



Epidemiologisches Bulletin

7. April 2006 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weltgesundheitsstag 2006: Gesundheitsberufe im Fokus

Seit der Gründung der WHO am 7. April 1948 wird in jedem Jahr an diesem Tag der Weltgesundheitsstag begangen. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit traditionell auf einen wichtigen und aktuellen Aspekt der öffentlichen Gesundheit. In den vergangenen Jahren wurde dies beispielsweise durch folgende Mottos repräsentiert: „Mutter und Kind – Gesundheit von Anfang an!“ (2005), „Sicher fahren – gesund ankommen“ (2004). Das aktuelle Motto für das Jahr 2006 stellt die Mitarbeiter im Gesundheitswesen und ihre Situation in den Mittelpunkt: **„Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe“**. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten nehmen vielfältige Aufgaben im Bereich der Förderung und Erhaltung der Gesundheit des Einzelnen und der Allgemeinheit wahr, so dass ihre Situation einen großen Einfluss darauf hat. Obwohl auch in Industrienationen Schwierigkeiten zu bewältigen sind, sieht die WHO den Schwerpunkt ihrer Arbeit in Entwicklungsländern, wo vielfach die Ressourcen für die Aufrechterhaltung der Gesundheit knapp bemessen sind. Trotz weltweit mehr als 35 Millionen Beschäftigten in Gesundheitsberufen muss in den ärmsten Regionen der Welt ein Arzt oft mehrere 10.000 Patienten versorgen, wohingegen in den westlichen Industrienationen etwa ein Arzt für 300 Patienten zur Verfügung steht. Dieses Problem ärmerer Regionen wird dadurch verstärkt, dass in Nordamerika und Europa gut ausgebildetes Fachpersonal nach der Ausbildung oft nicht mehr in die Heimatländer zurückkehrt. Insbesondere ländlich strukturierte Gebiete sind so häufig medizinisch unterversorgt. Dieses Problem nimmt aber auch in Deutschland zu. Ländlichen Regionen mit geringer Arztdichte, vornehmlich im Osten Deutschlands, stehen Großstädte mit einer hohen Dichte von Spezialisten gegenüber. Auch die demographischen Veränderungen und die damit verbundenen Schwierigkeiten und Änderungen in den Anforderungen sind eine Herausforderung für das Gesundheitswesen.

Die zentrale Veranstaltung zum Weltgesundheitsstag 2006 in Deutschland findet am 6. April in Berlin statt. Im Hinblick auf den zunehmenden Anteil der älteren Bevölkerung (2005: 25% > 60 Jahre) werden besonders Fragen zum gesunden Altern erörtert. Die Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung, die eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind und auch in der Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) einen zentralen Platz einnehmen, spielen hierbei eine wichtige Rolle. Spezielle Versorgungsanforderungen erfordern verbesserte Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe und neue bzw. verstärkte Formen von Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Sektor, den Krankenkassen und dem ÖGD. Etwa 4,2 Millionen Menschen arbeiten in Deutschland im Gesundheitswesen, darunter 2,24 Millionen, die unmittelbaren Kontakt zu Patienten haben. Über besondere Probleme in diesem Bereich, die auf einigen Gebieten auch den ÖGD betreffen, wird durch die derzeitigen Proteste der Ärzteschaft fast täglich in den Medien berichtet. Neben den genannten Themenfeldern wird bei der offiziellen Veranstaltung zum Weltgesundheitsstag die Förderung und der Erhalt von Ressourcen im Sinne der Gesundheitsförderung für Beschäftigte in Gesundheitsberufen thematisiert, ein Aspekt, dem angesichts der aktuellen Situation eine besondere Bedeutung zukommt.

Diese Woche

14/2006

Weltgesundheitsstag 2006:

- ▶ Gesundheitsberufe im Fokus
- ▶ Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung – Eckdaten
- ▶ Beschäftigte im ÖGD

Typhus abdominalis:

Bericht zu einem Todesfall

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

Zur Erhebung des Vitamin-D-Status im Survey KiGGS

Veranstaltungshinweis:

56. Wissenschaftlicher Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte im ÖGD

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Januar 2006 (Stand: 1. April 2006)
- ▶ Aktuelle Statistik 11. Woche 2006 (Stand: 5. April 2006)

Masern:

Aktueller Ausbruch in NRW – Update



Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung – Eckdaten

Die nachfolgenden Eckdaten wurden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus verschiedenen Quellen zusammengetragen. Berücksichtigt wurden Angaben des Statistischen Bundesamtes sowie der offiziellen Vertretungen und Bundesverbände einzelner Berufsgruppen. Je nach Zeitpunkt der Erfassung beziehen sich die jeweiligen Angaben entweder auf das Jahr 2004 oder 2003.

Arztpraxen als Knotenpunkte der Gesundheitsversorgung

Im Jahr 2004 arbeiteten 133.400 **Ärzte** in der ambulanten Versorgung, darunter 117.900 Vertragsärzte, 7.500 privat tätige und 8.000 angestellte Ärzte. Die Zahl der ausschließlich privat abrechnenden Ärzte ist zwar recht gering, sie ist aber seit 2001 deutlich angestiegen (von 5.700 auf 7.500). Der Anteil der Ärztinnen im ambulanten Sektor beträgt 36,5 Prozent. Zwischen 1993 und 2004 stieg das Durchschnittsalter der Vertragsärzte von 46,6 auf 50,6 Jahre. Dementsprechend werden demnächst viele Ärzte in den Ruhestand treten.

Insgesamt waren 653.000 **nichtärztliche Beschäftigte** im Jahr 2003 in deutschen Arztpraxen tätig, wobei der Frauenanteil bei 79 Prozent lag. Die größte Gruppe der nichtärztlichen Beschäftigten sind die 276.000 Arzthelferinnen und 1.000 Arzthelfer. Darüber hinaus sind Krankenschwestern, medizinisch-technisches Personal sowie Angehörige sozialer und anderer Berufe in Arztpraxen beschäftigt.

Psychotherapeuten mit Kassenzulassung

Die Zahl **kassenärztlich zugelassener psychologischer Psychotherapeuten** ist seit 1999 mit dem Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes sprunghaft angestiegen. Im Jahr 2003 beteiligten sich 12.249 kassenärztlich zugelassene psychologische Psychotherapeuten (8.160 Frauen und 4.089 Männer) sowie 2.464 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (1.773 Frauen und 691 Männer) an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Zudem waren 2.290 **niedergelassene Ärztinnen** und 1.316 **Ärzte** ausschließlich psychotherapeutisch tätig. Weitere 6.581 niedergelassene Fachärzte waren teilweise psychotherapeutisch tätig.

Arbeitsplätze in Apotheken

Die Zahl der Arbeitsplätze in Apotheken nahm von 126.536 im Jahr 1992 auf 136.804 im Jahr 2004 zu. Nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände entfielen 65 Prozent dieser Arbeitsplätze im Jahr 2004 auf Apotheker.

Zahnärztliche Versorgung

Ende des Jahres 2003 gab es in Deutschland 80.515 **Zahnärzte**, davon waren 64.609 behandelnd tätig, darunter 40.428 Männer und 24.181 Frauen. Die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnmediziner lag Ende 2003 bei 55.050.

Nach einer Prognose, die auf einer Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte basiert, könnte die Zahl der Zahnmediziner im Jahr 2020 insgesamt zwischen 6 und

15 Prozent höher liegen als im Jahr 2001. Zudem dürfte der Anteil der Zahnärztinnen steigen, da Frauen derzeit gut 60 Prozent der Studierenden in der Zahnmedizin ausmachen.

Von den insgesamt rund 4,2 Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen arbeiteten im Jahr 2003 etwa 326.000 in Zahnarztpraxen, darunter zahnmedizinische Fachangestellte. Der Frauenanteil lag bei 80,7 Prozent.

Hebammen, Heilpraktiker und Heilmittelerbringer

Diese Berufsgruppen sind überwiegend ambulant tätig. In den Praxen aller „sonstigen medizinischen Berufe“ arbeiteten im Jahr 2003 bundesweit 199.000 Personen, davon 140.000 Frauen und 59.000 Männer.

Im Jahr 2003 waren 60.000 **Physiotherapeuten, Masseure und medizinische Bademeister** im ambulanten Sektor tätig, davon 42.000 Frauen und 18.000 Männer.

Nach Schätzungen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie gibt es hier zu Lande etwa 10.000 **Logopäden**, 90 Prozent von ihnen sind Frauen.

Nach Angaben des Deutschen Verbandes der **Ergotherapeuten** gibt es in Deutschland 18.000 bis 20.000 Ergotherapeuten, davon sind etwa 2.000 in den neuen Bundesländern tätig.

Im Jahr 2003 arbeiteten hier zu Lande 18.000 **Hebammen**, zwei Drittel von ihnen sind nach Angaben des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands zumindest teilweise freiberuflich tätig.

Gesundheitshandwerk

Die Konkurrenz im In- und Ausland verschärft den Wettbewerb im Gesundheitshandwerk und führt zu sinkenden Beschäftigungszahlen. Zwischen 1997 und 2003 sank die Zahl der insgesamt im Gesundheitshandwerk und Einzelhandel Beschäftigten (Augenoptik, Hörgeräteakustik, Orthopädieschuhtechnik, Orthopädietechnik und Zahntechnik) von 184.000 auf 153.000. Von ihnen waren 28 Prozent Frauen. Im selben Zeitraum ging die Zahl der Gesundheitshandwerker von 61.000 auf 59.000 zurück.

Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 183.782 im Jahr 1999 auf 200.897 im Jahr 2003 erhöht. Krankenschwestern sowie Altenpfleger stellen dabei die größten Berufsgruppen dar.

Der Anteil der Frauen an allen Beschäftigten lag 2003 bei etwa 87 Prozent. Bei höher qualifizierten Beschäftigten wie Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, die eher Leitungsfunktionen in den Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten einnehmen, beträgt die Frauenquote 78, bei Pflegewissenschaftlern 61 Prozent.

Beschäftigte im Krankenhaus

Ende 2003 arbeiteten in den 2.197 deutschen Krankenhäusern insgesamt 1,1 Millionen Menschen. Damit ging etwa

jeder vierte der etwa 4,2 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen einer Tätigkeit im Krankenhaus nach. Zwischen 1993 und 2003 lässt sich ein Rückgang der Beschäftigtenzahl um 2,7 Prozent feststellen. Im Jahr 2003 waren insgesamt 118.500 voll approbierte **Ärzte** in Krankenhäusern tätig. Der Anteil der Frauen lag mit 42.000 Angestellten bei 35,6 Prozent und hat sich damit gegenüber 1993 (31 Prozent) erhöht. Darüber hinaus arbeiteten in deutschen Kliniken 10.400 Ärzte im Praktikum. Seit dem Jahr 2004 ist die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ abgeschafft.

Der Anteil der Frauen an den Krankenhausärzten nimmt mit steigender Hierarchiestufe deutlich ab. Unter leitenden Ärzten lag er im Jahr 2003 bei 7,2 Prozent und damit nicht wesentlich höher als 1993.

Insgesamt 25,9 Prozent der Ärztinnen und 4,7 Prozent der Ärzte standen 2003 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis. 1993 lag die Quote noch bei 11,1 bzw. 1,7 Prozent.

Beschäftigte in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen

Die Zahl der Beschäftigten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist in der letzten Dekade gestiegen. Ende 2003 waren in den 1.316 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 116.000 Menschen beschäftigt. Damit lag die Beschäftigtenzahl um 19,4 Prozent höher als 1993.

Der ärztliche Dienst spielt in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eine geringere Rolle als in den Krankenhäusern. So arbeiteten im Jahr 2003 insgesamt 9.000 Personen bzw. 7,8 Prozent aller Beschäftigten im

ärztlichen Dienst. Dabei lag der Frauenanteil mit 44,2 Prozent deutlich höher als im Klinikbereich (35,6 Prozent). Jede vierte hauptamtliche Reha-Ärztin (27,1 Prozent) stand im Jahr 2003 in einem Teilzeitarbeitsverhältnis, was der Quote im Krankenhaussektor entspricht. Allerdings lag der Frauenanteil an allen ärztlichen Teilzeitbeschäftigten mit 67,8 Prozent etwas niedriger als in den Kliniken.

Die Frauenquote nimmt auch in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit steigender Hierarchiestufe ab. Dennoch nehmen Frauen wesentlich häufiger Führungspositionen ein als in Krankenhäusern. So waren 17,8 Prozent aller leitenden Ärzte weiblichen Geschlechts. Unter den Assistenzärzten lag der Frauenanteil bei 56,5 Prozent.

Beitrag aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Ansprechpartner** ist Herr Dr. Eckardt Bergmann (E-Mail: BergmannE@RKI.de).

Beschäftigte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) waren nach Angaben des Statistischen Bundesamts im Jahr 2004 insgesamt 21.000 Personen beschäftigt, 8.000 Männer und 13.000 Frauen. Von diesen wiederum gingen 5.000 Personen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Nicht Vollzeitbeschäftigte waren zu 80 Prozent Frauen.

Der Großteil der Beschäftigten, 9.000 Personen, befand sich in den mittleren Altersgruppen (zwischen 35 und unter 50 Jahre alt), jeweils 6.000 Mitarbeiter waren jünger als 35 Jahre bzw. 50 Jahre und älter.

Bei der Betrachtung der Zeitreihe der Beschäftigungszahlen seit 1997 zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang der Beschäftigungszahlen im ÖGD von 25.000 im Jahr 1997 über 23.000 (2001) und 22.000 (2003) auf zuletzt 21.000 im Jahr 2004. Die Anzahl der Teilzeitarbeitskräfte (5.000 Personen) blieb hingegen über den gesamten Zeitraum konstant.

Bericht zu einem Todesfall an Typhus abdominalis

In Berlin-Mitte wurden dem Gesundheitsamt in den Jahren 2003–2005 insgesamt 4 Fälle von Typhus abdominalis gemeldet, die alle im Ausland (Indien, Pakistan, Libanon 2) erworben wurden. Am 2. Januar 2006 wurde dem Gesundheitsamt Berlin-Mitte ein Typhus-Todesfall gemeldet. Es handelte sich dabei um den Tod eines 54-jährigen Mannes, bei dem aus post mortem gewonnenen Untersuchungsmaterial *Salmonella* Typhi der Gruppe D nachgewiesen werden konnte.

Ermittlungen des Gesundheitsamtes

Die Recherchen des Gesundheitsamtes ergaben, dass der Gestorbene am 4. Dezember 2005 von einem dreiwöchigen Indien-Aufenthalt nach Berlin zurückgekehrt war, wo er seine Arbeit wieder aufgenommen hatte. Seine Kollegen berichteten, dass er etwa ab Mitte Dezember über Unwohlsein geklagt habe, im Verlauf seien auch Durchfälle hinzugekommen. Nachdem sich sein Zustand immer mehr verschlechtert habe – „er verfiel“ –, hätten die Kollegen auf einen Arztbesuch gedrängt. Der jetzt Gestorbene war zuletzt am 19. Dezember am Arbeitsplatz erschienen. Am 20. Dezember stellte er sich bei seiner Hausärztin vor. Er gab dort Schüttelfrost und Durchfälle als Symptome an und berichtete von seinem Indien-Aufenthalt. Die behandelnde Ärztin empfahl die unverzügliche stationäre Aufnahme zur

Diagnostik und Behandlung in ein Krankenhaus mit infektiologischem Schwerpunkt. Die direkte Einweisung – mittels Krankentransport von der Praxis aus – wurde vom Patienten abgelehnt. Er nahm die Einweisung mit nach Hause und versprach, eine zuvor benannte Klinik aufzusuchen. Nachdem er bei einer Familienfeier am 24. Dezember nicht erschienen war, suchten Freunde am Folgetag seine Wohnung auf. Dort waren Bad, Wohnzimmer und Flur stark verkotet und man fand den Patienten tot auf.

Labordiagnostische Untersuchungen

Bei der gerichtsmedizinischen Obduktion wurde in aus Dünndarm, Magen und Blut gewonnenen Proben *Salmonella* Typhi der Gruppe D nachgewiesen. In zwei verschiedenen Proben aus dem Dünndarm zeigten sich jedoch mikroskopisch morphologische Unterschiede. Im Antibiogramm wurden zudem unterschiedliche Resistenzen ermittelt, so dass von einer Infektion mit zwei unterschiedlichen Stämmen ausgegangen wurde. Das Gesundheitsamt veranlasste hierauf die Differenzierung im Nationalen Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger am RKI (Standort Wernigerode). Das Ergebnis der Feintypisierung ergab, dass es sich in beiden Fällen um den gleichen Erreger *Salmonella* Typhi LT: E 1 a handelte.

Maßnahmen des Gesundheitsamtes

Bei den Ermittlungen ergab sich, dass nach dem Abtransport des Toten dessen **Angehörige und Freunde** die Wohnung schon aufgesucht und mit der Säuberung begonnen hatten. Sie alle wurden daraufhin als Kontaktpersonen registriert (5 Personen), über die Erkrankung aufgeklärt und gebeten, Stuhlproben abzugeben. In der Wohnung wurde eine Scheuer-Wisch-Desinfektion durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes vorgenommen. Gegenstände, die nicht desinfiziert werden konnten, wurden verpackt und einer Desinfektionsanstalt zugeführt. Danach wurden sie nach Rücksprache mit den Angehörigen als Hausmüll entsorgt.

Nach Bekanntwerden des Falles brach unter den **Arbeitskollegen** eine große Unruhe aus. Als Reaktion darauf wurde vom Gesundheitsamt gemeinsam mit dem zuständigen Arbeitsmedizinischen Dienst eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Alle Personen, die angaben, mit dem Gestorbenen eine gemeinsame Toilette benutzt zu haben, wurden als Kontaktpersonen erfasst, Stuhluntersuchungen wurden veranlasst.

Insgesamt gaben 33 Personen Stuhlproben ab, wobei vermutlich nicht alle dieselbe Toilette wie der Gestorbene benutzt hatten. Trotz intensiver Aufklärung über den Übertragungsweg und über die Symptome der Krankheit konnten einige der Mitarbeiter nicht davon überzeugt werden, dass nicht bei allen die Untersuchung einer Stuhlprobe nötig war, sondern die klinische Beobachtung ausreichte und nur beim Auftreten von Verdachtssymptomen sofort ein Arzt aufgesucht werden musste.

Alle Stuhluntersuchungen waren negativ. Bis zum Ablauf der Inkubationszeit wurde kein Typhusfall gemeldet.

Dank für die Mitteilung zu diesem Fallbericht gilt Frau Dr. Anke Elvers-Schreiber, Gesundheitsamt Berlin-Mitte (E-Mail: anke.elvers-schreiber@bamitte.verwalt-berlin.de).

Kommentar des RKI

In den vergangenen Jahren wurden 66 (2003), 82 (2004) und zuletzt 80 (2005) Fälle von Typhus abdominalis gemäß IfSG an das RKI übermittelt. Der Anteil der importierten Fälle lag jeweils bei mehr als 80%, wobei Indien mit Abstand als häufigstes Infektionsland genannt wurde (s. *Epid. Bull.* 26/2005).

Auch im beschriebenen Fall mit tragischem Ausgang trat die Erkrankung nach einem Indien-Aufenthalt auf. Das Verhalten des Betroffenen nach seiner Rückkehr – ein Arzt wurde erst spät aufgesucht, der Rat, sich sofort in eine stationäre Behandlung zu begeben, nicht befolgt – und der vermeidbare tödliche Krankheitsverlauf offenbaren Probleme, die auf eine Unkenntnis oder Indifferenz des Betroffenen bezüglich gravierender Infektionsrisiken in tropischen und subtropischen Regionen und auf eine mangelnde Compliance gegenüber dem ärztlichen Rat der stationären Einweisung deuten.

Der Fallbericht unterstreicht auch, dass bei reisemedizinischen Beratungen im Vorfeld eines Aufenthaltes in Indien

oder anderen Ländern mit relativ hoher Typhus-Inzidenz auf die – wenn auch insgesamt seltene – Gefahr einer Typhus-Erkrankung hingewiesen werden sollte, die ohne adäquate Behandlung zum Tode führen kann. In diesem Zusammenhang und insbesondere bei Reisen, die unter schlechten hygienischen Bedingungen stattfinden, ist auch eine Aufklärung über die verfügbaren, gut verträglichen und wirksamen Typhus-Impfstoffe (Wirksamkeit 70–80%) und über Vorsichtsmaßnahmen bei der Ernährung erforderlich. Da sich die Krankheit zunächst oft mit rein fieberhafter Symptomatik äußert und – wie auch hier beschrieben – Durchfälle erst im weiteren Verlauf hinzutreten können, sollte bei jeder unklaren fieberhaften Erkrankung nach Tropenaufenthalt neben anderen häufigen Ursachen (Malaria, Arbovirus-Infektionen) auch der Typhus abdominalis in die Differenzialdiagnose einbezogen werden.

Als weiterer Aspekt des vorgestellten Fallberichts werden Schwierigkeiten, die sich für die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Einleitung von Maßnahmen im Umfeld übertragbarer Krankheiten ergeben können, deutlich. Sie sehen sich einerseits z.T. unbegründeten Ängsten möglicher Kontaktpersonen gegenüber und sind andererseits gehalten, Umfelduntersuchungen so effizient wie möglich zu gestalten.

Aufklärungsveranstaltungen und die Zusammenarbeit mit weiteren Anbietern medizinischer Leistungen, im vorliegenden Fall dem Arbeitsmedizinischen Dienst, sind ein gutes Beispiel, wie die Arbeit des ÖGD in der Praxis unterstützt werden kann.

56. Wissenschaftlicher Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes:

Öffentlicher Gesundheitsdienst ohne Grenzen in der neuen Mitte Europas

Termin: 11.–13. Mai 2006

Veranstaltungsort: Frankfurt (Oder), Kleist Forum Frankfurt

Themen: Transkulturelle Begutachtung; STD/Tuberkulose/Borreliose; Hilfen für Risikokinder; Gesundheit in Grenzregionen; HIV/AIDS und STD – Prävention, Betreuung, Beratung; Ausbrüche von Infektionskrankheiten; Qualitätsoptimierung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst; Arbeit und Erwerbsfähigkeit; Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung; Infektionshygiene; Mundgesundheit, kieferorthopädische Prävention u. a.

Anmeldung und Kongressbüro bis 14.04.06:

Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.,
Im Kälblesrain 2, 73430 Aalen

Tel.: 073 61 . 93 03-44

Fax: 073 61 . 93 03-22

E-Mail: edith.herzog@ostalbkreis.de

Kongressvorbereitung, Organisation, Redaktion:

Verband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
des Landes Brandenburg e.V.

Dr. Thomas Menn, Gesundheitsamt

Leipziger Str. 53, 15232 Frankfurt (Oder)

Tel.: 0335 . 552-5300

Fax: 0335 . 532-5399

E-Mail: Gesundheitsamt@Frankfurt-Oder.de

Internet: www.aerzte-oegd.de oder www.aerzte.dbb.de

Hinweis: Der Kongress ist bei der Ärztekammer und Zahnärztekammer als Fortbildungsveranstaltung registriert.

**Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS):
Zur Erhebung des Vitamin-D-Status**



Untersuchungen von **Erwachsenen** haben gezeigt, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland die Referenzwerte für die Vitamin-D-Aufnahme aus der Ernährung nicht erreicht. Zum Vitamin-D-Status von Kindern und Jugendlichen liegen bisher keine repräsentativen Daten vor. Vorläufige Ergebnisse aus dem KiGGS-Pretest weisen darauf hin, dass jenseits des Säuglings- und Kleinkindalters, in dem viele Kinder Vitamin-D-Supplemente erhalten, die Vitamin-D-Versorgung eines nennenswerten Anteils der Kinder und vor allem der Jugendlichen unzureichend ist.

Im Rahmen von KiGGS ist der Vitamin-D-Status der Kinder und Jugendlichen in Deutschland erstmalig repräsentativ darstellbar. Die Verteilung des Serumspiegels, relevante Determinanten und Korrelationen mit ausgewählten chronischen Erkrankungen und biomedizinischen Messgrößen können dabei neue Erkenntnisse liefern. Der Vitamin-D-Status (25-(OH)-D₃ im Serum) wird bei Kindern ab ca. einem Jahr mittels Chemilumineszenz-Immunoassay (CLIA) bestimmt. Im gleichen Messdurchgang wird in einer Unterstichprobe das Parathormon gemessen. Insgesamt ist mit ca. 16.000 Vitamin-D-Messwerten zu rechnen.

Die Versorgung mit Vitamin D erfolgt nicht nur durch die Nahrungsaufnahme, sondern größtenteils durch Eigensynthese in der Haut, die unter der Einwirkung von UV-Licht stattfindet. Daher gibt es große saisonale Schwankungen, wobei eine unzureichende Vitamin-D-Versorgung insbesondere in der Winterzeit auftritt. Außerdem kann ein überwiegender Aufenthalt in Innenräumen zu einer unzureichenden Eigensynthese beitragen. Dies kann auch Kinder und Jugendliche betreffen, die sich zu wenig im Freien aufhalten.

Im **Säuglingsalter** ist eine regelmäßige Supplementierung mit Vitamin D von großer Bedeutung, da die Muttermilch nicht für die Deckung des Bedarfs ausreicht. Daher wird bei Säuglingen bis zu einem Alter von 12 Monaten eine tägliche Gabe von 10–12,5 µg Vitamin D als Prophylaxe empfohlen.

Auch in der **Pubertät** ist eine adäquate Versorgung mit Vitamin D wichtig, um die Maximierung der Knochenmineralisation zu erreichen. Die Pubertät stellt eine Zeit dar, die durch schnelles Knochenwachstum und

Mineralisation gekennzeichnet ist und in der bis zu 50% des Bestandes der totalen Knochenmasse des Erwachsenen erreicht werden. In mehreren Studien wurde die Vitamin-D-Aufnahme in der Kindheit mit Knochenmineralisation und Frakturen im Jugendalter in Zusammenhang gebracht. Wird die Peak-Bone-Mass am Ende der Pubertät nicht erreicht, ist das Risiko erhöht, im Alter an Osteoporose zu erkranken.

Aktuelle Studien weisen zudem auf eine immunoprotektive Wirkung von Vitamin D hin. Eine **langfristige suboptimale Versorgung** mit Vitamin D könnte einen möglichen Einfluss auf die Entstehung von Tumoren, kardiovaskulären Krankheiten und Autoimmunerkrankungen haben. Eine prospektive Kohortenstudie bei Kindern hat beispielsweise einen protektiven Effekt einer Vitamin-D-Supplementierung im ersten Lebensjahr auf die Entwicklung eines Typ I Diabetes mellitus im Kindesalter aufgezeigt.

Als **Risikogruppen einer unzureichenden Vitamin-D-Versorgung** gelten Säuglinge, die gestillt werden, aber keine Vitamin-D-Supplemente erhalten, sowie stark pigmentierte Kinder, die einer geringen Sonneneinstrahlung ausgesetzt sind. Kinder, die in Gegenden mit einer starken Luftverschmutzung leben, und junge Mädchen, die dem Verschleierungsgebot nachkommen, sind weitere bekannte Risikogruppen.

In einer österreichischen Studie zum Ernährungsstatus (ÖSES) wurde festgestellt, dass je nach Altersklasse 29–63% der untersuchten Kinder und Jugendlichen zwischen 4 und 19 Jahren die Referenzwerte für die 25-(OH)-D₃-Serumkonzentrationen nicht erreichten.

Es bleibt abzuwarten, ob sich ähnliche Ergebnisse auch in Deutschland zeigen und welches die Determinanten sein werden, die mit einer Minderversorgung an Vitamin D bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland einhergehen.

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diagnosemonat: **Januar 2006** (Stand v. 1.4.2006)

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.					
	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.					
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005					
Baden-Württemberg	24	24	28	17	17	22	12	12	12	3	3	3	1	1	0
Bayern	37	37	19	27	27	29	11	11	16	6	6	3	0	0	0
Berlin	47	47	70	34	34	25	7	7	3	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	4	4	8	1	1	4	2	2	1	1	1	0	0	0	0
Bremen	2	2	3	2	2	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	12	11	16	16	15	6	6	4	1	1	0	0	0	0
Hessen	32	32	18	10	10	16	6	6	3	2	2	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	4	6	6	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	13	13	15	10	10	7	4	4	1	1	1	1	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	73	73	70	55	55	59	6	6	13	1	1	7	1	1	0
Rheinland-Pfalz	9	9	13	2	2	11	2	2	3	0	0	0	0	0	0
Saarland	6	6	4	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	14	14	24	4	4	6	3	3	4	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	3	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	6	6	9	6	6	5	3	3	3	0	0	0	0	0	0
Thüringen	2	2	3	3	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	1
Deutschland	285	285	300	195	195	211	63	63	67	15	15	14	2	2	1

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 5.4.2006 (11. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten															
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose			
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	
	2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	60	778	822	0	15	21	3	48	36	58	588	625	3	16	20	
Bayern	54	846	868	5	29	36	16	161	136	67	700	714	4	28	35	
Berlin	18	310	451	0	2	12	3	20	45	14	213	220	1	10	24	
Brandenburg	19	261	335	2	12	5	3	57	44	21	243	268	0	2	7	
Bremen	0	42	113	0	0	0	0	9	3	3	37	37	0	1	0	
Hamburg	19	272	383	0	2	4	0	6	4	12	85	96	0	7	4	
Hessen	28	512	497	0	2	2	1	29	22	30	376	441	0	7	11	
Mecklenburg-Vorpommern	21	259	230	0	1	0	3	80	52	7	160	122	0	2	1	
Niedersachsen	63	632	830	4	14	22	4	56	26	52	556	615	0	3	4	
Nordrhein-Westfalen	148	2.297	2.514	4	48	31	27	281	236	100	1.171	1.357	0	9	8	
Rheinland-Pfalz	35	448	469	0	7	9	7	57	39	29	384	362	1	3	5	
Saarland	7	174	155	0	1	2	0	10	6	5	86	110	0	1	1	
Sachsen	55	664	800	1	9	13	18	178	159	45	375	527	0	6	21	
Sachsen-Anhalt	17	230	250	0	5	9	14	111	144	21	285	339	0	1	3	
Schleswig-Holstein	17	348	404	0	9	9	2	13	30	15	138	190	0	0	2	
Thüringen	25	239	295	0	1	3	6	75	78	18	265	315	0	4	8	
Deutschland	586	8.312	9.416	16	157	178	107	1.191	1.060	497	5.662	6.338	9	100	154	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.			
	2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	1	25	22	1	21	34	23	299	260			
Bayern	1	34	29	1	22	38	15	309	399			
Berlin	1	13	30	1	9	12	21	212	221			
Brandenburg	1	5	4	0	4	0	3	24	21			
Bremen	1	5	4	0	1	3	0	4	7			
Hamburg	0	3	7	0	9	4	1	16	14			
Hessen	5	34	44	0	18	19	4	92	120			
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	0	3	5	3	25	22			
Niedersachsen	0	18	28	1	16	22	9	131	169			
Nordrhein-Westfalen	7	38	74	3	65	57	20	254	297			
Rheinland-Pfalz	1	20	14	2	15	27	4	88	154			
Saarland	0	3	1	0	4	3	1	11	7			
Sachsen	0	7	6	1	11	5	1	49	47			
Sachsen-Anhalt	0	3	4	0	3	12	3	41	33			
Schleswig-Holstein	2	7	13	0	9	2	5	61	57			
Thüringen	2	5	7	2	15	9	2	45	29			
Deutschland	22	224	290	12	225	252	115	1.661	1.857			

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

Stand v. 5.4.2006 (11. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
3	52	72	345	2.677	2.691	239	1.843	851	12	131	137	1	16	14	Baden-Württemberg
4	112	120	178	1.794	2.371	493	3.354	1.743	10	106	190	0	12	7	Bayern
2	31	30	232	1.194	2.194	218	1.375	1.449	6	62	58	1	9	9	Berlin
5	36	44	95	1.161	2.534	319	2.503	2.004	1	11	23	0	4	8	Brandenburg
0	4	9	58	218	329	30	164	99	0	6	11	0	3	2	Bremen
1	15	21	93	763	556	66	760	522	2	15	23	0	1	2	Hamburg
4	54	49	64	843	1.820	166	1.288	1.010	4	52	56	1	2	2	Hessen
1	38	28	56	936	1.877	237	1.569	1.512	6	36	66	3	16	24	Mecklenburg-Vorpommern
6	88	103	257	2.012	3.577	342	2.342	1.219	9	38	64	0	15	14	Niedersachsen
16	155	184	472	3.315	6.355	580	4.926	3.096	7	132	205	5	23	17	Nordrhein-Westfalen
4	43	77	73	839	2.187	165	1.217	774	9	55	31	0	4	3	Rheinland-Pfalz
0	21	21	4	35	533	34	245	175	1	8	9	0	1	1	Saarland
10	121	171	327	2.785	4.207	635	3.523	4.454	2	45	122	1	17	37	Sachsen
9	76	74	122	1.122	1.268	328	1.735	2.974	4	21	40	0	4	9	Sachsen-Anhalt
5	46	37	40	535	668	84	570	384	0	18	10	0	2	0	Schleswig-Holstein
6	88	91	275	1.779	1.961	248	1.911	1.258	1	17	27	1	4	3	Thüringen
76	980	1.131	2.691	22.008	35.128	4.184	29.325	23.524	74	753	1.072	13	133	152	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
0	13	21	7	70	7	8	118	153	Baden-Württemberg	
3	32	34	10	24	16	15	147	208	Bayern	
0	9	9	0	2	4	7	75	78	Berlin	
0	3	8	0	1	1	1	17	48	Brandenburg	
0	1	1	0	0	0	5	22	15	Bremen	
0	1	2	0	6	1	4	41	28	Hamburg	
1	7	12	1	20	168	11	93	126	Hessen	
0	3	4	0	0	1	1	23	35	Mecklenburg-Vorpommern	
3	14	21	1	5	3	11	88	97	Niedersachsen	
4	51	50	85	217	13	25	278	320	Nordrhein-Westfalen	
1	5	8	1	4	4	2	33	75	Rheinland-Pfalz	
0	0	5	0	0	0	2	19	22	Saarland	
0	6	4	0	0	4	0	31	50	Sachsen	
1	5	4	0	1	0	2	23	44	Sachsen-Anhalt	
0	4	4	0	2	2	2	27	28	Schleswig-Holstein	
0	4	19	0	0	0	5	35	29	Thüringen	
13	158	206	105	352	224	101	1.070	1.356	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. 5.4.2006 (11. Woche 2006)

Krankheit	11. Woche 2006	1.–11. Woche 2006	1.–11. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	4	93	33	138
Brucellose	0	5	6	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	11	15	88
Dengue-Fieber	2	30	21	144
FSME	0	1	3	433
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	2	16	79
Hantavirus-Erkrankung	2	9	70	448
Influenza	361	959	10.423	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	24	21	70
Legionellose	4	90	89	555
Leptospirose	2	11	6	58
Listeriose	4	96	62	510
Ornithose	0	3	3	33
Paratyphus	0	4	10	56
Q-Fieber	1	14	13	416
Trichinellose	1	2	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	2	12	20	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:

1. Baden-Württemberg, 16 Jahre, weiblich (Infektionsland Réunion)
 2. Bayern, 42 Jahre, männlich (Infektionsland Seychellen)
 3. Baden-Württemberg, 36 Jahre, männlich (Infektionsland Indonesien)
 4. Nordrhein-Westfalen, 77 Jahre, weiblich (Infektionsland Seychellen, Mauritius, Réunion)
 5. Bayern, 46 Jahre, weiblich (Infektionsland Réunion)
- (3. bis 7. Chikungunya-Fall 2006)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Masernhäufungen in NRW – Update

Die Anzahl der im Zusammenhang mit dem aktuellen Ausbruch von Masern aus Nordrhein-Westfalen (NRW) übermittelten Erkrankungsfälle hat sich bis zum 05.04.2006 auf 472 erhöht. Am stärksten betroffen sind die Städte **Duisburg** mit 143 Fällen und **Mönchengladbach** mit 48 Fällen sowie der **Kreis Wesel** mit 84 Fällen. Aus weiteren Städten des Ruhrgebietes und des Niederrheins (Dortmund, Mülheim, Oberhausen, Krefeld) wurden ebenfalls mehr Masernerkrankungen als in den Vorjahren bekannt. Anders als bei den Ausbrüchen der letzten Jahre, als vorwiegend Kleinkinder und jüngere Schulkinder betroffen waren, ist im aktuellen Ausbruchsgeschehen mehr als die Hälfte der Erkrankten (n=252) zwischen 10 und 19 Jahre alt ist und in 17% (n=79) sind Erwachsene ab 20 Jahren und älter betroffen. Die überwiegende Mehrheit der Erkrankten (>90%) ist nicht geimpft. Etwa 20% der Fälle wurden hospitalisiert. An Komplikationen wurden bisher 10 Lungenentzündungen und 7 Fälle mit Mittelohrentzündung übermittelt.

Erste **Laboregebnisse** aus dem NRZ Masern, Mumps, Röteln am RKI zeigen, dass es sich bei dem Erreger um ein **Masernvirus vom Typ D6** handelt – der gleiche Stamm, der bei einem großen Masernausbruch nachgewiesen wurde, der zur Zeit in der Ukraine stattfindet. Direkte Kontakte von Erkrankten zum Ausbruch in der Ukraine wurden bisher jedoch nicht festgestellt.

Auf Einladung des Landesgesundheitsministeriums führt das RKI gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Duisburg und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) eine Befragung in einer Duisburger Gesamtschule durch, in der gehäuft Masernerkrankungen aufgetreten waren. Ziel dieser Untersuchung ist es, das Ausmaß, die Dauer, mögliche Infektionsquellen und Verbreitungswege in diesem Geschehen besser abzuschätzen. Durch eine Kontrolle der Impfpässe soll zudem beurteilt werden, wieweit bestehende Impflücken zum Masernausbruch beigetragen haben. Zudem soll daran erinnert werden, diese Lücken umgehend zu schließen, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern.

Ansprechpartner am Iögd in NRW ist Herr Dr. Ulrich van Treeck (E-Mail: zentralstelle.ifsg@loegd.nrw.de) und am RKI Herr Dr. Ole Wichmann (E-Mail: WichmannO@rki.de).

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 € 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 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