



Epidemiologisches Bulletin

19. Mai 2006 / Nr. 20

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Internationalen Tag der Familie: Zur Situation von Familien in Deutschland

Der 15. Mai wurde von der UN-Generalversammlung zum Internationalen Tag der Familie erklärt. Seit 1994 sollen an diesem Tag Fragen zur Situation und Stellung der Familie als einer wichtigen und zentralen Einheit der Gesellschaft in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken. In Deutschland wurde er in diesem Jahr zum ersten Mal im Rahmen einer bundesweiten Veranstaltung begangen, die vom Bundesministerium für Familie und der Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“ veranstaltet wurde: dem Ersten Deutschen Familientag. Ein Ziel der Veranstaltung war es, dem gesellschaftlichen Aufbruch zu mehr Familienfreundlichkeit Nachdruck zu verleihen.

Im Nachgang zu diesem Tag werden im folgenden Beitrag Daten zur aktuellen Situation der Familien in Deutschland dargestellt, die auf Erhebungen des RKI und des Statistischen Bundesamtes beruhen. Basierend auf diesen Daten werden besonders vulnerable Gruppen aufgezeigt, deren soziale und finanzielle Ressourcen beschränkt sind und die dadurch besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Angehörige solcher Gruppen haben aus vielerlei Gründen oftmals keinen oder nur einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Daher ergeben sich für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) besondere Aufgaben bei der gesundheitlichen Versorgung und der Prävention von Gesundheitsrisiken und -schäden der Betroffenen. Insbesondere sollte beispielsweise im Rahmen von Aufklärungskampagnen frühzeitig das Bewusstsein über gesundheitsförderndes Verhalten und unterstützende Ressourcen gestärkt werden.

Familien sind der Ort, wo Menschen Rückhalt, Zufriedenheit und Unterstützung finden. Sozialer Zusammenhalt, emotionale Unterstützung und Unterstützung bei Alltagsaktivitäten erhöhen die Möglichkeiten, ein gesundes und zufriedenes Leben zu führen. Unter dem Begriff Familie versteht man in den westlich geprägten Kulturkreisen heutzutage meist die Kernfamilie, mit der zunächst die Lebensgemeinschaft von miteinander verheirateten Eltern und deren Kindern verbunden wird. Unabhängig davon hat aber ein Wandel der gesellschaftlich

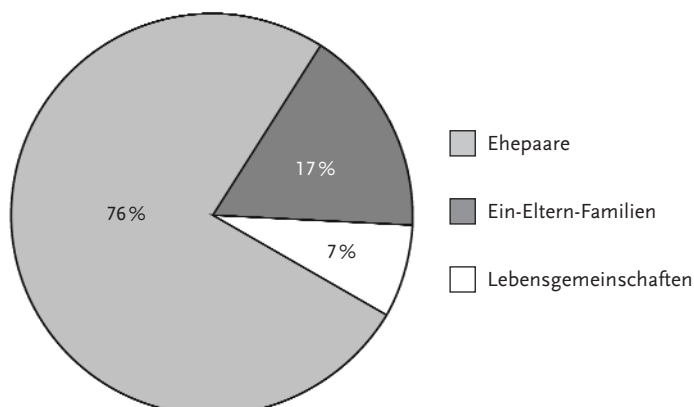


Abb. 1: Anteil der Familienformen bei Familien mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt. Mikrozensus Deutschland 2003 (n=9,06 Millionen)

Diese Woche 20/2006

Internationaler Tag der Familie:

Situation von Familien in Deutschland im Hinblick auf Gesundheitsrisiken

Publikationshinweis:

Daten des telefonischen Gesundheitssurveys des RKI für Wissenschaftler verfügbar

Krankenhaushygiene:

Hinweis zum Transport von Patienten mit offener Lungentuberkulose

Infektionsepidemiologische Surveillance:

- ▶ Bericht über die Testwoche für intensivierete Surveillance zur Fußball-WM
- ▶ Trainingsprogramm Angewandte Infektions-epidemiologie (FETP) – Bericht über das Symposium zum 10-jährigen Bestehen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
17. Woche 2006
(Stand: 17. Mai 2006)



anerkannten und praktizierten Lebensformen stattgefunden. Familien umfassen daher auch andere Eltern-Kind-Gemeinschaften wie nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern, Ein-Eltern-Familien oder „Patchwork-Familien“.

Verteilung der Familienformen: Im Jahr 2003 gab es in Deutschland über neun Millionen Eltern-Kind-Gemeinschaften, wobei drei Viertel der Kinder unter 18 Jahren bei verheirateten Eltern aufwuchsen (siehe Abb. 1). Gut 7 Prozent der Kinder wuchsen in Lebensgemeinschaften und fast 17 Prozent in Ein-Eltern-Familien heran. Das entspricht 1,54 Millionen Ein-Eltern-Familien, die zu 87 Prozent durch allein erziehende Mütter repräsentiert werden. In den neuen Ländern ist der Anteil der Lebensgemeinschaften und Ein-Eltern-Familien höher (22 vs. 16 Prozent), derjenige der „traditionellen“ Familien dagegen niedriger ist als in den alten Bundesländern.

Anzahl der Geschwister: Die Zahl der minderjährigen Kinder ist in Deutschland seit vielen Jahren rückläufig. Sie betrug im Jahr 2003 insgesamt 14,9 Millionen. Der größte Teil der Kinder lebt aber mit einem weiteren Geschwisterkind zusammen im Haushalt. Nur jedes vierte Kind wird ohne weitere Geschwister groß. Nach Lebensformen untergliedert haben vier Fünftel der Kinder, die bei Ehepaaren leben, Geschwister. Bei allein Erziehenden aufwachsende Kinder haben dagegen nur zu drei Fünfteln Geschwister. Der häufig beschworene Trend zu Einzelkindern lässt sich somit aus den aktuellen Statistiken nicht herauslesen.

Finanzielle Situation von Familien und Erwerbstätigkeit der Mütter: Hinsichtlich der aktuellen sozialen Lage von Familien lässt sich feststellen, dass die meisten in sicheren materiellen Verhältnissen leben. Die Armutsrisikoquote, das heißt der Anteil derjenigen, deren Haushalts-Nettoeinkommen weniger als 60 Prozent des Mittelwerts aller Haushalte beträgt, unterscheidet sich nicht gravierend zwischen Haushalten mit und ohne Kindern. Die Quote liegt zwischen 13 und 14 Prozent. Eine Ausnahme stellen allerdings allein Erziehende dar, deren Armutsrisikoquote deutlich erhöht ist (s. u.).

Erwerbseinkommen beeinflussen maßgeblich die wirtschaftliche Situation von Familien und stellen eine entscheidende materielle Ressource dar. Daher kommt auch der Erwerbsbeteiligung der Frauen eine wichtige Bedeutung für die ökonomische Situation der Familien zu. In Bezug auf Mütter und Väter unterscheidet sich die Erwerbsbeteiligung deutlich, zudem ergeben sich bei Frauen Verschiedenheiten für Ost- und Westdeutschland. So sind Frauen mit Kindern in den alten Bundesländern (ABL) zu 57 Prozent und in den neuen Bundesländern (NBL) zu 70 Prozent aktiv erwerbstätig, Frauen mit Kindern unter drei Jahren in den ABL zu 29 Prozent und zu 40 Prozent in den NBL. Im Bundesdurchschnitt wachsen etwa 70 Prozent aller Kinder unter drei Jahren bei einer nichterwerbstätigen Mutter auf.

Unter den berufstätigen Müttern ist der Anteil der voll-erwerbstätigen Mütter (über 36 Stunden Wochenarbeitszeit)

gering. Im Jahr 2000 übten im Bundesdurchschnitt nur 11,6 Prozent aller Frauen mit Kindern unter drei Jahren eine Vollzeiterwerbstätigkeit aus.

Unabhängig von der Familiensituation gehen sowohl in den ABL als auch in den NBL 80 bis über 90 Prozent der Väter einer Erwerbstätigkeit nach. Männer sind somit auch heute die überwiegenden Hauptverdiener des Familieneinkommens. Frauen sind meist in Teilzeit tätig und leisten einen höheren Anteil an Hausarbeit und Kinderbetreuung. Die durch unterschiedliche und oft gleichzeitige Anforderungen im Bereich Kindererziehung, Haushaltsführung und Erwerbstätigkeit entstehenden Belastungen können Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern und Vätern haben, die unterschiedliche Hilfe- und Unterstützungsangebote erfordern. Chronischer Stress kann zu ungünstigem Gesundheitsverhalten führen und so das Risiko später auftretender chronischer Krankheiten erhöhen.

Allein erziehende Frauen: Hierunter werden Frauen verstanden, die ohne Partner in einem Haushalt mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammenleben. Ledige Mütter, die mit einem Partner, meist dem Vater des oder der gemeinsamen Kinder, zusammen leben, fallen nicht unter diesen Begriff. Unter den 17 Prozent Ein-Eltern-Familien stellen sie mit 87 Prozent den Hauptanteil und repräsentieren eine Elterngruppe, die vielfältigen Anforderungen ausgesetzt ist. Ihnen obliegt die alleinige Verantwortung für die wirtschaftliche und soziale Situation der Familie und für die Erziehung des Kindes oder der Kinder. Nach Studienergebnissen haben sich etwa 31 Prozent der allein erziehenden Frauen „freiwillig“ für diese Lebensform entschieden, 22 Prozent „bedingt freiwillig“ (Wahl der besseren Alternative), 22 Prozent „zwangsläufig“ (Gewalttätigkeit des Partners), 25 Prozent „ungewollt“ (Verwitwung oder Trennung). Die Auswertungen des Mikrozensus 2003 gegliedert nach Familienstand zeigt Tabelle 1.

Familienstand	Mütter	Väter
Ledig	32,4 %	17,8 %
Verheiratet getrennt lebend	18,4 %	23,4 %
Verwitwet	7,3 %	13,2 %
Geschieden	41,9 %	45,7 %

Tab. 1: Allein erziehende Eltern mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt. Mikrozensus Deutschland 2003

Im Vergleich zu verheirateten Müttern sind allein erziehende häufiger von Armut bedroht und auf Sozialhilfe angewiesen. Im Jahr 2003 betrug der Anteil der allein Erziehenden unterhalb der **Armutsrisikogrenze** 35 Prozent gegenüber 14 Prozent bei allen Haushalten mit Kindern. Die **Sozialhilfequote** allein erziehender Frauen betrug im gleichen Jahr 26 Prozent, diejenige allein erziehender Männer 6 Prozent, die von Ehepaaren mit Kindern dagegen etwa 2 Prozent. Allein erziehende Mütter haben weniger Zeit als verheiratete Mütter für die Kinder, für die eigene Regeneration oder für die Hausarbeit. Ihre **sozialen Netze** sind lockerer geknüpft: So haben sie weniger Vertrauens-

personen, sind durch den Mangel an guten Freunden stärker belastet und unzufriedener mit den privaten Beziehungen. Diese Lebensumstände wirken sich auf die selbst eingeschätzte **allgemeine Gesundheit** aus, die von allein erziehenden Frauen schlechter als von verheirateten Frauen bewertet wird. Auch die gesundheitsbezogene **Lebensqualität** allein erziehender Mütter ist stärker beeinträchtigt als die verheirateter.

Die geschilderten sozialen und finanziellen Defizite und damit verbundenen psychosozialen Belastungen wirken sich wie das oft knappe Zeitbudget auf die Gesundheit und das **Gesundheitsverhalten** von allein erziehenden Frauen aus. So rauchen allein erziehende wesentlich häufiger als verheiratete Mütter (40 vs. 20 Prozent), was möglicherweise als Reaktion auf eine Stressbelastung anzusehen ist.

Ob und welche langfristigen Folgen das allein Erziehen auf die Gesundheit der Frauen hat, ist unklar. Allein erziehende Frauen können nicht pauschal als wirtschaftlich und gesundheitlich besonders benachteiligte Gruppe angesehen werden. Die Mehrheit der allein erziehenden Frauen ist nicht von Einkommensarmut betroffen und schätzt ihre Gesundheit als zufrieden stellend ein. Der Belastung durch die alleinige Verantwortung für das Kind oder die Kinder stehen auch größere Entscheidungsfreiheit und größere persönliche Entwicklungsmöglichkeiten gegenüber.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen: Hierzu gibt es in Deutschland bisher noch keine Daten, die für die Gesamtgruppe der 0- bis 18-Jährigen gültig sind. Daher wird derzeit vom RKI der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) durchgeführt, über den regelmäßig im *Epidemiologischen Bulletin* berichtet wird. Bislang ist es notwendig, Ergebnisse verschiedener Untersuchungen vergleichend zu betrachten. Sie zeigen deutlich, dass die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sozial ungleich verteilt sind. Etwa 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen wachsen in Armut auf. Sie nehmen oftmals ihre unterprivilegierte Situation schmerzhaft wahr, und aus finanziellen Benachteiligungen können soziale Benachteiligungen resultieren, wenn diese zu Ausgrenzungserfahrungen in der Gleichaltrigengruppe führen. Auswirkungen der sozialen Situation auf die gesundheitliche Situation zeigen beispielsweise auch bei Einschulungsuntersuchungen, dass Kinder aus sozial schwächeren Familien häufiger unter Beeinträchtigungen leiden, die eine medizinische Behandlung erfordern. Dazu zählen Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Übergewicht oder Fettleibigkeit, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. Auch das Unfallrisiko ist bei Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen höher. Gleichzeitig sind die körperliche Aktivität geringer, der Fernsehkonsum höher und die Ernährungsgewohnheiten ungünstiger als bei Kindern und Jugendlichen aus besser gestellten Familien. Hauptschüler rauchen beispielsweise bis zu dreimal häufiger als Gymnasiasten und machen auch häufiger als diese alkoholbedingte Rauscherfahrten. Die Teil-

nahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, die wichtige Hinweise auf Entwicklungsstörungen, Krankheiten oder gesundheitliche Defizite geben können, variiert in Abhängigkeit vom Sozialstatus und ist bei Kindern aus den unteren sozialen Schichten geringer.

Eine besondere Häufung von Problemlagen kann Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund betreffen und zu ungünstigen sozialen Bedingungen führen: eingeschränkte finanzielle Ressourcen, sprachliche Probleme, fehlende familiäre Unterstützung, schlechtere Bildungs- und Arbeitsmarktschancen sowie eine mangelnde Integration.

Schlussfolgerungen

Während die gesundheitliche und soziale Lage einer großen Mehrheit der Familien zufrieden stellend ist, gibt es einzelne Gruppen, in denen Problemlagen kumulieren. So wird im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung darauf hingewiesen, dass kinderreiche Familien, allein Erziehende, ausländische Familien sowie Haushalte mit minderjährigen Kindern in den neuen Ländern höhere soziale und finanzielle Ausgrenzungsrisiken aufweisen.

In verschiedenen Untersuchungen konnte dargelegt werden, dass eine schlechtere soziale Lage häufig mit riskanterem Gesundheitsverhalten und geringeren Chancen für eine gute Gesundheit verknüpft ist. Es bleibt daher eine vordringliche Aufgabe, die Situation der betroffenen Gruppen durch die Stärkung ihrer materiellen, gesundheitlichen und sozialen Ressourcen zu verbessern. Insbesondere in Bezug auf allein Erziehende sind neben verschiedenen staatlichen finanziellen Transferleistungen flächendeckende Möglichkeiten der Kinderbetreuung von besonderer Wichtigkeit, da sie die Voraussetzung dafür bieten, dass die Betroffenen ihren Lebensunterhalt unabhängig bestreiten können. Daneben hat soziale Unterstützung, die persönliche Belastungen mindert und bei der Bewältigung schwieriger Situationen hilft, positive Effekte. Wichtig dabei ist, dass allein erziehende Mütter ausreichend über die Hilfeangebote informiert sind und diese auch in Anspruch nehmen können.

Im Hinblick auf benachteiligte Kinder und Jugendliche und die derzeitige Diskussion zur Vernachlässigung von Kindern ist auch bedeutsam, dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, die im Kindes- und Jugendalter erworben und eingeübt werden, häufig im Erwachsenenalter fortgeführt werden.

Bei der gesundheitlichen Versorgung der genannten Gruppen und der Prävention von gesundheitlichen Schäden kommt dem ÖGD mit seinen besonderen, auch niedrigschwelligem Angeboten im Bereich der Versorgung von Migranten und im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste eine bedeutsame Rolle zu. Ihm obliegt die Aufgabe, dafür zu Sorge zu tragen, dass die Hilfe- und Unterstützungsangebote diejenigen erreichen, von denen angenommen werden kann, dass sie sie am meisten benötigen.

Ansprechpartnerin am RKI ist Frau Dr. Cornelia Lange, Abteilung für Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie (E-Mail: LangeC@RKI.de).

Weiterführende Literatur:

1. RKI (Hrsg.): Gesundheit allein erziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. Berlin 2003. www.rki.de
2. RKI (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2004. www.rki.de
3. RKI (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2005. www.rki.de
4. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leben und Arbeiten in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden 2004. www.destatis.de
5. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn 2005. www.bmas.de

Daten des telefonischen Gesundheitssurveys – GSTelo3 – des RKI für Wissenschaftler verfügbar

Das Robert Koch-Institut (RKI) befragt und untersucht seit Jahren die Bevölkerung vor allem hinsichtlich Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Für die wissenschaftliche Öffentlichkeit werden die repräsentativen, anonymisierten Befragungsdaten zur weiteren Auswertung prinzipiell zugänglich gemacht, um die mit öffentlichen Mitteln finanzierten Daten unter allen für das Gesundheitswesen relevanten Gesichtspunkten auch von externen Wissenschaftlern weiter auswerten zu lassen. Die Daten des 1. telefonischen Gesundheitssurveys – GSTelo3, der von September 2002 bis März 2003 durchgeführt wurde, liegen nun als *Public Use File* vor.

Im für die deutsche Wohnbevölkerung im Alter ab 18 Jahren repräsentativen GSTelo3 wurden 8.318 Personen mittels computerassistierter Telefoninterviews befragt. Themen des Surveys waren subjektive Gesundheit, Beschwerden, chronische Krankheiten, Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung. Zusätzlich wurden Informationen zur sozialen Lage wie Einkommen, Bildung, Erwerbsbeteiligung usw. und zur Lebensform erhoben.

Die Ergebnisse der Befragung fanden beispielsweise Berücksichtigung bei der Darstellung der Beschreibung der gesundheitlichen Lage allein erziehender Frauen im Beitrag zur Situation der Familien in Deutschland auf S. 154 der aktuellen Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins*. Sie fließen zudem in die Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung ein und ihre vertiefende Analyse ist eine Basis weiter geplanter Publikationen des RKI.

Interessierte Wissenschaftler können ab sofort die Daten beim RKI schriftlich anfordern. Für eine Auslagenpauschale von 90 € erhalten sie die anonymisierten Einzeldaten und eine umfangreiche Dokumentation.

Weitere Informationen zum Bezug sind unter *Public Use Files* auf den Internet-Seiten des RKI abrufbar unter:

www.rki.de > **Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie > Datenerhebungen.**

Mitteilung des RKI zur Infektionsprävention beim Transport von Patienten mit offener Lungentuberkulose

Im *Epidemiologischen Bulletin* 38/98 hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI empfohlen, dass beim Krankentransport eines Patienten mit offener Lungentuberkulose dieser eine FFP-2-Maske tragen solle.¹

Aufgrund neuerer Empfehlungen^{2,3} hält die Kommission dies nicht mehr für erforderlich. Auch international wird als Standard angegeben, dass das **Tragen eines mehrlagigen Mund-Nasen-Schutzes** (z. B. eines OP-Mund-Nasen-Schutzes) durch den Patienten angemessen und ausreichend ist, um die Abgabe von Tröpfchen in die Umgebung zu reduzieren.⁴

Wegen der Anforderungen an den Atemschutz beim Personal wird auf die Technischen Regeln des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe, ABAS (Beschluss 609) und Veröffentlichungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger verwiesen.

1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI: Infektionsprävention beim Transport von Patienten mit offener Lungentuberkulose. *EpidBull* 1998; 38: 271
2. Schaberg T, Hauer B, Loddenkemper R, Brendel A, Haas W, Just HM, Loytved G, Meyer C, Rieder HL, Rüden H, Sagebiel D: Empfehlungen zur Anwendung von Atemschutzmasken. *Pneumologie* 2004; 58: 83–91
3. Arbeitskreis Krankenhaus- und Praxishygiene: Infektionsverhütung bei Verdacht auf und bei diagnostizierter Tuberkulose (Tb). *Hyg Med* 2006; 31: 103–105
4. Wischnewski N, Mielke M: Prävention der nosokomialen Übertragung der Tuberkulose. *HygMed* 2006; 31: 84–92

Infektionsepidemiologische Surveillance bei internationalen Großereignissen: Testwoche für die intensiverte Surveillance zur Fußball-WM 2006 erfolgreich

Vom 3. bis zum 8. Mai fand eine Testwoche für die intensiverte infektionsepidemiologische Surveillance während der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 statt, an der die Gesundheitsämter der 12 Austragungsorte und einiger umliegende Kreise, die zugehörigen Landesstellen und das RKI teilnahmen. Ziel des Tests war es, das Konzept in der praktischen Umsetzung zu überprüfen, mögliche Schwachstellen bereits im Vorfeld der Fußball-WM zu erkennen und – falls erforderlich – entsprechende Anpassungen rechtzeitig vornehmen zu können.

Über das Konzept der intensivierten Surveillance während der Fußball-WM und die Gründe für die Entscheidung, sich des bisher etablierten Meldesystems gemäß IfSG – ohne zusätzliche Syndrom-Surveillance – zu bedienen, wurde ausführlich im *Epidemiologischen Bulletin* 16/2006 berichtet. Kernpunkte sind die tägliche Übermittlung der Meldedaten durch die Gesundheitsämter an die Landes-

stellen und von dort an das RKI, die Verbesserung der Erreichbarkeit der betroffenen Gesundheitsämter sowie tägliche Berichte zu relevanten Infektionsgeschehen und anderen Gesundheitsgefährdungen.

Im Rahmen der Testwoche wurden beispielsweise Kommunikationsstrukturen, terminliche Abläufe und die besondere Kennzeichnung von Fällen mit WM-Bezug überprüft. Auch das *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) wurde in die Testwoche einbezogen. In täglichen Telefonkonferenzen wurde die internationale epidemiologische Lage gemeinsam erörtert.

Insgesamt war das Fazit der Teilnehmenden positiv. Die gewählte Konzeption hat sich in der Praxis bewährt, geringfügige Anpassungen wurden lediglich bei einzelnen Terminabläufen vorgenommen. Ergänzend findet noch eine systematische Evaluation der Testwoche mittels Befragung statt.

Trainingsprogramm Angewandte Infektionsepidemiologie – FETP – des RKI

Bericht über das Symposium zum 10-jährigen Bestehen

Im Jahr 1996 wurden vielfältige Aktivitäten unternommen, um die Infektionsepidemiologie, die zu diesem Zeitpunkt in Deutschland im Vergleich zum angelsächsischen Raum noch vergleichsweise wenig ausgebaut war, neu zu gestalten und zu stärken. Ziel war es, ein leistungsfähiges infektionsepidemiologisches Netzwerk aufzubauen, das zukünftig zur raschen Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten beitragen sollte. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise auch das Epidemiologische Bulletin als Informations- und Kommunikationsplattform für die beteiligten Akteure des Infektionsepidemiologischen Netzwerks gegründet und die Kooperation zwischen Epidemiologen und Laboratorien durch die Bildung von Nationalen Referenzzentren (NRZ) und Konsiliarlaboratorien verbessert.

Zudem wurde am Robert Koch-Institut ein in Deutschland einzigartiges und international anerkanntes, zwei Jahre dauerndes Trainingsprogramm „Angewandte Infektionsepidemiologie“ eingerichtet, um Infektionsepidemiologen auszubilden, die ihre Expertise in die Überwachung und Kontrolle von Infektionskrankheiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst einbringen. Das Programm ist eng mit dem European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) verbunden, dessen Ausbildungsmodule, die in verschiedenen Ländern stattfinden, von den FETP-Teilnehmern besucht werden.

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Trainingsprogramms „Angewandte Infektionsepidemiologie“, des **Field Epidemiology Training Programme – FETP** –, fand am 3. Mai 2006 ein wissenschaftliches Symposium im RKI statt. Nach der Begrüßung durch den Vizepräsidenten des RKI wurde dabei die Konzeption des Programms und seine Entwicklung im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts vorgestellt. So erläuterten einer der Mitbegründer des Programms, Lyle Petersen von den *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) in Fort Collins, USA, und eine der ersten Trainees, Andrea Ammon, Abteilungsleiterin am *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) in Stockholm, die Kernpunkte des Programms. Zentrales Anliegen des Trainingsprogramms ist es, Experten auszubilden, die im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit das Auftreten von übertragbaren Krankheiten analysieren und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung dieser Krankheiten einleiten.

Das Trainingsprogramm wird durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert; seit dem Jahr 2002 gibt es ein festes Budget für Trainees im Stellenplan des Robert Koch-Instituts, die dort im Rahmen einer zweijährigen Ausbildung fest in die Arbeit der Abteilung für Infektionsepidemiologie eingebunden sind. Wesentlich sind dabei die Durchführung von **Ausbruchsuntersuchungen**, die Bearbeitung mindestens eines **infektionsepidemiologischen Forschungsprojekts** und die Evaluation oder Etablierung von **Surveillance-Programmen**.

Laborhospitationen sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen Epidemiologen und Mitarbeitern der Laboratorien zu verbessern.

Im Bereich der **Kommunikation** werden Untersuchungsergebnisse und wichtige Maßnahmen in Form von Präsentationen und Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften mitgeteilt. Darüber hinaus sind die Trainees an der Beratung der Öffentlichkeit, etwa durch die Beantwortung von Presseanfragen, beteiligt.

Die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten werden zudem bei **Ausbildungs- und Lehrtätigkeiten** weitervermittelt, so zum Beispiel während des 2-wöchigen Kurses „Angewandte Infektionsepidemiologie“ für Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, an dem jährlich etwa 50 Personen teilnehmen.

Nach den einführenden Präsentationen stellten mehrere der bisher 20 Absolventen des Programms und ein derzeitiger Trainee beispielhaft ihre Erfahrungen während der Ausbildung und ihre aktuellen Arbeitsgebiete in internationalen Organisationen (WHO, ECDC) sowie im nationalen Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter, RKI) vor. Ergänzend wurden Poster zu Ausbruchsuntersuchungen und Forschungs- und Surveillanceprojekten von Absolventen und jetzigen Trainees ausgestellt.

Insgesamt wurde von Seiten der Vortragenden und in der Diskussion eine positive Bilanz in Bezug auf das Trainingsprogramm gezogen. Die anwendungsbezogene Erforschung von Infektionsgeschehen und die Kommunikation von Ergebnissen wurden als eine eigene, besondere Qualität des Trainingsprogramms gewürdigt.

Bei der abschließenden Podiumsdiskussion mit Lyle Petersen, Andrea Ammon, einem Vertreter der Kommission Infektionsepidemiologie, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), dem Koordinator des europäischen Trainingsprogramms EPIET und einem Vertreter der FETP wurde nochmals betont, dass bisher zwar 20 FETP-Trainees ausgebildet wurden, diese Zahl aber bezogen auf die Bevölkerung und im Vergleich zu anderen Ländern der EU (Italien, Frankreich, Spanien) und den USA gering sei und zahlenmäßig den Anforderungen, die durch das Öffentliche Gesundheitswesen vorgegeben werden, noch nicht genügt.

Als Herausforderungen für die Zukunft wurde thematisiert, eine Zertifizierung für das Trainingsprogramm zu planen und eine Anerkennung des durchlaufenen Trainingsprogramms für den Erwerb einer Facharztbezeichnung zu prüfen.

Der Wert einer Orientierung an Maßnahmen im Sinne von „Daten für Taten“ wurde abschließend besonders hervorgehoben.

Ansprechpartnerin für Fragen zum Programm ist Frau Dr. Doris Radun (E-Mail: RadunD@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 17.5.2006 (17. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.		
	2006			2005			2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	58	1.154	1.316	3	35	29	6	87	70	73	884	980	3	40	30		
Bayern	61	1.210	1.456	2	38	79	23	255	210	87	1.132	1.163	4	51	62		
Berlin	26	423	684	0	4	14	0	30	64	18	326	346	1	17	31		
Brandenburg	26	364	490	0	9	10	6	101	63	31	394	413	1	6	9		
Bremen	6	63	165	0	1	1	2	13	6	1	49	49	0	1	0		
Hamburg	12	368	537	0	4	7	1	9	6	10	141	154	0	12	9		
Hessen	34	676	794	0	4	4	1	45	38	42	534	709	2	12	20		
Mecklenburg-Vorpommern	18	355	368	0	1	0	6	125	89	24	253	203	0	4	1		
Niedersachsen	64	881	1.205	2	29	29	3	76	48	69	845	964	0	5	11		
Nordrhein-Westfalen	169	3.152	3.997	8	81	49	19	437	350	110	1.845	2.101	0	15	17		
Rheinland-Pfalz	36	600	729	0	9	15	6	83	70	88	660	671	0	5	8		
Saarland	17	223	242	0	3	2	1	11	10	10	126	147	0	1	1		
Sachsen	17	941	1.146	2	20	17	10	289	241	30	638	797	4	12	40		
Sachsen-Anhalt	26	366	384	0	8	12	5	182	212	39	492	522	0	6	10		
Schleswig-Holstein	16	440	571	1	16	15	2	22	41	20	201	322	0	1	9		
Thüringen	17	365	416	0	5	5	1	115	138	36	437	524	1	11	15		
Deutschland	603	11.581	14.500	18	267	288	92	1.880	1.656	688	8.957	10.065	16	199	273		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.	17.	1.-17.	1.-17.		
	2006			2005			2006			2005	
Baden-Württemberg	1	28	30	3	41	48	14	456	398		
Bayern	4	51	51	2	34	56	16	500	636		
Berlin	4	30	33	1	14	26	15	305	325		
Brandenburg	1	7	7	0	5	1	0	31	31		
Bremen	0	6	7	0	1	3	1	6	10		
Hamburg	0	4	10	0	13	6	0	22	19		
Hessen	4	49	47	1	28	32	6	143	168		
Mecklenburg-Vorpommern	1	6	5	0	4	8	2	34	29		
Niedersachsen	3	29	35	1	29	36	20	199	245		
Nordrhein-Westfalen	4	61	95	5	107	91	14	370	472		
Rheinland-Pfalz	0	25	18	3	22	36	10	148	216		
Saarland	0	4	2	1	5	5	1	18	13		
Sachsen	0	8	12	0	15	6	3	88	86		
Sachsen-Anhalt	0	4	5	0	5	21	2	61	71		
Schleswig-Holstein	0	9	19	1	13	4	5	95	82		
Thüringen	0	5	8	2	21	11	1	58	55		
Deutschland	22	326	384	20	357	390	110	2.534	2.856		

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. 17.5.2006 (17. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
3	77	107	118	3.610	3.124	196	3.380	1.866	7	203	208	5	26	18	Baden-Württemberg
6	163	168	72	2.830	3.018	255	5.646	3.787	9	171	323	0	15	9	Bayern
5	44	48	13	1.773	2.846	43	1.812	1.920	7	95	115	0	16	14	Berlin
5	53	68	56	1.537	3.215	102	3.543	2.930	1	15	34	2	8	13	Brandenburg
0	6	13	2	236	359	5	260	180	2	13	22	1	5	4	Bremen
3	21	33	87	1.740	851	30	1.184	780	0	25	43	0	2	2	Hamburg
5	76	65	29	1.045	2.043	67	1.913	1.523	3	67	79	0	3	4	Hessen
3	55	45	45	1.258	2.441	117	2.881	2.497	2	55	82	1	45	34	Mecklenburg-Vorpommern
14	136	160	169	2.893	4.089	211	4.194	2.220	4	58	96	2	22	20	Niedersachsen
14	224	268	250	4.939	7.500	331	7.951	5.214	12	201	295	1	25	32	Nordrhein-Westfalen
4	70	103	50	1.145	2.538	147	2.295	1.541	2	74	50	0	5	4	Rheinland-Pfalz
0	26	34	0	59	596	23	437	343	2	13	12	0	1	1	Saarland
9	175	240	48	3.927	5.421	189	6.835	6.737	1	57	172	0	24	60	Sachsen
3	104	106	90	1.488	1.509	140	3.114	3.893	2	33	70	0	8	12	Sachsen-Anhalt
1	59	61	47	819	851	56	1.024	685	0	24	24	0	2	3	Schleswig-Holstein
5	128	134	151	2.747	2.364	210	3.418	2.368	0	22	41	0	9	8	Thüringen
80	1.417	1.653	1.227	32.046	42.765	2.122	49.887	38.484	54	1.126	1.666	12	216	238	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
2	25	32	1	83	10	12	204	247	Baden-Württemberg	
1	48	46	3	41	65	15	241	332	Bayern	
0	12	11	1	8	4	8	116	124	Berlin	
2	7	10	0	2	2	2	30	60	Brandenburg	
0	3	2	1	1	0	2	33	22	Bremen	
0	2	6	0	7	1	5	71	42	Hamburg	
0	10	18	2	36	237	7	145	194	Hessen	
0	4	7	0	0	1	0	36	52	Mecklenburg-Vorpommern	
1	22	34	0	8	10	10	147	152	Niedersachsen	
2	82	73	144	1.005	16	25	452	501	Nordrhein-Westfalen	
1	9	11	1	25	8	2	58	107	Rheinland-Pfalz	
1	3	6	0	0	0	2	31	33	Saarland	
0	10	14	1	1	7	1	48	78	Sachsen	
1	11	7	0	1	1	2	36	65	Sachsen-Anhalt	
1	6	5	1	8	3	1	36	42	Schleswig-Holstein	
0	7	19	0	0	0	3	49	50	Thüringen	
12	261	301	155	1.226	365	97	1.733	2.101	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. 17.5.2006 (17. Woche 2006)

Krankheit	17. Woche 2006	1.–17. Woche 2006	1.–17. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	5	125	44	138
Brucellose	1	7	9	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	25	88
Dengue-Fieber	5	52	31	144
FSME	0	1	4	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	8	24	79
Hantavirus-Erkrankung	0	12	98	448
Influenza	106	3.553	12.537	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	43	29	70
Legionellose	11	130	130	555
Leptospirose	0	12	10	58
Listeriose	6	137	120	510
Ornithose	0	5	6	33
Paratyphus	0	14	19	56
Q-Fieber	0	32	24	416
Trichinellose	0	18	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	1	24	35	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:**

1. Niedersachsen, 62 Jahre, männlich ((Infektionsland Seychellen)
2. Berlin, 54 Jahre, weiblich (Infektionsland Mauritius)
3. Bayern, 56 Jahre, männlich (Infektionsland Mauritius)
(19. bis 21. Chikungunya-Fall 2006)

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 BerlinTel.: 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