



Epidemiologisches Bulletin

22. März 2010 / Nr. 11

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welttuberkulosekongress 2010

Aktiv gegen Tuberkulose: Neue Ideen für schnelleres Handeln

Mit dem diesjährigen Welttuberkulosekongress liegt bereits die Hälfte der Zeit, die sich der „Global Plan to Stop TB 2006–2015“ für die Erreichung seiner Ziele gesteckt hat, hinter uns (www.stoptb.org/globalplan/). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt für diesen Tag das Thema „Innovationen“ in den Mittelpunkt. Der Plan enthält dazu konkrete Forderungen im Bereich der Diagnostik (kostengünstige *point of care* Tests), der Therapie (Verfügbarkeit eines neuen TB-wirksamen Medikaments bis 2010) sowie der Prävention (Verfügbarkeit eines neuen Impfstoffs bis 2015). Obgleich auf diesen Gebieten erhebliche Fortschritte zu verzeichnen sind, zeigt sich nach wie vor dringender Handlungsbedarf.

Wie dem nachfolgenden Beitrag zu entnehmen ist, setzt sich in Deutschland der rückläufige Trend der Tuberkulose-Erkrankungszahlen auch 2008 fort. Dieser Trend kann aber nur durch ständige Aufmerksamkeit, aktiven Einsatz und verbesserte Tuberkulosekontrolle aufrecht erhalten werden. Somit hat das Motto zum Welttuberkulosekongress 2010 „Aktiv gegen Tuberkulose: Neue Ideen für schnelleres Handeln“ auch für Industrienationen wie Deutschland seine Berechtigung.

So ist der vorherrschende Eindruck vieler Akteure, die mit der Fürsorge von Tuberkulosepatienten befasst sind, dass die Erkrankungszahlen zwar rückläufig sind, der Betreuungsaufwand für den einzelnen Patienten jedoch steigt. Dies liegt vermutlich in erster Linie daran, dass die Tuberkulose zunehmend die besonders vulnerable Gruppe der sozial Benachteiligten trifft, darunter auch Risikogruppen wie i.v. Drogenabhängige, Alkoholranke, Häftlinge, Obdachlose, Migranten mit unklarem Aufenthalts- und Versicherungsstatus, sowie Senioren. Hier sind der barrierefreie Zugang zu medizinischer Versorgung und eine besonders intensive Betreuung und Begleitung notwendig, da aus vielfältigen Gründen das Risiko für einen Therapieabbruch besonders hoch ist. Ebenfalls wird ein berechtigter wachsender Informationsbedarf von Seiten der Betroffenen registriert, welche die empfohlenen Maßnahmen verstehen möchten und teilweise kritisch hinterfragen. Auch dieser Entwicklung muss ein modernes Gesundheitssystem Rechnung tragen.

Dabei sind viele Aspekte der Tuberkulose nicht einfach zu vermitteln. So beispielsweise die Tatsache, dass bislang kein idealer Test zur Diagnose der latenten tuberkulösen Infektion zur Verfügung steht, der zudem eine zuverlässige Abgrenzung zur aktiven Erkrankung erlaubt. Die Interferon-Gamma-Release-Assays (IGRA) stellen hier, insbesondere aufgrund ihrer dem Tuberkulinhauttest (THT) weit überlegenen Spezifität, einen deutlichen Fortschritt dar. Mit ihrer Hilfe lässt sich beispielsweise bei der Testung BCG-geimpfter Personen die bei positivem THT machbare Aussage „Infektion durchaus möglich“ zu einem „Infektion höchst wahrscheinlich“ konkretisieren – was unter anderem die Argumentation für die Durchführung einer chemopräventiven Therapie erleichtert. Ein negatives IGRA-Testergebnis dagegen macht das Vorliegen einer Infektion

Diese Woche

11/2010

Tuberkulose

- ▶ Zum Welttuberkulosekongress 2010
- ▶ Eckdaten für 2008
- ▶ Kurzanalyse der Meldedaten für 2008

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen

- ▶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE): Aktuelle Publikationen
- ▶ Symposium der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat): Die Fettleibigkeit der Deutschen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

8. Woche 2010

(Datenstand: 17. März 2010)

ARE/Influenza, Neue Influenza

Zur Situation in der

10. Woche 2010



zwar unwahrscheinlich, kann diese jedoch nicht sicher ausschließen. Insbesondere im Kindesalter fehlen hier noch Daten zur Sensitivität. Es bleibt daher zu hoffen, dass die Weiterentwicklung dieser Methoden zu noch größerer diagnostischer Sicherheit führt.

Bei der aktiven (offenen) Tuberkulose haben bakteriologische Laborverfahren wie Flüssigkulturen und PCR-basierte Schnelltests die Diagnose erheblich beschleunigt und damit auch die Einschätzung der Infektiosität erleichtert. Schnellresistenztests geben rasch und recht zuverlässig Auskunft über das mögliche Vorliegen einer multiresistenten Tuberkulose (MDR-TB¹) und erlauben die zeitnahe Anpassung der antituberkulotischen Kombinationstherapie, allerdings methodenbedingt nur bei bakteriologisch bestätigter Tuberkulose. Angesichts der zwar ebenfalls rückläufigen, im internationalen Vergleich jedoch absolut gesehen relevanten Fallzahlen an MDR-TB könnte eine flächendeckende Nutzung dieser Methoden auch in Deutschland die Qualität der Tuberkulosekontrolle weiter verbessern. Die geplante und vermutlich ab 2011 realisierbare routinemäßige Erhebung der Resistenzlage bei Zweitrangmedikamenten wird es zudem ermöglichen, auch Informationen über die Häufigkeit noch komplexerer Resistenzmuster wie der extensiv resistenten Tuberkulose (XDR-TB²) zu erhalten.

Molekularbiologische Methoden wie das DNA-Fingerprinting bzw. deren Nachfolgetechnologien (z. B. MIRU-VNTR) erlauben es heutzutage, Übertragungen zu belegen – dies ist z. B. hilfreich zum Nachweis einer beruflich erworbenen Tuberkulose. Sie ermöglichen ein besseres Verständnis über Transmissionswege und Infektionsrisiken und folglich eine Optimierung der Kontrollstrategien, wie dies z. B. in den überarbeiteten DZK-Empfehlungen zu den Umgebungsuntersuchungen Berücksichtigung fand. Inwieweit der Einsatz dieser Methoden die Effektivität von Umgebungsuntersuchungen in der Praxis verbessern kann, wird derzeit in einem Pilotprojekt in Baden-Württemberg untersucht (gemeinsames Projekt von RKI, NRZ für Mykobakterien/Borstel und LGA Baden-Württemberg).

Bezüglich neuer Therapeutika sind die Studien mit den antituberkulotisch hoch wirksamen Fluorchinolonen der neueren Generationen am weitesten fortgeschritten. Ihre Integration in die Standardtherapie würde diese vermutlich deutlich verkürzen und zu einer verbesserten Therapieadhärenz führen. Bislang beschränkt sich ihr Einsatz jedoch auf Therapiestudien (insbesondere Moxifloxacin in Phase III der multizentrischen „REMoxTB“-Studie) und auf die Therapie komplexer Tuberkulosen, bei denen die Standardtherapie aufgrund von Resistenzen oder Unverträglichkeiten nicht indiziert ist. Es muss unbedingt verhindert werden, dass der unkritische Einsatz der Fluorchinolone eine Resistenzentwicklung begünstigt und damit eine nach Jahrzehnten endlich verfügbare neue antituberkulotische Substanz wirkungslos wird. Zu weiteren vielversprechenden Wirkstoffen, die derzeit in ersten klinischen Studien geprüft werden, zählen das Nitroimidazol PA-824 sowie das Diarylchinolin TMC 207.

Insgesamt ist zu begrüßen, dass auch für die Tuberkulose gefordert wird, alleinige und oftmals über Jahrzehnte übernommene Expertenmeinungen mit ausreichender Evidenz zu belegen (oder auch zu widerlegen). Damit wurde allerdings auch deutlich, dass es bei dieser doch so alten Infektionskrankheit noch einen erheblichen Bedarf an Grundlagenforschung gibt. Grundlagen, die für die Entwicklung neuer Diagnostika, effektiver Therapeutika und wirksamer Impfstoffe von herausragender Bedeutung sind. Die Detektion und Erforschung von Biomarkern beispielsweise ist ein Ansatz, der die Bekämpfung der Tuberkulose revolutionieren könnte. Vieles ist in den letzten Jahren angestoßen worden. Aber gerade die klinischen Phasen sind kostenintensiv und daher müssen Wege gefunden werden, vielversprechende Ansätze nachhaltig zu fördern und darüber hinaus zu sichern, dass letztendlich alle von den Ergebnissen profitieren.

Die Besonderheiten der Tuberkulose, wie die komplexen und bei Weitem noch nicht verstandenen immunologischen Prozesse (die sich auch im Tierversuch kaum imitieren lassen), die Latenzzeiten und unterschiedlichen Krankheitsausprägungen, stellen bei der Klärung wissenschaftlicher Fragestellungen eine besondere Herausforderung dar. Beispielhaft sei hier die Frage der Effizienz einzelner infektionsverhütender Maßnahmen genannt.

Die globale Tuberkulosesituation unterliegt einem stetigen Wandel, dem Rechnung getragen werden muss. Beispielsweise haben die verbesserten und erfreulicherweise auch in einkommensschwachen Ländern zunehmend zugänglichen Therapiemöglichkeiten die HIV-Infektion zu einer behandelbaren chronischen Erkrankung gemacht. Dies muss in den Tuberkulose-Präventionsstrategien entsprechend berücksichtigt werden. Ein weiteres Beispiel ist die, insbesondere in den osteuropäischen Ländern der WHO-Europaregion, besorgniserregende Zunahme von MDR-Tuberkulosen. Schon lange lässt diese Entwicklung keinen Zweifel mehr an der Notwendigkeit kulturbasierter qualitativ hochwertiger Labordiagnostik und von Schnellresistenztests. Dies ist aber von vielen Ländern aus eigener Kraft nicht zu leisten und auch hier bedarf es konzertierter staatenübergreifender Aktivitäten.

Die zweite Hälfte des Weges im Zeitplan des *Global Plan to Stop TB* ist offensichtlich weitaus länger und steiniger, als ursprünglich erhofft. Dies darf aber, selbst in schwierigen ökonomischen Zeiten, keineswegs dazu führen, die Erwartungen zurückzuschrauben. Getreu dem diesjährigen Motto ist es vielmehr an der Zeit, das Schritttempo zu beschleunigen.

1 MDR, multidrug-resistant tuberculosis: Resistenz gegenüber mindestens Isoniazid und Rifampicin

2 XDR-TB, extensively drug-resistant TB: MDR-TB mit zusätzlicher Resistenz gegenüber einem Fluorchinolon und einem der drei parenteralen Medikamente der zweiten Wahl (Amikacin, Kanamycin oder Capreomycin)

Eckdaten zur Tuberkulose in Deutschland für das Jahr 2008 *

Daten aus dem Robert Koch-Institut

Allgemeine Daten	Anzahl	%-Anteil ^{\$}	Inzidenz ⁺
Anzahl der Tuberkuloseerkrankungen im Jahr 2008	4.543		5,5
darunter Todesfälle	155		0,2
▶ Demografische Verteilung nach Geschlecht (n=4.529)			
– männlich	2.768	61,1%	6,9
– weiblich	1.761	38,9%	4,2
▶ Demografische Verteilung nach Alter (n=4.542)			
– Erwachsene	4.418	97,3%	6,2
– Kinder < 15 Jahre	124	2,7%	1,1
▶ Staatsangehörigkeit (n=4.375)			
– deutsche Staatsangehörige	2.887	66,0%	3,9
– ausländische Staatsangehörige	1.488	34,0%	20,7
▶ Todesfälle nach Geschlecht (n = 155)			
– männlich	99	63,9%	
– weiblich	56	36,1%	
Weitere ausgewählte Daten	Anzahl	%-Anteil^{\$}	Inzidenz⁺
▶ Geburtsland (n=4.380)			
– in Deutschland geboren	2.454	56,0%	
– im Ausland geboren	1.926	44,0%	
▶ Betroffene Organsysteme (n=4.453)			
– pulmonale Tuberkulose, darunter	3.504	78,7%	4,3
offene Form	2.682	76,5%	3,3
geschlossene Form	822	23,5%	1,0
– extrapulmonale Tuberkulose	949	21,3%	1,2
▶ Vorgeschichte/Vorerkrankung (n=4.016)			
– mit Vorerkrankung	539	13,4%	
davon mit Angaben zur Vorbehandlung (n=389/539)			
keine Vorbehandlung	63	16,2%	
Vorbehandlung	326	83,8%	
davon mit Angaben zum Ergebnis der Vorbehandlung (n=260/326)			
komplette Vorbehandlung	205	78,8%	
inkomplette Vorbehandlung (Abbruch bzw. Versagen)	55	21,2%	
– ohne Vorerkrankung (Ersterkrankung)	3.477	86,6%	
▶ Labordiagnostik (n=4.543)			
– Nachweise gemäß Faldefinition	3.183	70,1%	
▶ Resistenzlage (n=2.963)			
– Multiresistenz	45	1,5%	
– jegliche Resistenz (INH, EMB, RMP, PZA, SM)	344	11,6%	
▶ Behandlungsergebnis im Jahr 2007 *** (n=4.573)			
– erfolgreiche Behandlung	3.727	81,5%	
– keine erfolgreiche Behandlung	718	15,7%	
– Behandlung noch nicht abgeschlossen	128	2,8%	

* Die Eckdaten basieren auf den Angaben, die im Rahmen der allgemeinen Meldepflicht von den Gesundheitsämtern für das Jahr 2008 bis zum Stichtag am 01.08.2009 an das Robert Koch-Institut übermittelt wurden.

** Die Daten zum Behandlungsergebnis beziehen sich auf das Jahr 2007 (Stichtag 01.08.2009).

+ Erkrankte pro 100.000 Einwohner

\$ Der Prozentanteil bezieht sich auf die Anzahl der Erkrankungsfälle (n in Klammern), zu denen in Bezug auf die jeweilige Fragestellung entsprechende Informationen vorlagen.

Zur Tuberkulose in Deutschland im Jahr 2008

Im Jahr 2008 wurden insgesamt **4.543 Tuberkulosen** (Vorjahr: 4.998) registriert, was einer **Inzidenz von 5,5 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner** entspricht (Vorjahr: 6,1). Damit setzt sich auch 2008 der in den letzten Jahren beobachtete rückläufige Trend in Deutschland weiter fort.

Die **Analyse der demografischen Daten** zeigt, dass Männer deutlich häufiger an einer Tuberkulose erkranken als Frauen. Die Inzidenz betrug bei männlichen Personen 6,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und war damit knapp 1,6-mal so hoch wie beim weiblichen Geschlecht (Inzidenz 4,2). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied manifestiert sich vor allem durch die höhere Erkrankungshäufigkeit bei Männern ab einem Alter von 40 Jahren. Die höchste Inzidenz mit insgesamt 9,0 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Männer: 12,6; Frauen: 6,6) fand sich im Alter oberhalb von 69 Jahren. Ferner zeigt die Altersverteilung eine Häufung in der mittleren Altersgruppe zwischen 25 und 29 Jahren (Inzidenz 7,1), die vorwiegend der ausländischen Bevölkerung zuzuschreiben ist.

Die **Analyse nach Staatsangehörigkeit** ergab deutliche Unterschiede im Erkrankungsrisiko: So betrug die Inzidenz bei den ausländischen Staatsbürgern 20,7 pro 100.000 Einwohner und war damit 5,3-mal so hoch wie in der deutschen Bevölkerung (Inzidenz 3,9). Im Kindesalter und bei jungen Erwachsenen waren diese Differenzen besonders deutlich ausgeprägt. 66,0% der Erkrankten hatten die deutsche Staatsangehörigkeit, 34,0% waren ausländische Staatsbürger. Die erkrankten ausländischen Staatsbürger wiesen im Vergleich zu deutschen Patienten – wie schon in den vergangenen Jahren – eine wesentlich jüngere Altersstruktur auf (Altersmedian 37 vs. 57 Jahre).

Die **Analyse nach Geburtsland** ergab, dass 56,0% der Patienten in Deutschland und 44,0% im Ausland geboren waren – vorwiegend in der Türkei oder in einem der Nachbarstaaten der ehemaligen Sowjetunion. Mit Blick auf die Daten zur Staatsangehörigkeit (s.o.) wird deutlich, dass durch die alleinige Erfassung der Staatsangehörigkeit der Anteil von Migranten unter den Tuberkulose-Patienten nach wie vor unterschätzt wird.

Tuberkulose im Kindesalter: Es erkrankten 124 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren an einer Tuberkulose. Dies entspricht einer Inzidenz von 1,1 pro 100.000 Kinder (2007: 180 Erkrankungsfälle, Inzidenz 1,6). Die höchste Inzidenz war mit 1,8 Erkrankungen pro 100.000 Kinder in der Altersgruppe unter 5 Jahren zu finden. In der Gruppe der 5- bis 9-Jährigen (Inzidenz 0,7) bzw. in der Gruppe der 10- bis 14-Jährigen (Inzidenz 0,9) war die Inzidenz nur etwa halb so hoch. Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit erkrankten im Vergleich zu deutschen Kindern etwa 7-mal so häufig an einer Tuberkulose (Inzidenz 5,1 vs. 0,7). Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden im Kindesalter nicht festgestellt.

Organbeteiligung: Die Lunge war mit einem Anteil von 78,7% (3.504 Fälle) das am häufigsten betroffene Organ.

Mit einer Inzidenz von 3,3 pro 100.000 Einwohner (2.682 Erkrankungen) war dabei die offene Form der Lungentuberkulose deutlich häufiger zu verzeichnen als die geschlossene Form mit einer Inzidenz von 1,0 (822 Erkrankungen). Ein Drittel der Lungentuberkulosen gehörte zu der besonders ansteckenden mikroskopisch positiven Form (1.184 der 3.504 pulmonalen Erkrankungen). Eine extrapulmonale Tuberkulose wurde in 949 Fällen registriert (21,3%). In der Hälfte dieser Fälle manifestierte sich die Erkrankung in den Lymphknoten (481 der 949 extrapulmonalen Erkrankungen; 50,7%).

Resistenzsituation: Im Jahr 2008 wurde weiterhin ein leichter Rückgang resistenter Erreger registriert: Der Anteil multi-resistenter Stämme (mindestens gleichzeitige Resistenz gegenüber Isoniazid und Rifampicin) sank von 2,0% (67 Fälle) im Jahr 2007 auf 1,5% (45 Fälle) im Jahr 2008. Auch der Anteil von Erregern, die gegen mindestens eines der fünf wichtigsten Erstrangmedikamente resistent sind („jegliche Resistenz“), zeigt weiterhin eine leicht rückläufige Tendenz und ist von 11,7% (387 Fälle) auf 11,6% (344 Fälle) gesunken.

Bezüglich der Resistenzen besteht ein Zusammenhang mit dem Geburtsland und dem Status der Vorbehandlung. So waren Resistenzen häufiger bei im Ausland geborenen Patienten sowie bei Vorbehandelten zu finden.

Todesfälle: 155 (Vorjahr: 147) Patienten verstarben aufgrund der Tuberkulose. Dies entspricht einer Mortalität von 0,2 Todesfällen pro 100.000 Einwohner. Die Letalität lag bei 3,5% und ist damit gegenüber dem Vorjahr (3,0%) leicht gestiegen. Knapp zwei Drittel der Todesfälle (63,9%, 99 Fälle) betrafen Männer.

Da über das Behandlungsergebnis einer Tuberkulose frühestens nach Ablauf eines Jahres abschließend entschieden werden kann, ergibt sich eine entsprechende Verzögerung der zu übermittelnden Daten. Für die 2007 an einer Tuberkulose erkrankten Patienten lagen bis zum Stichtag am 01.08.2009 für 4.573 von 4.998 Fällen (91,5%) Informationen zum Behandlungsergebnis vor. Bei 3.727 Erkrankten (81,5%) wurde die Therapie erfolgreich beendet. In 718 Fällen (15,7%) war die Behandlung aus verschiedenen Gründen nicht erfolgreich und in 128 Fällen (2,8%) dauerte die Behandlung noch an. Die Therapie war je nach Altersgruppe unterschiedlich erfolgreich. Während in einem Alter unterhalb von 50 Jahren der Behandlungserfolg noch deutlich über 85% liegt, kommt es in den höheren Altersgruppen zu einer kontinuierlichen Abnahme und erreicht bei den über 69-Jährigen nur noch einen Anteil von 63,2%, was auf die zunehmenden Todesfälle durch Tuberkulose bzw. wahrscheinlich auch auf das gleichzeitige Vorliegen weiterer Erkrankungen in den höheren Altersgruppen zurückzuführen ist. Der Erfolg der Therapie wird auch vom Vorliegen einer Erregerresistenz beeinflusst. So war der Behandlungserfolg bei Patienten, die mit einem multiresistenten Erreger infiziert waren, niedriger als bei Patienten, bei denen ein sensibler Stamm vorlag (Behandlungserfolg 59,3% vs. 83,1%).

Aktuelle Publikationen des RKI im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

► Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Bevölkerungsbezogene Verteilungswerte ausgewählter Laborparameter aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Die in der KiGGS-Studie beobachteten Perzentil-Verteilungen für wesentliche Laborparameter werden vorgelegt. Mit den Daten steht ein Stichprobenumfang von über 14.000 Blut- und Serumproben zur Verfügung. Erschienen: März 2009; ISBN 978-3-89606-193-5

Gesundheit und Krankheit im Alter

Im vorliegenden Buch geht es um die Gesundheit und Krankheit von Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Gegenstand der Betrachtung sind somatische, psychische bzw. funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit sowie subjektive Gesundheit. Es werden Einflüsse von Lebenslagen und Lebensstilen analysiert und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung alter Menschen und die ökonomischen Chancen und Herausforderungen für das Gesundheitswesen untersucht und wichtige Erklärungsansätze für das Kostengeschehen geliefert. Erschienen: Mai 2009; ISBN 978-3-89606-196-6

DEGS Projektbeschreibung

Der neue Erwachsenen survey DEGS ist Bestandteil eines am RKI seit 2007 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums etablierten Gesundheitsmonitorings für Deutschland. Die hier vorgelegte Projektbeschreibung schafft Transparenz im Hinblick auf die Auswahl der Themen, den Einsatz der Instrumente und die zugrunde liegenden Fragestellungen. Erschienen: Juli 2009; ISBN 978-3-89606-199-7

20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über 20 Jahre „Gesundheitsgeschichte“ der Bundesrepublik Deutschland. Dazu wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern seit der Wiedervereinigung anhand vorliegender Gesundheitsdaten reflektiert. Während sich noch zu Beginn der 1990er-Jahre erhebliche Unterschiede in der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland feststellen ließen, hat mittlerweile eine weitgehende Annäherung, in einigen Bereichen sogar ein Ausgleich stattgefunden. Erschienen: Oktober 2009; ISBN 978-3-89606-202-4

Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends

Die Broschüre „Krebs in Deutschland“ wird alle zwei Jahre als gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e. V. (GEKID) und des Robert Koch-Instituts (RKI) herausgegeben. Die aktuell vorliegende 7. Ausgabe enthält Angaben zu den in Deutschland im Zeitraum von 1980 bis 2006 insgesamt aufgetretenen Krebsneuerkrankungen insgesamt und zu 21 ausgewählten Einzellokalisationen. Erschienen: Februar 2010; ISBN 978-3-89606-207-9

Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland

Die in diesem Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung erstmalig vorgelegten Schätzungen zur Verbreitung (Prävalenz) von Krebserkrankungen in Deutschland zwischen 1990 und 2010 wurden vom Robert Koch-Institut auf der Basis der jährlichen Neuerkrankungsraten und Überlebensraten ermittelt. Die Daten liegen auch differenziert für 20 ausgewählte Krebslokalisationen vor. Erschienen: Februar 2010; ISBN 978-3-89606-208-6

► GBE-Themenhefte und -Schwerpunktberichte

GBE-Heft 44: Venenerkrankungen der Beine

Veränderungen der Beinvenen sind ein in der deutschen Bevölkerung weit verbreitetes Phänomen: Lediglich ca. 10% der Deutschen zeigen keinerlei Auffälligkeiten, 59% dagegen zumindest Besenreiser und ähnliches. Die übrigen 30% der Bevölkerung weisen schwerwiegendere Symptome eines chronischen Venenleidens wie Krampfader, Flüssigkeitsansammlungen oder offene Beine auf. Erschienen: Mai 2009; ISBN 978-3-89606-195-9

GBE-Heft 45: Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens

In der Gesundheitsausgabenrechnung wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch ermittelt, der jährlich für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wird. Im Jahr 2006 betrugen die Gesundheitsausgaben in Deutschland 245 Milliarden Euro. Die meisten Gesundheitsausgaben (57%) trägt die gesetzliche Krankenversicherung, in der rund 88% der Bevölkerung versichert sind. Die Bedeutung von privat finanzierten Leistungen nimmt zu und die Eigenbeteiligung privater Haushalte entspricht dem Niveau der Nachbarstaaten. Die Finanzierung aus Bundesmitteln wird zukünftig an Bedeutung gewinnen. Erschienen: Juni 2009; ISBN 978-3-89606-197-3

GBE-Heft 46: Beschäftigte im Gesundheitswesen

Rund 4,3 Millionen Beschäftigte arbeiteten im Jahr 2006 im Gesundheitswesen. Das entsprach jedem neunten Arbeitsplatz in Deutschland. Die Beschäftigungsentwicklung in den vergangenen Jahren hat insgesamt dazu beigetragen, den hohen Stellenwert des Gesundheitswesens als Arbeitgeber zu festigen und weiter auszubauen. Prognosen über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten hängen von vielen Einflussfaktoren ab. Erschienen: Juni 2009; ISBN 978-3-89606-198-0

GBE-Heft 47: Mundgesundheit

Eine gute Mundgesundheit ist eine wichtige Voraussetzung dafür, sich gesund und wohl zu fühlen. Die orale Gesundheit hat vielfältige Auswirkungen auf den gesamten Organismus und wird durch ihn beeinflusst. Das vorliegende Themenheft der Gesundheitsberichterstattung gibt auf der Basis aktueller und repräsentativer Daten eine Übersicht über die verschiedenen Erkrankungen und Störungen der Mundgesundheit und deren Verbreitung. Erschienen: Juli 2009; ISBN 978-3-89606-200-0

GBE-Heft 48: Krankheitskosten

Im Jahr 2006 wurden in Deutschland für den Erhalt der Gesundheit und die Linderung von Krankheitsfolgen durchschnittlich 2.870 Euro für jeden Einwohner ausgegeben – zusammen entsprach das einer Summe von 236 Milliarden Euro. Zusätzlich ist der Verlust am Arbeitsmarkt infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität mit rund 4 Millionen Erwerbstätigkeitsjahren zu berücksichtigen. Erschienen: Januar 2010; ISBN 978-3-89606-203-1

Bestellung: Die Publikationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) können kostenlos beim RKI bestellt werden:
Postanschrift: RKI – GBE, Postfach 650261, 13302 Berlin
Online: www.rki.de/gbe
E-Mail: gbe@rki.de
Fax: 030. 18 754–35 13

Veranstaltungshinweis

Symposium der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat): Die Fettleibigkeit der Deutschen Empirisch-statistische Aspekte

Das Symposium beschäftigt sich mit dem Thema aus statistischer, genetischer, epidemiologischer und versicherungstechnischer Sicht.

Termin: 23. April 2010

Ort: Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

Veranstalter: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Statistik (DAGStat)

Themen/Vorträge: KiGGS: Ergebnisse zur Verbreitung von Adipositas und deren Risikofaktoren; Berechnung neuer BMI-Referenzkurven; Prävalenz und Determinanten des kindlichen Übergewichts – ein europäischer Vergleich; Einmal drall, immer drall? Stabilität des Ernährungszustandes und die Konsequenzen für klinische Studien; Adipositas und Gene – Rück- und Ausblick; Übergewicht, Normalgewicht, Untergewicht: Alles ungesund!

Anmeldung: Bis zum 10.04.2010 ausschließlich über die Internet-Seite <http://www.dagstat.de/symposium/fettleibigkeit.html>.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

8. Woche 2010 (Datenstand: 17.3.2010)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	45	642	773	0	10	13	5	26	30	27	253	258	0	9	17
Bayern	62	651	889	0	9	19	12	85	113	29	385	395	0	11	18
Berlin	33	319	242	0	2	10	1	12	51	6	84	61	0	7	4
Brandenburg	18	188	229	0	2	1	2	36	50	10	105	100	0	2	3
Bremen	3	38	26	0	0	0	2	7	3	0	17	18	0	0	0
Hamburg	26	182	188	0	1	5	0	5	5	5	51	121	0	8	3
Hessen	55	432	406	0	3	1	2	13	14	22	152	178	0	2	8
Mecklenburg-Vorpommern	15	156	168	0	0	1	6	37	29	16	96	88	0	0	0
Niedersachsen	66	566	534	3	18	10	12	76	45	35	289	329	1	3	1
Nordrhein-Westfalen	153	1.869	1.667	2	26	22	17	160	153	98	661	837	1	8	7
Rheinland-Pfalz	35	392	331	0	13	10	1	34	36	17	164	210	0	3	2
Saarland	18	173	125	1	2	1	1	4	5	1	38	55	0	1	1
Sachsen	55	516	543	0	11	7	14	90	80	27	222	234	0	1	3
Sachsen-Anhalt	21	118	167	0	3	1	7	57	50	23	160	129	0	0	2
Schleswig-Holstein	20	264	223	0	3	4	3	9	7	8	90	93	0	1	1
Thüringen	29	186	204	0	1	0	13	110	86	9	180	129	0	0	2
Deutschland	654	6.692	6.715	6	104	105	98	761	757	333	2.947	3.235	2	56	72

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	1	20	23	724	5.733	7.646	110	638	643	9	70	83	0	3	2
Bayern	2	67	60	1.490	12.113	9.936	197	1.157	1.631	11	97	126	0	3	6
Berlin	1	13	13	195	1.861	2.536	128	561	952	5	49	44	0	6	7
Brandenburg	2	19	11	471	3.539	3.535	140	682	1.416	0	16	17	1	2	4
Bremen	0	5	2	65	325	1.010	11	60	87	0	4	10	0	0	0
Hamburg	0	8	20	166	1.317	2.007	41	222	400	2	13	10	0	1	2
Hessen	2	30	34	457	4.906	4.547	84	442	558	4	40	33	1	3	6
Mecklenburg-Vorpommern	3	12	13	434	4.200	1.639	55	394	702	4	18	18	0	1	4
Niedersachsen	1	41	38	870	6.245	6.475	139	722	1.052	2	35	21	3	11	8
Nordrhein-Westfalen	12	91	100	1.830	12.284	18.883	186	1.034	2.186	6	100	85	3	16	20
Rheinland-Pfalz	2	34	27	493	3.918	3.910	90	389	630	8	28	40	0	5	3
Saarland	0	7	8	170	828	1.021	17	74	201	0	2	8	0	0	1
Sachsen	4	71	69	691	6.055	6.729	130	777	1.346	6	57	39	2	9	10
Sachsen-Anhalt	3	23	19	670	6.404	3.538	77	409	934	7	14	16	0	2	0
Schleswig-Holstein	1	11	24	339	2.039	2.149	38	213	209	1	18	8	0	1	1
Thüringen	4	39	44	776	6.406	3.303	67	362	533	2	13	27	0	3	5
Deutschland	38	491	505	9.841	78.173	78.864	1.510	8.136	13.480	67	574	585	10	66	79

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

8. Woche 2010 (Datenstand: 17.3.2010)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	0	6	14	1	9	10	20	120	121
Bayern	3	19	29	1	16	18	19	147	173
Berlin	0	5	13	2	5	13	6	73	98
Brandenburg	0	2	2	0	2	0	4	12	13
Bremen	0	4	3	0	0	1	0	2	3
Hamburg	1	1	4	1	7	4	4	17	17
Hessen	3	10	16	1	9	3	7	43	49
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	8	0	2	1	0	4	9
Niedersachsen	1	8	10	1	6	6	1	32	43
Nordrhein-Westfalen	2	26	31	2	34	29	10	129	125
Rheinland-Pfalz	2	11	4	2	12	12	3	28	51
Saarland	2	7	0	0	0	1	4	16	8
Sachsen	0	1	3	1	5	7	2	48	14
Sachsen-Anhalt	3	5	3	0	1	1	3	17	24
Schleswig-Holstein	1	4	7	1	3	7	0	20	34
Thüringen	1	2	5	1	3	3	4	25	24
Deutschland	19	113	152	14	114	116	87	733	806

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.
Baden-Württemberg	2	9	11	3	6	3	9	73	77
Bayern	3	12	30	1	7	2	12	78	76
Berlin	1	7	14	0	34	8	5	44	32
Brandenburg	1	2	3	3	9	2	2	11	15
Bremen	0	0	1	0	0	0	0	3	13
Hamburg	0	1	1	0	8	69	4	28	29
Hessen	0	2	4	0	1	5	5	46	67
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	0	0	0	0	0	15
Niedersachsen	3	8	12	0	3	13	4	42	48
Nordrhein-Westfalen	6	25	26	6	14	40	16	162	177
Rheinland-Pfalz	2	3	3	0	0	2	1	22	27
Saarland	0	1	0	0	0	0	3	10	9
Sachsen	0	2	7	0	0	0	3	21	24
Sachsen-Anhalt	0	1	2	0	0	0	3	23	17
Schleswig-Holstein	0	0	10	0	1	0	0	12	15
Thüringen	0	3	3	0	0	0	0	13	15
Deutschland	18	77	129	13	83	144	67	588	656

gegeben. 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). ⁺⁺ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

8. Woche 2010 (Datenstand: 17.3.2010)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	8. Woche	1.–8. Woche	1.–8. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Erkrankung am Auge	3	34	18	169
Brucellose	1	4	4	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	11	14	86
Dengue-Fieber	3	40	32	298
FSME	0	1	1	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	1	7	66
Hantavirus-Erkrankung	12	141	10	181
Hepatitis D	0	1	1	7
Hepatitis E	1	19	9	108
Influenza	91	2.642	22.516	175.578
zusätzliche aggregierte Übermittlungen +	0	199	0	53.070
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	4	33	39	185
Legionellose	7	130	63	503
Leptospirose	1	5	12	92
Listeriose	4	47	56	394
Ornithose	0	1	2	26
Paratyphus	1	2	6	76
Q-Fieber	1	16	12	191
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	1	5	4	10
Typhus abdominalis	2	9	7	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Ab dem 18.11.2009 können Fälle der Neuen Influenza A/H1N1 auch aggregiert übermittelt werden, auch nachträglich für die Vorwochen. Darunter sind Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprechen.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 10. Kalenderwoche 2010

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 10. KW 2010 konstant geblieben und liegt weiter im geringfügig erhöhten Bereich. Die geringfügig erhöhte ARE-Aktivität wird zurzeit nicht durch eine erhöhte Influenza-Aktivität, sondern wahrscheinlich durch andere Erreger akuter respiratorischer Erkrankungen verursacht.

International, Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance durch EISN: Die pandemische Erkrankungswelle hat ihren Höhepunkt in ganz Europa überschritten. Für die 9. KW 2010 wird aus allen teilnehmenden Ländern (27) eine niedrige Influenza-Aktivität bzw. Aktivität im Hintergrundbereich gemeldet. Weitere Informationen unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Das ECDC veröffentlichte am 08.03.2010 eine Vorausschau für die weitere epidemiologische Entwicklung des Neuen A/H1N1-Virus. Es wird als wahrscheinlich angenommen, dass das Neue Influenzavirus A/H1N1 weiter zirkulieren wird und auch kleinere Ausbrüche können nicht ausgeschlossen werden, jedoch wird eine weitere Frühjahr-Sommer-Welle als unwahrscheinlich angesehen. Für die kommende Saison wird erwartet, dass das Neue Virus A/H1N1 dominant sein wird. Abrufbar unter: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/100308_Influenza_A%28H1N1%29_Weekly_Executive_Update.pdf.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 10. Kalenderwoche 2010 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann;
Claudia Paape, Franziska Bading (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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