



Epidemiologisches Bulletin

18. April 2016 / Nr. 15

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Überprüfung des Impfstatus von Erwachsenen durch einen Impf-Selbst-Check: Vorteile für Gesundheitsämter und Ärzte

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-023

Hintergrund

Eltern von Kleinkindern sind eine wichtige Zielgruppe für Impfungen. Ungeschützte Säuglinge können sich bei Eltern mit impfpräventablen Erkrankungen anstecken. Darüber hinaus haben Eltern als erwachsene Personen bei bestimmten Erkrankungen, z. B. Masern und Windpocken, ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe und Komplikationen. Die derzeitige Elterngeneration weist häufig Impflücken auf^{1,2,3} und hat eine geringe Anzahl an Arztkontakten.⁴ Es bestehen allgemeine Impfeempfehlungen für Erwachsene gegen Diphtherie und Tetanus (Auffrischungsimpfung alle 10 Jahre), gegen Pertussis (einmalig bei nächstfälliger Diphtherie- und Tetanus-Auffrischung), gegen Masern (einmalig für alle nach 1970 Geborene ohne Impfung, mit unklarem Impfstatus oder mit nur einer Impfung im Kindesalter) sowie ggf. gegen Poliomyelitis als Nachholimpfung.⁵

Die Einschulungsuntersuchung ist bundesweit für jedes Kind verpflichtend vor Schulbesuch. Sie wird auf Landesebene geregelt und obliegt üblicherweise dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des jeweiligen Gesundheitsamtes. Bei der Einschulungsuntersuchung wird eine Untersuchung von Impfstatus, Motorik, Sensorik und Verhalten des Kindes durchgeführt. Da hierbei meist die Eltern mit anwesend sind, ließe sich diese Personengruppe durch das qualifizierte Personal des Gesundheitsamtes ansprechen, für das Thema Impfung im Erwachsenenalter sensibilisieren und gegebenenfalls zur Vervollständigung des eigenen Impfstatus gewinnen.

Vor diesem Hintergrund führte das Robert Koch-Institut (RKI) gemeinsam mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin (LAGeSo) und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Marzahn-Hellersdorf und Charlottenburg-Wilmersdorf eine Machbarkeitsstudie durch, deren Ziel es war, die Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer Impfstatusüberprüfung der Eltern im Rahmen der Einschulungsuntersuchung zu evaluieren.

Methoden

Wir entwickelten einen kurzen Fragebogen zur eigenständigen Impfstatusprüfung („Impf-Selbst-Check“)⁶ und erprobten seinen Einsatz bei Eltern von Berliner Kindern, die von Mai bis Juli 2014 in Marzahn-Hellersdorf bzw. von November 2014 bis April 2015 in Charlottenburg-Wilmersdorf an einer Einschulungsuntersuchung teilnahmen. Die Einschulungsuntersuchungen wurden jeweils vom KJGD durchgeführt.

Während der Einschulungsuntersuchung wurde den Eltern in wenigen Sätzen die Bedeutung von Impfungen bei Erwachsenen erläutert und der Impf-Selbst-Check (s. Kasten 1, Seite 124) zur Überprüfung des eigenen Impfstatus mitgegeben.

Diese Woche 15/2016

Überprüfung des Impfstatus
Erwachsener durch Impf-Selbst-
Check

Aktuelle Statistik meldepflichtiger
Infektionskrankheiten
12. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-
Erkrankungen für die
14. Kalenderwoche 2016



Impfcheck für Erwachsene

Ich bin gegen Tetanus (auch Wundstarrkrampf genannt) geschützt Ja Nein

- ▶ Ein ausreichender Schutz gegen Tetanus liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.

Ich bin gegen Diphtherie geschützt Ja Nein

- ▶ Ein ausreichender Schutz gegen Diphtherie liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.

Ich bin gegen Keuchhusten (auch Pertussis genannt) geschützt* Ja Nein

- ▶ Ein ausreichender Schutz gegen Pertussis liegt vor, wenn Sie im Erwachsenenalter eine Impfung gegen Pertussis erhalten haben.

Ich bin gegen Masern geschützt* Ja Nein

Sie gelten als geschützt gegen Masern, wenn

- ▶ ein Arzt bestätigt hat, dass Sie Masern durchgemacht haben ODER
- ▶ zwei Impfungen gegen Masern erfolgt sind ODER
- ▶ eine Impfung im Erwachsenenalter erfolgt ist ODER
- ▶ in Ihrem Blut Antikörper gegen Masern nachgewiesen wurden ODER
- ▶ Sie vor 1970 geboren sind

Ich bin gegen Poliomyelitis geschützt* Ja Nein/unklar

- ▶ Wenn Sie in Ihrem Leben viermal oder mehr gegen Polio geimpft wurden, gelten Sie als geschützt.
- ▶ Wenn Sie in Ihrem Leben dreimal gegen Polio geimpft wurden, sind sie möglicherweise geschützt. Dies hängt vom verwendeten Impfstoff ab.
- ▶ Wenn Sie zweimal oder weniger geimpft wurden, sind Sie nicht geschützt.

Auswertung

Wenn Sie irgendwo „Nein“ angekreuzt haben, sind Sie nicht geschützt: Lassen Sie sich impfen!

Die mit * gekennzeichneten Fragen waren im Impf-Selbst-Check der beschriebenen Studie nicht (Poliomyelitis) oder in veränderter Form (Masern, Keuchhusten) enthalten. Der Erklärungstext bei Masern beim Impf-Selbst-Check der Studie lautete: „Ein ausreichender Schutz gegen Masern liegt vor, wenn zwei Impfungen gegen Masern erfolgt sind ODER ein Arzt bestätigt hat, dass Sie Masern durchgemacht haben.“ Der Erklärungstext bei Keuchhusten lautete: „...wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.“

Kasten 1: Impf-Selbst-Check für Erwachsene, entwickelt anhand STIKO-Empfehlungen. Verwendbar für Schuleingangsuntersuchung, Vorsorgeuntersuchungen oder sonstige Impfberatungen. Auch als Word-Dokument verfügbar unter: <https://zenodo.org/record/18522>

Dieser bestand aus vier Fragen zu Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Masern, die von Eltern mit Hilfe ihres eigenen Impfpasses beantwortet werden konnten und einer kurzen Auswertung. In der Auswertung wurde empfohlen, die Impfung vom behandelnden Arzt nachholen zu lassen, sollte eine der Antworten auf einen fehlenden Impfschutz hindeuten. Auf der Rückseite waren Hintergrundinformationen zu Impfungen und zur Studie aufgeführt.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Impf-Selbst-Checks war auf dem Dokument die Frage enthalten, ob nach der Beantwortung der Fragen eine Impfung geplant wurde verbunden mit der Bitte die Ergebnisse des Impf-Selbst-Checks an das RKI zu senden. Hierfür standen vorfrankierte Umschläge zur Verfügung. Die eingehenden Dokumente wurden mit dem Programm Excel digitalisiert und ausgewertet. Der zusätzliche Arbeitsaufwand für den KJGD wurde durch die an der Machbarkeitsstudie beteiligten Ärzte des KJGD in Minuten pro Eltern geschätzt.

Wir definierten einen unvollständigen Impfschutz für Tetanus, Diphtherie oder Pertussis als das Fehlen von Impfungen

gegen eine der drei Krankheiten in den letzten zehn Jahren. Wir definierten einen unvollständigen Impfschutz gegenüber Masern als das Vorliegen von weniger als zwei Impfungen gegen Masern und keine bisher stattgefundene Masernerkrankung. Die Definition zum Masernimpfschutz ist gegenüber den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)⁵ vereinfacht.

Ergebnisse

Insgesamt wurden im Rahmen der Studie 1.306 Eltern angesprochen. Von ihnen hatten 162 (12%) den Impf-Selbst-Check durchgeführt und die Ergebnisse an das RKI zurückgeschickt. Die Anzahl der Eltern, die den Impf-Selbst-Check durchgeführt haben und die Ergebnisse nicht zurückgeschickt haben, ist unbekannt. Nach Auswertung des Impf-Selbst-Checks waren 59 von 162 (36%) nicht vollständig geimpft. 34 von 59 (58%) planten nach der Durchführung des Impf-Selbst-Checks eine Impfung nachholen zu lassen und 14 von 59 (24%) waren sich nicht sicher, ob sie dafür einen Arzt aufsuchen würden (s. Tab. 1). Der Mehraufwand wurde durch die KJGD-Ärzte auf drei Minuten pro Eltern geschätzt.

	Anzahl Eltern angesprochen	Impf-Selbst-Check zurückgeschickt	Personen, mit mindestens einer fehlenden Impfung	Personen, die Impfung(en) planen
Charlottenburg-Wilmersdorf	1.000	129 (13%)	53	31
Marzahn-Hellersdorf	306	33 (11%)	6	3
Gesamt	1.306	162 (12%)	59	34

Tab. 1: Ergebnisse eines Impf-Selbst-Checks für Erwachsene, ausgeteilt während Schuleingangsuntersuchungen in den Berliner Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf (11/2014–4/2015) und Marzahn-Hellersdorf (5/2014–7/2014)

Diskussion

Mindestens 1 von 10 Eltern führte den Impf-Selbst-Check durch und mehr als die Hälfte derjenigen, bei denen eine Impflücke gefunden wurde, plante diese auch zu schließen. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Teil der Eltern solch einen Impf-Selbst-Check nachweislich durchgeführt hat. Der Trend der zunehmenden „Selbstvermessung“ zeigt, dass Leute gewillt sind, ihren eigenen Gesundheitsstatus zu überprüfen und ggf. daraus Handlungen abzuleiten. Beispiele hierfür sind Selbsttests, wie sie Zeitschriften, Gesundheitsportale im Internet, Health Apps oder Fitness-Tracker anbieten. Hier bietet sich die Möglichkeit für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sinnvolle medizinische „Selbstvermessung“ anzubieten und zu verbreiten. Die Überprüfung des eigenen Impfstatus könnte dazu gehören und sollte für Personen, die motiviert sind ihren Gesundheitsstatus zu verbessern, erreichbar sein.

Erwachsenen zu ermöglichen, ihren Impfpass qualifiziert selbst zu überprüfen folgt dem *Empowerment*-Ansatz der Ottawa-Charta.⁷ Die Bevölkerung soll in die Lage versetzt werden, ihre eigene Gesundheit zu fördern. Das Berliner Gesundheitsdienstreformgesetz von 2006 fordert dies in §1 explizit: „Im Rahmen der Daseinsvorsorge achtet er [der öffentliche Gesundheitsdienst des Landes Berlin] dabei besonders auf die Stärkung der Eigenverantwortung.“

Die Verbreitung des Impf-Selbst-Checks ist mit einem geringen Aufwand verbunden und kostengünstig. Eine mögliche Alternative, eine direkte Überprüfung von Impfpässen Erwachsener durch Einrichtungen des ÖGD, ist nur mit großem Aufwand möglich und wird flächendeckend nur für die Überprüfung des Impfpasses von Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durchgeführt. Ein Impf-Selbst-Check hat gegenüber einer direkten Erhebung durch das Gesundheitsamt Nachteile; so könnten z. B. bei einer direkten Erhebung Impflücken vor Ort geschlossen werden. Vor dem Hintergrund der abnehmenden Personalstärke in Gesundheitsämtern⁸ ist der Impf-Selbst-Check jedoch ein möglicher Weg, um einen Teil der Erwachsenen zu erreichen.

Die Ergebnisse der Studie sind dadurch limitiert, dass die Anzahl an Personen, die den Impf-Selbst-Check tatsächlich durchgeführt haben, nicht bekannt ist. Die Rücksendung stellt eine gewisse Hürde dar, so dass man davon ausgehen kann, dass der Impf-Selbst-Check bei einer unbe-

stimmten Anzahl von Personen auch ohne Rücksendung der Ergebnisse durchgeführt wurde. Der Impf-Selbst-Check ist nicht validiert, d. h. die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ist nicht gesichert und von den Personen, die angaben, eine gefundene Impflücke schließen zu wollen, werden möglicherweise nicht alle dieses auch tatsächlich getan haben. Da wir nur von 12 % der Eltern die Ergebnisse bekommen haben, ist der Impf-Selbst-Check nicht geeignet, um daraus Impfquoten in der Bevölkerung abzuleiten. Die gemessenen Impfquoten zeigen aber, dass nicht nur sehr gesundheitsbewusste Personen, die bereits einen vollständigen Impfschutz haben, den Impf-Selbst-Check durchführen.

Empfehlung

Angesichts der Wichtigkeit eines vollständigen Impfschutzes bei Eltern empfehlen wir den Impf-Selbst-Check bei der Schuleingangsuntersuchung, bei Impfberatungen vor Aufnahme eines Kindes in eine Kinderbetreuungseinrichtung oder in ähnlichen Situationen, wie z. B. bei den Vorsorge-Untersuchungen bei Kinderärzten, routinemäßig einzusetzen. Hierzu kann der Impf-Selbst-Check (s. Kasten 1, Seite 124) als Baustein für einen Entwurf verwendet werden. Eine fertig formatierte Fassung im Word-Format haben wir im Internet zur freien Verwendung zur Verfügung gestellt.⁶

Literatur

1. Poethko-Müller C, Schmitz R: Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2013;56(5–6):845–57
2. RKI: Überblick über die Epidemiologie der Masern in 2014 und aktuelle Situation in 2015 in Deutschland. Epid Bull 2015;10:69–79
3. Schubert, Hentschel, Simon et al.: Epidemiologischer Wochenbericht für die Berichtswoche 45 / 2013 über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten. Epi-Info 2013;45/2013:12
4. Riens B, Erhart M, Mangiapane S: Arztkontakte im Jahr 2007 Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2012
5. RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/ Stand: August 2015. Epid Bull 2015;34:328–256
6. Schumacher J, Sagebiel D, Siedler A: Impfcheck für Erwachsene. Zenodo. 10.5281/zenodo.18522 (2015) <https://zenodo.org/record/18522>
7. World Health Organization: Ottawa Charter for Health Promotion 1986
8. Teichert U: Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. 117. Deutschen Ärztetag; Düsseldorf 2014

Für diesen Beitrag danken wir Jacob Schumacher (Robert Koch-Institut). Anfragen können unter folgender E-Mail-Adresse erfolgen: EpiBull@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

12. Woche 2016 (Datenstand: 13. April 2016)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	50	1.031	1.184	0	18	13	17	244	167	0	11	8
Bayern	92	1.431	1.434	1	31	42	16	268	246	1	19	19
Berlin	23	574	667	1	16	13	6	89	68	0	19	9
Brandenburg	17	322	427	2	13	9	11	81	105	0	0	2
Bremen	1	62	98	0	1	1	0	5	10	0	2	0
Hamburg	18	281	337	1	4	3	2	55	40	0	1	6
Hessen	30	834	867	1	11	6	11	158	131	2	15	6
Mecklenburg-Vorpommern	11	230	252	0	11	10	4	64	68	0	1	0
Niedersachsen	52	1.071	900	4	46	43	16	171	215	0	7	3
Nordrhein-Westfalen	181	3.892	3.462	8	58	57	27	498	507	2	12	10
Rheinland-Pfalz	37	670	681	6	29	19	10	152	105	0	9	4
Saarland	9	201	230	0	1	1	3	20	27	0	2	0
Sachsen	51	959	934	2	15	29	12	136	205	1	2	6
Sachsen-Anhalt	17	351	250	0	15	13	9	107	98	0	3	0
Schleswig-Holstein	20	373	427	2	12	4	5	54	53	0	0	2
Thüringen	22	378	340	2	6	8	10	93	99	0	0	0
Deutschland	632	12.663	12.496	30	287	271	159	2.195	2.144	6	103	75

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis		Kryptosporidiose			
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016	2015	2016		2015	
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	0	22	22	91	1.261	3.083	17	260	486	11	89	81	1	10	4
Bayern	1	74	65	176	2.402	4.595	71	701	517	5	147	150	2	20	25
Berlin	1	27	14	92	1.134	1.250	52	498	419	0	76	76	4	20	28
Brandenburg	0	23	17	79	1.346	1.775	59	761	430	1	27	39	1	11	7
Bremen	0	2	0	9	135	223	6	44	24	0	10	5	0	0	0
Hamburg	0	9	16	20	394	832	11	263	238	0	21	25	2	18	7
Hessen	3	48	38	46	924	2.382	33	398	452	1	50	46	2	25	18
Mecklenburg-Vorpommern	0	12	11	53	934	1.790	49	719	346	1	19	23	3	37	12
Niedersachsen	8	76	45	154	1.882	3.208	40	401	660	1	26	22	2	22	13
Nordrhein-Westfalen	7	137	96	392	3.963	9.963	74	901	1.243	6	127	97	4	49	31
Rheinland-Pfalz	1	47	23	132	1.086	2.757	14	219	224	0	22	28	1	9	6
Saarland	0	4	6	19	305	973	4	60	40	0	8	6	0	8	0
Sachsen	5	88	56	161	2.589	3.681	108	1.032	1.365	7	57	67	3	31	22
Sachsen-Anhalt	2	34	44	96	1.298	2.188	55	500	583	0	28	9	0	19	11
Schleswig-Holstein	0	13	13	53	558	1.058	24	188	145	1	11	10	1	15	5
Thüringen	7	54	42	96	1.429	2.021	37	419	590	2	20	30	1	6	8
Deutschland	35	670	508	1.670	21.642	41.784	654	7.364	7.763	36	738	714	27	300	197

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 die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **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.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

12. Woche 2016 (Datenstand: 13. April 2016)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	2	31	8	7	60	24	9	122	199	3	15	22	22	181	128
Bayern	2	38	33	7	210	47	11	217	235	2	14	18	20	275	196
Berlin	0	25	6	0	24	21	5	80	108	1	11	7	9	103	83
Brandenburg	0	7	4	1	6	5	0	8	21	0	5	6	2	51	30
Bremen	0	1	1	1	2	0	0	1	1	0	2	0	1	15	12
Hamburg	0	11	6	3	55	13	1	24	25	0	2	1	4	55	45
Hessen	1	19	16	2	77	28	3	89	120	1	8	2	14	136	128
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	1	0	8	2	1	11	10	1	3	2	1	11	10
Niedersachsen	0	30	16	4	37	12	6	84	50	0	9	10	3	89	94
Nordrhein-Westfalen	5	47	32	6	86	56	15	159	136	1	16	13	23	319	271
Rheinland-Pfalz	1	10	10	3	11	10	3	65	52	0	10	13	4	75	53
Saarland	1	4	1	0	2	0	1	10	7	0	0	0	0	5	8
Sachsen	0	5	4	5	78	7	3	47	46	0	4	1	5	46	47
Sachsen-Anhalt	0	8	17	1	12	4	1	23	14	0	3	2	1	35	34
Schleswig-Holstein	0	14	7	0	12	7	3	44	71	0	1	2	3	32	17
Thüringen	0	4	5	0	2	8	1	15	19	0	2	3	3	21	13
Deutschland	12	258	167	40	682	244	63	999	1.114	9	105	102	116	1.452	1.170

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
Baden-Württemberg	1	1	36	1	24	14	0	1	0	4	121	203	72	1.222	683
Bayern	1	4	79	0	21	27	0	0	5	0	104	630	131	1.767	1.135
Berlin	0	5	774	1	12	9	0	2	0	8	246	213	36	737	407
Brandenburg	0	0	72	0	1	5	0	0	0	1	72	181	22	241	165
Bremen	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	7	10	5	137	64
Hamburg	0	0	34	1	6	24	0	0	0	0	12	46	14	150	116
Hessen	0	1	15	1	15	7	0	0	0	0	68	156	28	419	310
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	11	0	2	4	0	0	0	0	26	57	0	57	75
Niedersachsen	0	1	25	0	7	6	0	0	1	4	117	170	41	397	449
Nordrhein-Westfalen	0	5	38	2	31	77	0	1	1	1	105	425	79	1.438	1.157
Rheinland-Pfalz	0	6	1	0	9	12	0	0	1	3	105	95	18	274	174
Saarland	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	5	19	3	41	36
Sachsen	0	0	96	0	2	4	0	0	0	0	26	82	44	628	518
Sachsen-Anhalt	0	0	15	1	5	4	0	0	0	0	24	48	6	117	96
Schleswig-Holstein	0	1	19	1	9	13	0	1	0	2	24	42	10	187	124
Thüringen	0	0	37	0	3	3	0	0	1	4	72	149	5	73	181
Deutschland	2	24	1.252	8	148	216	0	5	9	27	1.134	2.526	514	7.885	5.690

+ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

++ 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).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

12. Woche 2016 (Datenstand: 13. April 2016)

Krankheit	2016	2016	2015	2015
	12. Woche	1.–12. Woche	1.–12. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	8	119	162	567
Brucellose	0	6	5	44
Chikungunya-Fieber	0	12	54	110
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	6	22	70
Dengue-Fieber	12	201	144	722
FSME	0	5	11	222
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	11	9	69
Hantavirus-Erkrankung	0	33	143	823
Hepatitis D	0	0	6	19
Hepatitis E	23	309	228	1.267
Influenza	6.471	42.788	68.127	77.765
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	16	168	172	549
Legionellose	8	157	169	879
Leptospirose	1	14	18	86
Listeriose	8	147	125	662
Ornithose	2	3	2	10
Paratyphus	1	5	7	36
Q-Fieber	4	48	37	321
Trichinellose	0	2	8	8
Tularämie	1	9	6	34
Typhus abdominalis	0	6	13	68

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Diphtherie**

Bayern, 29 Jahre, weiblich (*C. diphtheriae*, Hautdiphtherie, Infektionsland: Thailand)
(2. Diphtherie-Fall 2016)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 14. Kalenderwoche (KW) 2016

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 14. KW 2016 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrundaktivität. Im NRZ für Influenza wurden in der 14. KW 2016 in 74 (58 %) von 128 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. In 55 (43 %) Proben wurden Influenza-, in sieben (5 %) Respiratorische Synzytial (RS)-, in zwei (2 %) humane Metapneumoviren (hMPV), in fünf (4 %) Adeno- und in acht (6 %) Rhinoviren nachgewiesen. Innerhalb der Influenzaviren dominiert mit 85 % gegenwärtig weiterhin Influenza B. Die Grippe-Aktivität nimmt weiterhin ab, aber es wird noch immer eine hohe Influenza-Positivenrate registriert.

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

Von den Ländern, die für die 13. KW 2016 Daten an TESSy (*The European Surveillance System*) sandten, berichteten zehn Länder über eine mittlere und 31 über eine niedrige Influenza-Aktivität. 93 % der berichtenden Länder verzeichneten einen sinkenden oder stabilen Trend. Die Grippe-Aktivität erreichte in Europa in der 5. KW bis 7. KW ihren Höhepunkt und ging seitdem wieder zurück. Weitere Informationen sind abrufbar unter: www.flunewseurope.org/.

Humane Erkrankungen mit aviären Influenza A-Viren (WHO-Update: 4.4.2016)

Die WHO hat zwischen 2003 und dem 4.4.2016 über insgesamt 850 laborbestätigte, humane Fälle von aviärer Influenza-A(H5N1)-Virusinfektion aus 16 Ländern berichtet. Von diesen Fällen sind 449 (53 %) verstorben. Es wurden seit dem letzten Update vom 25.2.2016 vier neue Fälle von A(H5N1) und ein humaner Fall mit Influenza A(H5N6) aus China an die WHO gemeldet. Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAL_Risk_Assessment/en/.

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI von der 14. KW 2016
<https://influenza.rki.de/>

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
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. Markus Kirchner (Vertretung)
E-Mail: KirchnerM@rki.de

► Redaktionsassistenten: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@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 Kostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

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)
PVKZ A-14273