtes (s. Tab. 2). 337 (65,7%) von 513 Laboratorien versenden ihre Meldungen per Fax, 235 (45,8%) per Post (Mehrfachantworten möglich). 446 (88,8%) von 502 Laboratorien tun dies innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen 24 Stunden nach Diagnose. Den durch die Meldepflicht erforderlichen **zeitlichen Mehraufwand** veranschlagten 399 (76,7%) von 520 Laboratorien mit nicht mehr als einer Arbeitsstunde pro Woche. 98 Laboratorien (18,8%) gaben hier „bis zu einer Stunde täglich“ an, 23 (4,4%) „mehr als eine Stunde täglich“.

Bei 358 Studienteilnehmern (66,7%) kommt mikrobiologische bzw. virologische **Laborverwaltungssoftware** zum

	EM für Erreger nach §7(3) IfSG		EM für übrige Erreger		Rückmeldung zur örtl. Epidemiol.	
	n	%	n	%	n	%
dringend nötig	28	6,2	43	9,2	110	21,6
begrüßenswert	276	60,9	301	64,6	375	73,7
keine Meinung	45	9,9	29	6,2	13	2,6
nicht nötig	72	15,9	66	14,2	9	1,8
problematisch	32	7,1	27	5,8	2	0,4
gesamt	453	100,0	466	100,0	509	100,0

Tab. 3: Einstellung zu elektronischen Meldeformaten (EM) u. zur Rückmeldung d. örtlichen Epidemiologie meldepflichtiger Krankheiten, RKI-Studie 2003

	n	%
manuell ausgefüllter Bogen des GA	227	45,0
maschineller Ausdruck gemäß RKI-Vorgabe	103	20,4
selbst erstellter maschineller Ausdruck	98	19,4
modifizierter Ausdruck des Laborbefundes	51	10,1
anderes manuell erstelltes/ausgefülltes Formular	33	6,5
unveränderter Ausdruck des Laborbefundes	27	5,3
keine Meldungen	9	1,8

Tab. 2: Art der von den Laboratorien an die Gesundheitsämter versandten Meldungen (n=505; Mehrfachantworten), RKI-Studie 2003

Einsatz. Es wurden insgesamt 62 kommerzielle Produkte genannt, von denen in dieser Untersuchung jedoch keines einen Marktanteil über 14% aufweist. 145 (39,2%) der Softwarenutzer werden durch ihre Programme automatisch darauf aufmerksam gemacht, wenn ein Erregernachweis unter die gesetzliche Meldepflicht fällt. Bei Einführung einer elektronischen Meldung würden 181 (45,5%) von 398 Laboratorien die manuelle Eingabe in eine Internetmaske und 217 (54,5%) eine automatisierte Datenextraktion mit manuell eingeleiteter elektronischer Meldung bevorzugen.

Die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Laboratorien hielt die Einführung elektronischer Meldeformate sowie die **Rückmeldung durch das Gesundheitsamt** zur örtlichen Epidemiologie meldepflichtiger Krankheiten für dringend nötig oder begrüßenswert (s. Tab. 3). Die Druckversion des *Epidemiologischen Bulletins* erwies sich als die beliebteste Form der Rückmeldung infektionsepidemiologischer Statistiken und Informationen durch das RKI, gefolgt vom Wunsch nach einem E-Mail-Rundbrief und der jährlichen Zusendung des *Jahrbuchs* sowie der Internet-Version des *Epidemiologischen Bulletins* (s. Tab. 4).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Fast 90% der an dieser Untersuchung teilnehmenden Laboratorien gaben an, ihre gesetzliche Meldepflicht innerhalb der vorgeschriebenen 24-Stundenfrist zu erfüllen. Auch wenn es sich hier um eine Selbstauskunft handelt, deutet dies auf eine hohe Bereitschaft hin, an einer zeitnahen Surveillance übertragbarer Erkrankungen in Deutschland mitzuwirken. Der dafür erforderliche Mehraufwand wird von über 75% der Laboratorien mit nicht mehr als einer Arbeitsstunde pro Woche beziffert, stellt also insgesamt keine erhebliche zusätzliche Belastung dar.

Über 66% der Teilnehmer bevorzugten die Einführung elektronischer Meldungen an das Gesundheitsamt anstelle des gegenwärtig vorherrschenden Fax- und Postversandes. Elektronische Meldungen böten den Vorteil eines geringeren

	n	%
Papierausgabe des <i>Epidemiologischen Bulletins</i>	250	49,0
E-Mail-Rundbrief	137	26,9
jährliche Zusendung des <i>Jahrbuchs</i>	132	25,9
Internetausgabe des <i>Epidemiologischen Bulletins</i>	118	23,1
spezielle Internet-Webseite	67	13,1
Fax-Rundbrief	24	4,7
grundsätzlich kein Interesse	3	0,6

Tab. 4: Bevorzugte Formen der Rückmeldung infektionsepidemiologischer Statistiken (Mehrfachantworten möglich), RKI-Studie 2003

Aufwandes für Laboratorien durch beschleunigte Abläufe. Gesundheitsämter sähen sich durch den Wegfall der Dateneingabe und eine verbesserte Datenqualität entlastet. Einer raschen flächendeckenden Umstellung auf elektronische Meldeformate steht allerdings entgegen, dass 33 % der Teilnehmer über keine Laborverwaltungssoftware verfügen und damit bis auf weiteres auf für jeden Einzelfall auszufüllende Papierformulare angewiesen bleiben. In den übrigen Laboratorien kommen mehr als 60 kommerzielle Softwareprodukte oder Eigenentwicklungen zum Einsatz. Jeder Versuch eines einheitlichen Vorgehens stieße mithin schnell an die Grenzen dieses stark aufgesplitteten Marktes. Andererseits müssen elektronische Labormeldungen nicht zwingend flächendeckend und produktübergreifend zeitgleich eingeführt werden. Kooperationen des RKI mit den Herstellern einiger der verbreiteteren Softwareprodukte, etwa im Rahmen wissenschaftlich begleiteter Modellversuche, wären möglicherweise geeignet, elektronische Meldeformate in der Praxis zu testen und diese im Erfolgsfall auch für andere Hersteller attraktiv zu machen.

Im Rahmen der Initiative Bund-Online-2005 arbeitet das RKI an einem Projekt, um die elektronische Meldung von den Laboratorien an die Gesundheitsämter bzw. das RKI konzeptionell vorzubereiten. Als Teil dieses Projektes müssen u. a. folgende Probleme gelöst werden: Verschlüsselung der Meldungen (namentliche Meldung an die Gesundheits-

ämter); Authentifizierung des Absenders; Information des Meldenden über eine abgesetzte Meldung (Quittung). Für die noch laufenden Arbeiten an diesem Projekt ist als Ziel festgelegt, ein offenes Protokoll für die Meldung zu definieren, mit dessen Hilfe interessierten Laboratorien bzw. Gesundheitsämter ein Umstieg auf eine elektronische Meldung ermöglicht werden kann.

Dies war die erste Erhebung unter deutschen Laboratorien zu praktischen Fragen des IfSG. Trotz der guten Rücklaufquote lässt sich angesichts fehlender Daten zur Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Laboratorien und nicht erhobener Nonresponder-Informationen keine genaue Aussage zur Repräsentativität der Untersuchung treffen. Es steht zu vermuten, dass am infektionsepidemiologischen Meldewesen interessiertere und womöglich auch aktiver partizipierende Laboratorien mit höherer Wahrscheinlichkeit an dieser Umfrage teilgenommen haben als Laboratorien, für die die gesetzliche Erregermeldepflicht von nachrangiger Bedeutung ist. Dies hätte eine Überschätzung der tatsächlichen Meldecompliance und Begeisterung für elektronische Meldeformate zur Folge. Die beobachtete Softwareproduktvielfalt wäre bei Teilnahme sämtlicher Laboratorien vermutlich noch ausgeprägter ausgefallen.

Bericht aus dem Fachgebiet Surveillance der Abteilung für Infektions-epidemiologie des RKI. **Ansprechpartner:** Herr Dr. Justus Benzler (E-Mail: BenzlerJ@RKI.de).

IfSG-Melddaten: Zur Validität der Angaben zur Todesursache

Die Qualität eines Überwachungssystems (Surveillance-Systems) hat Auswirkungen auf die Interpretation der hierdurch generierten Daten und seine Eignung für die Prävention von Infektionskrankheiten. Das RKI evaluiert die Qualität des neuen Systems seit seiner Einführung am 01.01.2001 mit dem Ziel, dieses kontinuierlich zu verbessern. Im Folgenden werden Ergebnisse einer Auswertung zur Validität der Daten zu Todesursachen im IfSG Meldewesen mitgeteilt, die Anfang des Jahres 2004 durchgeführt wurde und sich auf die Daten des letzten Quartals 2003 bezieht.

Für jeden an das RKI übermittelten Fall wird auch erfasst, ob der Patient an der betreffenden meldepflichtigen Erkrankung verstorben ist. Bislang wurden diese Angaben nur für wenige Krankheiten veröffentlicht. Um zu entscheiden, ob künftig Auswertungen über den Anteil verstorbener Fälle veröffentlicht werden sollten, wurden alle als verstorben übermittelten Fälle des letzten Quartals des Jahres 2003 einer Qualitätskontrolle unterzogen. Hierzu wurden die Gesundheitsämter gebeten, in einem standardisierten Fragebogen anzugeben, ob die betroffenen Personen verstorben sind, und wenn ja, ob die gemeldete Krankheit zum Tod geführt oder beigetragen hat. Zusätzlich wurde erfragt, aufgrund welcher Informationsquellen diese Zuordnung erfolgte.

Insgesamt waren 188 Fälle aus dem IV. Quartal 2003 mit der Angabe übermittelt worden, dass sie verstorben seien. Bis zum 28.02.2004 erhielt das RKI zu 133 (70 %) dieser Fälle ausgefüllte Befragungsbögen der Gesundheitsämter zurück. In 76 Fällen (57 %) wurde im Rahmen der Überprüfung angegeben, dass die Krankheit zum Tod beigetragen hat; weitere 38 Fälle (29 %) waren zwar verstorben, aber die übermittelte Krankheit hatte nicht zum Tod beigetragen. Nach Kenntnis des Gesundheitsamtes waren 19 Fälle (14 %) nicht verstorben. Dieses Verhältnis fällt abhängig von der Meldekategorie (Krankheit) und dem übermittelnden Bundesland unterschiedlich aus. Unter den Bundesländern mit 10 und mehr überprüften Fällen reicht der Anteil der Fälle, die nicht verstorben sind, obgleich sie ursprünglich als solche übermittelt wurden, von 0 bis 40 %. Bei 8 von 10 als verstorben übermittelten Personen mit *Campylobacter*-Enteritiden stellte sich heraus, dass sie nicht verstorben waren; dagegen waren alle 10 entsprechend übermittelten Fälle invasiver Meningokokken-Erkrankungen tatsächlich verstorben. Zwei (13 %) von 15 als verstorben übermittelten Fällen von Salmonellose und 3 (5 %) von 64 entsprechenden Fällen von Tuberkulose waren gemäß der Überprüfung nicht verstorben. Bezüglich der vom Gesundheitsamt verwendeten Software waren dabei keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

Die Einschätzung, dass die übermittelte Krankheit zum Tod beigetragen hatte, erfolgte für 50 (67 %) der 75 betroffenen Fälle aufgrund von Angaben im Leichenschauchein, für 25 (33 %) aufgrund entsprechender schriftlicher oder mündlicher Aussagen des behandelnden Arztes. (Zu einem weiteren Fall gab es keine Information.) Von den 50 Fällen, in denen die Einstufung auf Angaben aus dem Leichenschauchein beruhte, wurde bei 39 (78 %) die Krankheit dort als unmittelbar zum Tod führend oder als vorausgegangene Ursache beurteilt (Leichenschauchein Teil I), während sie bei 9 (18 %) als anderer wesentlicher Beitrag zum Tod galt (Leichenschauchein Teil II). Bei den weiteren 2 Fällen wurde widersprüchlich angegeben, dass die Krankheit nicht im Leichenschauchein genannt wurde.

Die hier dargestellte Auswertung zeigt zum einen, dass die Angaben zu Todesfällen und zur Todesursache noch mit zahlreichen Fehlern behaftet sind, denn gemäß den Vorgaben hätten nur Fälle als verstorben übermittelt werden dürfen, die aufgrund der zu übermittelnden Krankheit verstorben waren. Dass immerhin 14 % der Fälle gar nicht verstorben waren, ist ein deutlicher Hinweis, dass die Datenqualität in diesem wichtigen Feld nicht ausreicht, um die übermittelten Angaben zum jetzigen Zeitpunkt zu veröffentlichen. Dabei ist auch zu bedenken, dass die Rücklaufquote dieser Überprüfung bei 70 % lag und dass die Fehlerquote hier möglicherweise niedriger ausfiel als bei den Fällen, für die kein Fragebogen zurückgesandt wurde. – Aufgrund dieser Ergebnisse wird vorerst weiterhin darauf verzichtet, Angaben zur Mortalität aus den übermittelten Daten zu veröffentlichen. Eine Ausnahme bilden die Tuberkulose – hier war die Zuverlässigkeit der Angaben nachweisbar hoch – sowie Krankheiten, bei denen im Rahmen der Einzelfallkontrolle die Validität der Angaben fortlaufend überprüft wird. Als weitere Konsequenz der vorliegenden Auswertung hat das RKI das Auswahlmenü des betroffenen Feldes in der Übermittlungssoftware verändert, um Fehleinträge vermeiden zu helfen. Gesundheitsämter sollten bei der Dateneingabe Wert auf zutreffende Angaben legen, damit diese epidemiologisch wichtigen Daten verlässlicher ausgewertet werden können. – Die Erkenntnisse dieser Auswertung bestärken das RKI in dem Vorhaben, auch künftig themenorientierte Qualitätsüberprüfungen durchzuführen, um die Datenqualität weiter zu verbessern. Weiterführende Auswertungen zur Datenqualität finden sich im *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch 2003 des RKI* (derzeit im Druck).

Bericht aus dem FG Surveillance der Abt. für Infektionsepidemiologie. **Ansprechpartner:** Dr. Gérard Krause (E-Mail: KrauseG@rki.de). – Wir danken den Gesundheitsämtern für ihre Beteiligung an der Untersuchung.

Aktuelles zum Kinder- und Jugendsurvey des RKI (KiGGS): Zur Messung sozialer Ungleichheit



Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) wird umfassende Daten zur gesundheitlichen Situation der heranwachsenden Generation in Deutschland bereitstellen und damit eine zuverlässige Grundlage sowohl für epidemiologische Forschungen als auch für die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik schaffen (s. a. *Epid. Bull.* 14/03 und 29/03). In KiGGS werden zudem Informationen erhoben zur

- ▶ Einkommenssituation des Haushaltes
- ▶ Konstellation der Familie
- ▶ Wohnsituation
- ▶ Situation in der Kindertagesstätte oder Schule sowie
- ▶ Freizeitgestaltung

So lässt sich die Gesundheit der Heranwachsenden im Kontext ihrer Lebenslage betrachten, es können Aussagen über die soziale Ungleichheit in Bezug auf Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken getroffen werden.¹ Bisherige Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Familien mehr als andere von akuten und chronischen Erkrankungen, psychosomatischen Beschwerden, Behinderungen und Unfallverletzungen betroffen sind. Sie neigen eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensmustern, sind stärkeren Belastungen und Konflikten ausgesetzt und verfügen über geringere soziale und personale Ressourcen, um sie zu bewältigen. Außerdem werden sie von vielen präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen und Programmen schlechter erreicht.

Um gesundheitspolitisch relevante Problemlagen kenntlich zu machen, werden in KiGGS zwei einander ergänzende analytische Zugänge verfolgt, die bereits bei der Konzeption der Erhebungsinstrumente berücksichtigt wurden. Der erste Zugang erschließt sich über die **soziale Schichtzugehörigkeit des Haushaltes**, die anhand von Angaben der Eltern zu ihrem Bildungsniveau, ihrer beruflichen Stellung und dem Haushaltsnettoeinkommen ermittelt wird. Für die Einordnung dieser Merkmale wurden die Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) zugrunde gelegt. Um die Sozialschicht des Haushaltes mehrdimensional abzubilden, wird der Winkler-Index verwendet, der für den Bundes-Gesundheitsurvey 1998 entwickelt wurde und seitdem breite Anwendung in der epidemiologischen Forschung findet. Unterschieden werden drei soziale Schichten: untere, mittlere und obere

Schicht. Diese Unterscheidung vermittelt einen guten Eindruck über den sozialen Hintergrund von Kindern und Jugendlichen und erlaubt Analysen zu schichtspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand der heranwachsenden Generation. In Ergänzung und Erweiterung dieses Blickwinkels wird der **Lebenslagenansatz** verfolgt. Er zielt auf die Unter-versorgung in den zentralen Bereichen des Lebens und beschreibt insbesondere die Anhäufung von Versorgungsdefiziten als Ausdruck einer benachteiligten Lebenslage. In KiGGS werden unter diesem Gesichtspunkt die Lebensbedingungen und Teilhabechancen in den Bereichen Familie, Wohnen, Freizeit und Gleichaltrigengruppe sowie Kindergarten, Vorschule bzw. Schule betrachtet. Hier ist z. B. von Interesse, ob die Kinder und Jugendlichen mit beiden Eltern oder nur einem Elternteil zusammenleben, mit oder ohne Geschwister aufwachsen, ob sie ein eigenes Zimmer haben, wie ihre schulischen Leistungen sind, wie sie ihre Zukunftsperspektiven einschätzen, ob sie Freunde haben und welche Aktivitäten sie im Freundeskreis unternehmen. Durch eine Kombination dieser Merkmale lassen sich spezifische Lebenslagen und Muster der sozialen Teilhabe abbilden, die unter Berücksichtigung weiterer Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Migrantenstatus konkretisiert werden können. Durch Verknüpfung beider Zugänge lässt sich z. B. zeigen, inwieweit die ermittelten Lebenslagen schichtspezifisch geprägt sind oder auch unabhängig von der Schichtzugehörigkeit Bedeutung erlangen.

Sobald die KiGGS-Daten zur Verfügung stehen, sind Analysen geplant, die schicht- und lebenslagenspezifische Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken aufzeigen sollen. Nur so lässt sich die Planung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Interventionen unterstützen, die nicht allein auf allgemeine Verbesserungen der gesundheitlichen Situation, sondern auch auf eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit in der heranwachsenden Generation zielen.

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

¹ Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H: Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Das Gesundheitswesen* 2002; 64 (Sonderheft 1): S. 48–52

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **Januar 2004** (Stand v. 1.4.2004)

Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

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

Land	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.	Jan.	kum.	kum.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	15	15	27	14	14	30	12	12	14	2	2	2	0	0	0
Bayern	35	35	23	20	20	21	14	14	16	0	0	1	0	0	1
Berlin	43	43	62	25	25	20	9	9	11	1	1	0	0	0	0
Brandenburg	3	3	4	2	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	2	3	2	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Hamburg	15	15	19	8	8	12	10	10	9	0	0	0	0	0	0
Hessen	27	27	31	14	14	10	4	4	9	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	17	17	14	3	3	9	4	4	1	0	0	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	48	48	69	36	36	38	10	10	18	0	0	3	1	1	0
Rheinland-Pfalz	9	9	5	7	7	6	6	6	6	1	1	0	1	1	0
Saarland	2	2	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	18	18	7	3	3	4	1	1	3	0	0	1	0	0	1
Sachsen-Anhalt	6	6	1	3	3	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	4	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	2	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Deutschland	248	248	273	142	142	163	72	72	95	5	5	8	2	2	2

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.4.2004 (12. Woche)

Land	Darmkrankheiten														
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose		
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	60	650	711	1	16	18	5	45	59	41	782	702	3	24	18
Bayern	83	825	983	2	42	43	10	135	95	67	886	818	2	24	13
Berlin	22	234	312	0	7	1	0	29	45	23	393	419	3	12	18
Brandenburg	32	282	342	1	2	12	7	45	57	14	240	251	1	5	3
Bremen	5	39	53	0	0	7	0	5	8	11	71	79	0	2	3
Hamburg	12	174	145	0	7	11	1	7	4	12	276	251	4	9	12
Hessen	33	443	571	0	2	4	3	21	31	36	528	511	0	10	13
Mecklenburg-Vorpommern	19	225	256	0	2	3	5	60	85	23	204	202	0	3	2
Niedersachsen	74	726	721	0	18	25	3	31	44	54	689	557	0	7	6
Nordrhein-Westfalen	76	1.330	1.428	3	50	73	12	202	213	159	2.008	1.941	0	13	20
Rheinland-Pfalz	22	387	465	2	24	21	1	35	41	28	439	369	0	7	5
Saarland	4	72	79	0	0	0	1	8	7	5	123	132	0	1	0
Sachsen	30	505	640	1	5	13	18	133	198	36	566	693	0	5	15
Sachsen-Anhalt	38	378	503	0	1	2	8	126	113	16	261	238	0	5	4
Schleswig-Holstein	19	240	224	1	8	5	0	22	19	32	303	233	0	2	1
Thüringen	18	366	421	0	1	7	13	88	111	20	256	283	0	5	9
Deutschland	547	6.876	7.854	11	185	245	87	992	1.130	577	8.025	7.679	13	134	142

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
	2004		2003	2004		2003	2004		2003
Baden-Württemberg	5	45	48	0	25	25	27	277	223
Bayern	3	65	69	0	27	42	28	382	297
Berlin	1	22	18	1	20	16	25	220	88
Brandenburg	0	5	4	1	7	1	1	7	19
Bremen	0	6	2	0	2	3	0	10	4
Hamburg	1	7	6	1	11	2	1	15	11
Hessen	2	21	36	3	22	25	12	131	114
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	2	0	7	5	3	24	19
Niedersachsen	0	16	19	5	35	36	10	207	174
Nordrhein-Westfalen	9	103	83	8	94	75	43	459	191
Rheinland-Pfalz	0	17	22	1	17	21	5	97	67
Saarland	0	3	2	0	5	3	0	4	9
Sachsen	0	5	4	0	12	15	1	45	43
Sachsen-Anhalt	2	5	9	0	10	3	2	35	26
Schleswig-Holstein	0	3	19	0	7	11	5	45	41
Thüringen	0	9	17	0	6	1	1	27	19
Deutschland	24	337	360	20	307	284	164	1.985	1.345

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. 7.4.2004 (12. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
5	88	101	81	742	2.687	122	912	1.172	8	128	102	0	6	5	Baden-Württemberg
4	107	124	30	532	1.340	186	1.306	1.759	14	128	89	0	4	9	Bayern
0	44	39	41	633	940	92	740	1.099	2	68	36	0	6	8	Berlin
5	40	66	37	654	2.005	123	982	1.652	2	16	12	0	1	1	Brandenburg
3	8	4	15	233	334	11	30	200	1	7	2	0	3	3	Bremen
1	28	37	5	277	842	38	324	362	3	23	23	0	3	1	Hamburg
5	71	54	45	336	886	68	621	809	3	43	35	0	4	6	Hessen
1	43	49	87	585	1.023	168	762	1.387	4	42	16	0	6	7	Mecklenburg-Vorpommern
13	143	144	133	1.192	3.532	153	871	1.362	8	53	24	0	15	11	Niedersachsen
16	264	247	66	1.268	3.117	225	1.820	2.508	17	160	119	3	25	14	Nordrhein-Westfalen
3	74	73	138	1.096	2.048	101	748	1.157	1	38	21	1	6	1	Rheinland-Pfalz
0	27	23	2	39	286	6	60	252	0	12	4	0	1	0	Saarland
11	145	159	224	1.842	2.816	225	1.882	3.827	3	47	53	1	4	11	Sachsen
13	92	90	23	470	1.109	212	1.471	1.993	1	26	18	0	1	7	Sachsen-Anhalt
2	33	42	20	205	868	38	267	395	1	10	12	0	1	0	Schleswig-Holstein
9	98	102	106	616	993	225	1.267	1.606	1	10	5	0	1	2	Thüringen
91	1.305	1.354	1.053	10.720	24.826	1.993	14.063	21.540	69	811	571	5	87	86	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
4	16	29	0	4	12	13	156	199	Baden-Württemberg	
4	18	33	0	6	14	14	157	243	Bayern	
1	8	16	0	3	2	6	72	74	Berlin	
0	3	9	0	0	3	2	30	55	Brandenburg	
0	1	4	0	0	7	0	12	16	Bremen	
0	1	7	0	1	2	5	49	44	Hamburg	
1	16	12	1	1	10	13	126	162	Hessen	
0	9	11	0	0	1	2	31	33	Mecklenburg-Vorpommern	
2	11	22	1	4	193	6	118	145	Niedersachsen	
3	59	79	1	4	112	23	358	420	Nordrhein-Westfalen	
0	8	16	0	1	21	3	59	65	Rheinland-Pfalz	
0	2	8	0	0	0	4	22	27	Saarland	
0	10	15	0	0	1	2	29	65	Sachsen	
0	11	20	0	0	3	3	54	53	Sachsen-Anhalt	
1	3	8	0	3	14	3	46	49	Schleswig-Holstein	
1	10	10	0	0	2	5	27	40	Thüringen	
17	186	299	3	27	397	104	1.346	1.690	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 eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.4.2004 (12. Woche)

Krankheit	12. Woche 2004	1.–12. Woche 2004	1.–12. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	59	100	14	397
Brucellose	0	5	5	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	18	13	76
Dengue-Fieber	2	32	25	131
FSME	0	1	1	277
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	4	14	82
Hantavirus-Erkrankung	3	13	24	143
Influenza	185	3.102	6.900	8.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	13	22	77
Legionellose	5	64	73	395
Leptospirose	0	6	8	37
Listeriose	2	74	62	255
Ornithose	0	1	10	41
Paratyphus	1	13	13	72
Q-Fieber	9	53	11	386
Trichinellose	0	2	3	3
Tularämie	0	0	0	3
Typhus abdominalis	0	10	16	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**Hinweise zur aktuellen Influenza-Situation**

In **Deutschland** befindet sich in der 14. Kalenderwoche die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) in allen AGI-Regionen auf einem zum Ende der Saison üblichen Niveau. Der Praxisindex liegt in allen Regionen im Normbereich. – Die Positivenrate im NRZ beträgt 17%, die Anzahl der eingesandten Proben ist weiter rückläufig. Auf dem Meldeweg wurden lediglich 34 Influenzanachweise an das RKI übermittelt.

Zur Feintypisierung: Die Influenza-Saison 2003/2004 wurde dominiert von Influenza A(H3N2)-Viren. Der überwiegende Anteil war A/Fujian/411/2002-ähnlich (99% von über 400 Isolaten). Anfang des Jahres 2004 hatte die Verwendung eines ungeeigneten Antiserums im Hämagglutinationshemmtest (HHT) zum Überwiegen von A/Panama/2007/99-ähnlichen Typisierungsergebnissen geführt. Nach einem Abgleich mit dem *World Reference Centre*, London und einer Überprüfung unter Verwendung von neuen Antisera des Robert Koch-Instituts wurden diese Ergebnisse korrigiert. – Neben A(H3N2)-Viren wurden auch zwei Influenza A(H1N1)-Viren isoliert und im HHT als A/NewCaledonia/20/99-ähnlich eingestuft. Influenza B kam nur sporadisch vor. Es wurde ein Influenza B-Virus angezüchtet, das als B/Sichuan/379/99-ähnlich charakterisiert werden konnte.

Quelle: Wochenbericht der AGI (www.influenza.rki.de/AGI)

Da die Influenza Saison 2003/2004 fast beendet ist, werden wir an dieser Stelle erst zu Beginn der Saison 2004/2005 wieder regelmäßig über die Situation in Deutschland berichten. Ein abschließender Bericht zur aktuellen Saison wird demnächst im *Epid. Bull.* erscheinen.

Zum Ausbruch aviärer Influenza vom Typ A (H7) in Kanada (Stand: 5.4.04): Im Rahmen eines Geflügelpestausbruches in der kanadischen Provinz British Columbia berichtete die WHO über zwei laboridiagnostisch gesicherte Fälle von menschlichen Infektionen mit aviären Influenzaviren vom Typ A (H7). Die Patienten wurden umgehend mit dem Virostatikum Oseltamivir behandelt, die insgesamt milden klinischen Erkrankungssymptome waren in beiden Fällen vollständig rückläufig. Die Ergebnisse der Untersuchungen weiterer Mitarbeiter von Geflügel-farmen oder von mit der Tötung infizierter Tiere befasster Personen sind bisher alle negativ. Es gibt derzeit keine Hinweise auf eine Mensch zu Mensch Übertragung. Im Hinblick auf die beschriebene Situation liegt aktuell die Pandemiephase 0 Bereitschaftsstufe 2 nach WHO vor.

Quelle: www.who.int

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.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.de

Sylvia Fehrmann
Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service
Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3

Das Epidemiologische Bulletin

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

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

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter:
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Druck

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

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