



Epidemiologisches Bulletin

5. Dezember 2011 / Nr. 48

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Bericht zum Expertenworkshop „Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“

Mehr als ein Viertel der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen haben einen Migrationshintergrund.¹ Aussagen über den Impfstatus dieser Kinder und Jugendlichen sind nur in eingeschränktem Maße möglich. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurden erstmals bundesweit repräsentative Daten zum Impfstatus von Kindern und Jugendlichen, differenziert nach Migrationshintergrund, erhoben.² Aufgrund der Erkenntnisse der KiGGS-Studie wurde Mitte 2010 das Forschungsprojekt „Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ initiiert. Die finanzielle Förderung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit.

Expertenworkshop

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde am 25. November 2010 am Robert Koch-Institut (RKI) ein Expertenworkshop zum Thema „Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ durchgeführt.

An dem Workshop nahmen 28 Experten aus der Kinder- und Jugendmedizin, der Gynäkologie, aus Migrantenorganisationen, Wohlfahrtsverbänden, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie der Wissenschaft teil. Ziel des Workshops war es, Fragen zum Handlungsbedarf aufzugreifen, Ressourcen und Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfungen unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu identifizieren, erfolgversprechende Zugangs- bzw. Kommunikationswege zu den Zielgruppen sowie Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen zu entwickeln. Im ersten Teil des Workshops wurden in zwei Themenblöcken die aktuelle Datenlage und bestehende Projekte zur Verbesserung von Impfquoten im Rahmen von Präsentationen vorgestellt, anschließend fand eine moderierte Diskussion unter Einbezug aller Teilnehmer statt.

Präsentationen

Im **ersten Themenblock** wurde die aktuelle Datenlage näher beleuchtet.

Dr. Christina Poethko-Müller (RKI) stellte die **Ergebnisse der KiGGS-Studie** (Laufzeit 2003–2006 mit $n = 17.641$ Kindern und Jugendlichen) zu „Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ vor.

Impfzusammenfassungen waren für 93,3% der Kinder und Jugendlichen auswertbar, der Anteil von fehlenden oder unvollständigen Impfdokumenten (Folgedokument) war mit 17,3% bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund (MH) besonders hoch (ohne MH: 4,6%; einseitiger MH: 7,0%).

Bei der Analyse der Impfquoten ist eine differenzierte Betrachtung – nach Alter, Einwanderergeneration, Herkunftsland und Art der Impfung – notwendig. Die Daten der KiGGS-Studie zeigen niedrige Impfquoten insbesondere bei nach der Geburt zugewanderten Kindern und Jugendlichen. Beispielsweise verfügen 59% der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund über einen vollständigen Hepatitis-B-Impfschutz gegenüber 58% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, und nur 43% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die nach der Geburt zugewandert sind. Von

Diese Woche

48/2011

Schutzimpfungen

Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Nationale Referenzzentren/ Konsiliarlaboratorien

Ausschreibung eines Konsiliarlaboratoriums für elektronenmikroskopische und andere hochauflösende Verfahren zur Erregerdiagnostik

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen September 2011 (Datenstand: 1. Dezember 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik 45. Woche 2011 (Datenstand: 30. November 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 47. Woche 2011



den 11- bis 17-Jährigen haben nach der Geburt zugewanderte nur zu 86 % die erste Masernimpfung erhalten gegenüber 95 % der in Deutschland geborenen mit Migrationshintergrund und 96 % der 11- bis 17-Jährigen ohne Migrationshintergrund.

Insgesamt gilt für alle Impfungen, dass in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nicht schlechter geimpft sind als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Elterliche Vorbehalte gegenüber Impfungen wurden für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener angegeben als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Am Beispiel der Tetanusimpfquoten kann gezeigt werden, dass die Unterschiede in den Impfquoten zwischen Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und denen, die selbst zugewandert sind, nicht durch die Unterschiede in Bezug auf die Sozialstatusgruppen erklärt werden. Es zeigen sich aber Hinweise auf sprachliche Barrieren sowie Hinweise auf eine geringere Anzahl von Arztkontakten in Familien von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund. Die Beteiligung an der Jugenduntersuchung (J1) war bei allen Jugendlichen mit 37,0 % niedrig und ist insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund gering (in Deutschland geboren: 34,4 %; selbst zugewandert: 27,3 %).

Ein wichtiger Ansatzpunkt zur Steigerung der Impfquoten bei Jugendlichen bietet sich nach den KiGGS-Ergebnissen in einer Verbesserung der Inanspruchnahme der J1. Unabhängig vom Migrationshintergrund ist die Hepatitis-B-Impfquote bei Jugendlichen, die die J1 in Anspruch genommen hatten, um 15 bis 20 Prozentpunkte höher als bei Jugendlichen, die die J1 nicht in Anspruch genommen hatten.^{3,4}

Jeffrey Butler (Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit) präsentierte lokale Daten zum „**Impfstatus von Zehntklässlern im Bezirk Berlin-Mitte**“ am Beispiel der Tetanus-, Masern- und Hepatitis-B-Impfung zum Zeitpunkt der JAG (Jugendarbeitsschutzgesetz)-Untersuchung. Trotz der guten Impfquote unter Kindern mit Migrationshintergrund in Berlin bei den Schuleingangsuntersuchungen weisen die Ergebnisse der Analysen der JAG-Untersuchung auf deutliche Impfdefizite bei Jugendlichen, insbesondere mit Migrationshintergrund, hin (Schuljahre 2008/2009 und 2009/2010 mit n = 1.333 Jugendlichen). Die Ergebnisse basieren auf der Auswertung von 1.154 Impfausweisen. Niedrige Impfquoten zeigen sich sowohl in Form unvollständiger Grundimmunisierungen als auch fehlender Auffrischimpfungen bei einem großen Anteil der untersuchten Jugendlichen. Bei einer Differenzierung der Ergebnisse nach Herkunft sind beispielsweise Jugendliche türkischer Herkunft und Jugendliche aus dem ehemaligen Ostblock mit 32,6 % bzw. 34,3 % deutlich seltener vollständig gegen Tetanus geimpft als Jugendliche aus arabischen Ländern (41,6 %) bzw. Jugendliche ohne Migrationshintergrund (47,1 %).

Der Impfschutz gegen Hepatitis B ist demgegenüber bei Zehntklässlern arabischer und türkischer Herkunft mit 91,8 % bzw. 86,0 % deutlich besser als bei Jugendlichen

ohne Migrationshintergrund (80,4 %) oder aus dem ehemaligen Ostblock (73,7 %).

Auch zeigt sich ein Unterschied nach Sozialstatus: Jugendliche aus der unteren sozialen Statusgruppe sind beispielsweise seltener vollständig gegen Tetanus geimpft als Jugendliche der mittleren und oberen Statusgruppe (35,8 % vs. 51,2 % und 45,3 %). Da sich die Daten auf Schulabgänger der Haupt- und Realschule beziehen, ist die Untersuchungsgruppe nicht repräsentativ für die gesamte Altersgruppe im Bezirk. Angesichts der z.T. kleinen Fallzahlen waren Analysen nach sozialer Lage in den Herkunftsgruppen nicht möglich. In Berlin-Mitte wird die JAG-Untersuchung genutzt, um bei Jugendlichen, die die Schule nach der 10. Klasse verlassen, fehlende Impfungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst nachzuholen.⁵

Im **zweiten Themenblock** wurden Projekte aus dem Gebiet der Impfprävention präsentiert, welche insbesondere an Jugendliche und/oder Personen mit Migrationshintergrund gerichtet sind.

Ramazan Salman und Dr. Gisela Fischer (Ethno-Medizinisches Zentrum e. V., Hannover) stellten „**Das MiMi Impfprojekt**, Prävention und Aufklärung zum Thema Impfen, Mit Migranten für Migranten“ im Bundesland Niedersachsen vor. Dieses stärkt das Thema Impfen in der Zielgruppe der erwachsenen Migranten durch einen Multiplikatorenansatz. Das Impfprojekt hatte zunächst eine Laufzeit von 12 Monaten, von August 2010 bis Juli 2011, diese ist zum jetzigen Zeitpunkt bereits verlängert. Es wird gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, den BKK Landesverband Mitte und Sanofi Pasteur MSD. Wesentliche Bausteine des Projektes sind die Schulung von Mediatoren mit Migrationshintergrund, die Erstellung von Arbeitsmaterialien (Handout, Foliensatz und CD), die Entwicklung eines Wegweisers in zehn Sprachen, die Durchführung von Informationsveranstaltungen sowie die Evaluation des Projektes.

Die **Erreichbarkeit von jugendlichen Migrantinnen für Themen der Impfprävention** konnten Dr. Gisela Gille und Dr. Cordula Layer von der ÄGGF (Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V.) demonstrieren. Sie stellten Projekte vor, die durch die ÄGGF angeboten werden, wie beispielsweise die „Mädchensprechstunde in Schulen“, das „Migrantinnen-Mütterprojekt“ sowie ein EU-Projekt zu „Migrantinnen aus Drittstaaten“, mit dem insbesondere Frauen aus Nicht-EU-Ländern erreicht werden. Die Projekte der ÄGGF e. V. werden bundesweit durch 90 Ärztinnen in Form einer aufsuchenden ärztlichen Gesundheitserziehung vor allem in Schulen durchgeführt (insbesondere Haupt-, Real- und Gesamtschulen). Ziel der Projekte ist die Primärprävention vor allem bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen bzw. jungen Frauen. Gute Erfahrungen machen die Ärztinnen bei ihren Veranstaltungen mit dem positiven Ansatz „Den eigenen Körper schätzen und schützen lernen“. Die ÄGGF führte 2009 insgesamt 7.446 Veranstaltungen durch, bei denen rund 120.000 Mädchen und junge Frauen erreicht werden konnten, darunter ca. 40 %

mit Migrationshintergrund. Zusätzlich fanden 2009 bundesweit ca. 450 Veranstaltungen mit Müttern und Frauen in Integrationskursen statt.^{6,7}

Dr. Hedwig Roggendorf (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Essen) stellte **kommunale Projekte zur Steigerung der Impfquoten bei Jugendlichen** vor. Bei der Schuleingangsuntersuchung 2009 in Essen wiesen 41% der 4.800 Schulanfänger einen Migrationshintergrund auf. Seit 2001 bietet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine Impfberatung in Schulen für Jugendliche an,⁸ seit 2007 Impfunterricht durch Medizinstudenten in Haupt-, Real- und Gesamtschulen. 2009 und 2010 wurde je eine „Impfaktion“ an einem Berufskolleg durchgeführt. Diese beinhaltete eine individuelle Impfberatung für Schüler und Lehrer, Info-Stände, einen Impf-Parcours, eine Fragebogenaktion sowie die Möglichkeit für die Schüler, sich vor Ort impfen zu lassen. Außerdem initiierte das Gesundheitsamt Essen die Aktion zur Steigerung der Inanspruchnahme der J1 „Mach mit – bleib fit“.

Ergebnis der Fragebogenaktion des Impfunterrichts 2009 (n = 2.241/2.808, Response 80%) war, dass Jugendliche Impfungen als wichtig bewerten. Sie benötigen jedoch zusätzliche Informationen und Motivation zu Impfungen. Dr. Roggendorf hält folgende Maßnahmen für bedeutende Komponenten zur Verbesserung des Impfschutzes bei Jugendlichen: eine regelmäßige Erhebung des Impfstatus, eine individuelle, schriftliche Impfberatung, regelmäßige Impfaktionen bzw. Impfunterricht und eine Information der Lehrer zu Impfungen. Eine wesentliche Voraussetzung für die Steigerung der Impfquoten bei Jugendlichen ist eine gute Vernetzung von Schulen, Kinder- und Jugendärzten und dem Gesundheitsamt.

Diskussion

Zentrale Themen für die von Dr. Hella von Unger (Wissenschaftszentrum Berlin) moderierte Diskussion waren der Handlungsbedarf, die Ressourcen für eine bessere Inanspruchnahme von Impfangeboten und erfolgversprechende Zugangswege der Impfprävention zu den Zielgruppen. Des Weiteren sollten mögliche Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfungen sowie Ansatzpunkte für Maßnahmen und deren Gestaltung beleuchtet werden.

Handlungsbedarf hinsichtlich der Impfquoten wurde von den Experten vor allem bei der **Zielgruppe der Jugendlichen unabhängig vom Migrationsstatus, bei neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in den Ferien in ihre Herkunftsländer reisen** (für reisespezifische Impfungen und andere Prophylaxemaßnahmen), identifiziert.

Für die **Zielgruppe der Jugendlichen** wurden Ressourcen und Zugangswege für eine bessere Inanspruchnahme von Impfungen in settingbezogenen Ansätzen gesehen, beispielsweise das Setting Familie für eine gezielte Ansprache von Müttern und Eltern als Gesundheitsmultiplikatoren in der Familie. Insbesondere die Schule oder auch Sportvereine eignen sich analog zu anderen Präventionsfeldern

gut, um Jugendliche zu erreichen. Es wurde angeregt, niedrigschwellige Interventionen (z. B. in Berufskollegs) zu fördern. Für eine gezielte Ansprache von Jugendlichen ist es von Vorteil, das Thema Impfprävention mit Gesundheitsthemen zu kombinieren, die in dieser Altersgruppe größere direkte gesundheitliche Relevanz und dadurch ein höheres Aufmerksamkeitspotenzial haben, wie z. B. mögliche gesundheitliche Aspekte von Tattoos oder Piercings.

Als Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfangeboten wurde neben strukturellen Barrieren im Gesundheitssystem für die Gruppe der Jugendlichen, wie der nachlassende Kontakt zum Kinderarzt, auch die generell schwierige Erreichbarkeit dieser Zielgruppe für Präventionsthemen sowie die geringe Inanspruchnahme der J1 diskutiert. Insbesondere die J1 könnte ein guter Ansatz sein, die Impfquoten zu verbessern. Eine günstige Gelegenheit für die Überprüfung des Impfstatus und die Schließung von Impflücken bieten aus Sicht der Experten Übergänge (beispielsweise Schul- oder Wohnortwechsel), wie sie im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen bereits genutzt werden. Interventionen bei Jugendlichen sollten zielgruppenspezifisch angepasst und kulturspezifisch gestaltet sein, um eine hohe Akzeptanz zu erreichen. Eine sprachliche Differenzierung scheint für Jugendliche weniger vordringlich. Für Eltern mit unzureichenden Deutschkenntnissen wird jedoch eine sprachliche Anpassung z. B. von eingesetzten Informationsmaterialien als günstig angesehen, möglicherweise könnten Gesprächstermine (mit Sprachmittlern) angeboten werden.

Besondere Beachtung sollten zugewanderte Kinder und Jugendliche, Asylbewerber und Flüchtlinge erhalten, da deren Impfstatus häufig nicht dem empfohlenen Impfschema der STIKO (Ständigen Impfkommission) entspricht. Eine Möglichkeit, Impflücken bei **neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen** zu schließen, ist das aktive Anbieten von Impfungen bei der Ankunft im Land. Dies sollte in Verbindung mit Informationen zu weiteren Themen der Prävention erfolgen. Frauen und Müttern kommt dabei als Mittlerinnen für Gesundheitsthemen eine besondere Rolle zu. Sprach- und Integrationskurse sind geeignete Orte, zu Gesundheitsthemen, dem deutschen Gesundheitssystem sowie dem Angebot von Präventionsmaßnahmen zu informieren. Hemmende Faktoren bei der Inanspruchnahme von Impfungen können bei nach der Geburt zugewanderten Kindern und Jugendlichen und bei Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund Informationslücken hinsichtlich bestehender Präventionsangebote sowie sprachliche und kulturelle Barrieren sein.

Bei Aufklärungs- und Informationsmaterialien wurden pharmakonabhängige Materialien befürwortet, die klar strukturiert und leicht verständlich sein sollten. Diese Materialien und Informationen sollten in verschiedenen Sprachen bzw. zwei- oder mehrsprachig verfügbar sein. Bei der Ausgestaltung der Interventionen sollte die Heterogenität berücksichtigt und die Ressourcen der Zielgruppe einbezogen werden.

Familien mit Migrationshintergrund sollten bei Reisen ins Herkunftsland durch eine gezielte Ansprache über das jeweilige Infektionsrisiko des Landes und die Möglichkeit eines Impfschutzes informiert werden (insbesondere Hepatitis A bei entsprechenden Reisezielen⁹, aber auch andere Schutzimpfungen und Präventionsmaßnahmen entsprechend der lokalen Epidemiologie). Um dieses Ziel zu erreichen, sind regelmäßige Fortbildungen zu reisemedizinischen Aspekten für impfende Ärzte sinnvoll.

Forschungsbedarf wurde hinsichtlich der Erhebung von migrationspezifischen quantitativen Daten zu Impfquoten, insbesondere bei Jugendlichen, gesehen. Diese sollten nach standardisierten Parametern erhoben werden,¹⁰ um die Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Begleitforschung in Form von Evaluationen von Maßnahmen der Impfprävention (wie z. B. Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten, Kommunikationskampagnen) sowie qualitativen Untersuchungen zu Ressourcen und Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfungen sollte ausgebaut werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus den Vorträgen und den Diskussionen können folgende Ergebnisse zusammengefasst werden: Daten der KiGGS-Studie weisen auf Defizite in den Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit eigener Migrationserfahrung sowie generell bei Jugendlichen mit, aber auch ohne Migrationshintergrund hin. Migrationsspezifische Daten von Schuleingangsuntersuchungen einiger deutscher Großstädte (z. B. Stuttgart, Berlin, Frankfurt, Köln) zeigen, dass hier Kinder mit Migrationshintergrund generell nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Vorgestellte regionale Erhebungen aus dem Bezirk Berlin-Mitte zeigen deutliche Impflücken bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund.⁵ Für Jugendliche liegen neben den KiGGS-Daten keine bundesweiten Daten zu Impfquoten vor, da in dieser Altersgruppe keine generelle Überprüfung des Impfstatus, wie z. B. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, stattfindet.

Von den Experten wurde in der Diskussion Handlungsbedarf hinsichtlich der Impfquoten vor allem bei Jugendlichen mit, aber auch ohne Migrationshintergrund, bei neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in den Ferien in ihre Herkunftsländer reisen (Reiseimpfungen), gesehen. Die Inanspruchnahme der Jugenduntersuchung (J1), die mit verbesserten Impfquoten in Zusammenhang steht, ist bundesweit bei allen Jugendlichen nicht zufriedenstellend und ist insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund gering. Die auf dem Workshop vorgestellten lokalen Praxisprojekte bieten gute Beispiele zum Abbau von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Impfungen und zeigen Zugangswege auf, mit denen schwer zu erreichende Zielgruppen für Maßnahmen der Impfprävention besser angesprochen werden können.

Ausblick

Die Ergebnisse des Expertenworkshops wurden bei der Planung von Fokusgruppen und der weiteren Projektgestaltung berücksichtigt. Ressourcen und Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfungen im Jugendalter wurden im Frühjahr 2011 in Fokusgruppen mit Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, mit Müttern sowie mit niedergelassenen Ärzten vertiefend exploriert. Ergebnisse dieser Fokusgruppen sollen demnächst veröffentlicht werden. Der Workshop bot Gelegenheit zum Austausch von Erfahrungen und Einschätzungen auf dem Gebiet der Impfprävention, zur Diskussion von konkreten Problemstellungen und Lösungsansätzen und hat die interdisziplinäre Vernetzung in diesem Feld gestärkt.

Besonderer Dank gilt dem BMG, welches durch die Förderung des Forschungsprojektes diese Veranstaltung ermöglicht hat. An dieser Stelle wollen wir uns noch einmal ganz herzlich bei allen Expertinnen und Experten für ihre Teilnahme und wertvollen Beiträge bedanken.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt 2011: Aktueller Mikrozensus 2010 (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2010)
2. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H: Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50 (5/6): 590–599
3. Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R, Neuhauser H, Schlaud M, Schenk L: Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. Vaccine 2009; 27(19): 2563–2569
4. RKI: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin, 2008
5. Bezirksamt Mitte von Berlin: Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte. Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes. Beiträge zur GBE, 2011, Band 17: 100–105 http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamitte/publikationen/ges/migrationsbericht_berlin_mitte2.pdf
6. Klapp C: Mädchensprechstunde. Mädchen aus fremden Kulturkreisen. Frauenarzt 2008; 49 (4): 326–332
7. Hinzpeter B, Layer C, Klapp C, Gille G: Wir müssen die Frauen erreichen – in unserer oder in ihrer Sprache. Ärztliche Präventionsgespräche mit Frauen aus Drittstaaten – Erfahrungen mit einem EU-geförderten Projekt. Gynäkologe 2010; 43: 355–360
8. Roggendorf H, Freynick P, Hofmann F: Erfolgreiche Strategie zur Verbesserung der Impfraten bei Jugendlichen. Gesundheitswesen 2010; Sep 15
9. Faber M S, Stark K, Behnke S C, Schreier E, Frank C: Epidemiology of Hepatitis A Virus Infections, Germany, 2007–2008. Emerging Infectious Diseases 2009; 15 (11): 1760–1768
10. Schenk L., Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C: Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2006; 49(9): 853–860

Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention (FG 33) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts, erarbeitet von Dr. Karen Atzpodien und Juliane Seidel. Als **Ansprechpartnerin** steht Dr. Karen Atzpodien (E-Mail: AtzpodienK@rki.de) zur Verfügung.

Ausschreibung eines Konsiliarlaboratoriums für elektronenmikroskopische und andere hochauflösende Verfahren zur Erregerdiagnostik (Hochauflösende Schnelldiagnostik)

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Entwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut zusätzliche Fachexpertisen erforderlich, die u. a. durch Konsiliarlaboratorien erbracht werden. Eine Finanzierung ist nur in begrenztem Umfang, vor allem im Rahmen der Durchführung spezieller Netzwerkprojekte möglich.

Es ist beabsichtigt, ein Konsiliarlaboratorium für elektronenmikroskopische und andere hochauflösende Verfahren zur Erregerdiagnostik (Hochauflösende Schnelldiagnostik) auszuschreiben, das voraussichtlich ab April 2012 seine Tätigkeit aufnehmen soll. Interessierte leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum 20. Februar 2012 ein Konzept für dieses Konsiliarlaboratorium einzureichen, das die nachfolgend aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben eines Konsiliarlaboratoriums berücksichtigt.

Das Konsiliarlaboratorium soll folgende spezielle Aufgaben übernehmen:

- ▶ Elektronenmikroskopie oder andere hochauflösende Techniken zum Nachweis von Mikroorganismen, insbesondere Viren, in diagnostischen Proben von Mensch und Tier. Die hochauflösende Diagnostik wird nach Partikelanreicherung und verschiedenen Kontrastierungstechniken als Schnelldiagnostik durchgeführt; dies ermöglicht auch das Erkennen von Mehrfachinfektionen oder nicht vermuteten Agenzien;
- ▶ Beratung über entsprechende hochauflösende diagnostische Verfahren (z. B. Nanoskopie), Schulung in entsprechender Methodik und Service nach Absprache;
- ▶ Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und Versandbedingungen.

Allgemeiner Aufgabenkatalog für Konsiliarlaboratorien:

Als Konsiliarlaboratorium kommt ein Labor infrage, das alle oder eine bestimmte Auswahl von Aufgaben der nachfolgenden Art erfüllt:

- ▶ Beratungstätigkeit (insbesondere des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie von Laboratorien, niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Forschungsinstituten)

- ▶ Arbeiten im Rahmen der Qualitätssicherung (Teilnahme an Studien und Ringversuchen, z. B. in Zusammenarbeit mit INSTAND, WHO, EU, Fachgesellschaften, Weiterbildung)
- ▶ Weiter- oder Neuentwicklung diagnostischer Verfahren für einzelne Erreger
- ▶ Mitwirkung bei der epidemiologischen Bewertung der Situation spezieller Erreger
- ▶ Durchführung von Studien innerhalb eines Netzwerkes diagnostischer Einrichtungen
- ▶ Beratung des Robert Koch-Instituts und Mitwirkung bei der Erarbeitung wissenschaftlicher Materialien insoweit dies hochauflösende diagnostische Verfahren betrifft (z. B. Falldefinitionen, Ratgeber Infektionskrankheiten)

Die Konsiliarlaboratorien werden in der Regel für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Die gegenwärtige Berufungsperiode der Konsiliarlaboratorien erstreckt sich auf den Zeitraum bis zum 31.12.2013.

Auf der Grundlage des vorstehenden Aufgabenkatalogs fordert das Robert Koch-Institut interessierte Institutionen auf, ein Angebot zu unterbreiten.

Das Procedere für Neubesetzungen von Konsiliarlaboratorien ist im Internet unter www.rki.de (Infektionsschutz > Nationale Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien) veröffentlicht.

Die Angebote müssen in deutscher Sprache in Form eines Antrags schriftlich in zweifacher Ausfertigung und rechtsverbindlich unterschrieben im verschlossenen Umschlag bis zum

20. Februar 2012

an das Robert Koch-Institut, Abteilung 3, Frau Dr. Laude, DGZ-Ring 1, 13086 Berlin, abgesandt sein (Datum des Poststempels). Weiterhin wird um Übersendung der Datei per E-Mail an LaudeG@rki.de gebeten.

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Robert Koch-Institut unter der o.g. Anschrift (Tel. 030.18754-3312 oder Fax 030.18754-3533).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: September 2011 (Datenstand: 1.12.2011) Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

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

Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2011		2010		2011		2010		2011		2010				
	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.	Sept.	Jan.–Sept.			
Baden-Württemberg	12	188	164	17	175	227	18	59	60	1	18	13	0	0	0
Bayern	14	297	298	17	291	300	22	76	70	3	26	21	0	2	0
Berlin	16	431	386	23	297	356	4	28	49	0	6	3	0	2	0
Brandenburg	0	25	38	3	35	47	1	4	9	0	2	0	0	2	1
Bremen	1	33	36	2	27	27	2	12	9	0	0	2	0	0	0
Hamburg	3	150	146	7	153	174	11	46	60	0	2	4	0	0	0
Hessen	2	215	136	9	166	182	2	37	45	0	11	7	0	0	2
Mecklenburg-Vorpommern	0	22	21	1	21	19	0	5	4	0	1	1	0	0	0
Niedersachsen	5	192	174	8	123	145	4	26	26	0	6	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	22	631	576	33	515	494	15	89	94	0	23	18	4	6	2
Rheinland-Pfalz	0	50	60	4	54	59	3	21	27	0	6	4	1	2	0
Saarland	1	27	32	0	25	24	0	1	3	0	0	2	0	0	0
Sachsen	3	96	86	2	57	78	1	12	5	0	1	1	0	1	1
Sachsen-Anhalt	0	25	27	1	30	29	0	0	1	0	0	3	0	0	1
Schleswig-Holstein	0	52	46	4	71	59	2	13	13	0	1	3	0	1	0
Thüringen	0	32	42	0	10	16	0	1	6	1	1	3	0	0	1
Deutschland	79	2.466	2.268	133	2.054	2.236	85	430	481	5	104	87	5	16	8

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

45. Woche 2011 (Datenstand: 30.11.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.
Baden-Württemberg	95	5.779	5.481	2	284	67	7	344	228	27	2.121	2.404	1	75	65
Bayern	84	7.063	5.728	3	439	164	12	909	638	38	3.018	3.195	4	111	87
Berlin	74	2.995	2.655	1	109	28	5	527	211	24	817	773	2	88	105
Brandenburg	63	2.209	1.825	0	60	17	12	313	254	16	701	755	2	8	10
Bremen	6	420	402	0	48	4	0	7	19	4	132	117	0	8	10
Hamburg	38	2.075	1.802	2	566	24	1	155	34	11	403	363	0	42	34
Hessen	79	4.055	4.111	1	143	14	5	163	80	34	1.345	1.534	0	57	71
Mecklenburg-Vorpommern	34	2.258	1.824	1	173	7	8	473	263	13	681	609	0	2	6
Niedersachsen	107	5.330	5.307	0	796	144	22	671	544	56	2.034	2.211	1	15	17
Nordrhein-Westfalen	323	15.804	15.066	6	709	153	26	1.311	842	92	4.697	4.807	1	69	78
Rheinland-Pfalz	86	3.629	3.212	1	142	76	6	222	195	31	1.149	1.328	0	42	43
Saarland	31	1.057	1.137	0	16	7	1	51	24	6	245	293	0	2	5
Sachsen	119	5.549	5.013	2	146	65	38	848	635	65	1.537	1.806	0	38	43
Sachsen-Anhalt	28	1.630	1.310	0	65	21	10	584	434	26	1.148	1.077	0	12	9
Schleswig-Holstein	48	2.638	2.342	0	927	22	0	118	65	21	619	533	0	8	5
Thüringen	42	1.820	1.585	0	90	17	11	509	631	26	1.048	1.178	1	11	10
Deutschland	1.257	64.311	58.800	19	4.713	830	164	7.205	5.097	490	21.695	22.983	12	588	598

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.
Baden-Württemberg	2	158	116	77	7.399	10.726	32	3.938	3.863	9	513	469	0	45	39
Bayern	5	359	339	161	10.694	18.348	26	6.185	6.489	8	661	590	1	52	60
Berlin	1	68	72	59	3.033	3.638	6	1.383	2.151	10	379	337	2	87	73
Brandenburg	2	97	101	165	3.641	5.051	11	2.824	3.265	2	73	72	1	24	29
Bremen	0	15	18	5	536	803	2	281	343	1	17	23	0	5	9
Hamburg	2	82	59	37	2.688	2.440	14	1.157	1.229	3	129	101	1	16	18
Hessen	3	176	186	113	3.963	6.613	9	2.279	2.327	5	298	253	1	73	66
Mecklenburg-Vorpommern	1	55	60	61	3.455	4.980	3	3.099	2.122	3	154	119	2	66	39
Niedersachsen	5	275	260	116	6.743	11.811	23	3.708	4.544	1	155	178	5	74	119
Nordrhein-Westfalen	7	571	662	290	18.032	25.280	43	7.953	8.419	20	651	629	5	145	170
Rheinland-Pfalz	7	201	185	58	4.635	6.590	18	1.715	2.593	1	167	178	0	36	33
Saarland	0	24	25	19	1.187	1.660	2	404	665	1	29	22	0	3	0
Sachsen	16	360	386	296	9.117	11.910	13	9.418	4.807	10	256	314	8	102	111
Sachsen-Anhalt	4	163	168	219	5.401	8.174	8	2.955	2.839	3	75	77	1	30	28
Schleswig-Holstein	3	120	82	41	3.188	3.116	7	1.320	1.392	0	53	76	0	6	8
Thüringen	8	253	240	134	4.487	6.884	12	3.122	3.246	0	39	63	1	16	43
Deutschland	66	2.977	2.959	1.851	88.199	128.024	229	51.741	50.294	77	3.649	3.501	28	780	845

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

45. Woche 2011 (Datenstand: 30.11.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.
Baden-Württemberg	3	57	56	0	47	55	13	636	723
Bayern	3	60	113	3	99	94	16	957	1.031
Berlin	2	78	50	1	66	57	11	506	546
Brandenburg	0	23	15	1	14	17	0	62	64
Bremen	0	17	6	1	13	1	0	20	30
Hamburg	2	81	48	1	37	23	4	116	123
Hessen	0	34	68	0	62	60	8	288	293
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	7	0	5	16	0	27	46
Niedersachsen	0	100	60	1	41	25	4	277	283
Nordrhein-Westfalen	9	134	156	2	136	147	15	532	592
Rheinland-Pfalz	0	25	35	0	53	66	2	205	235
Saarland	0	8	20	1	15	11	1	57	82
Sachsen	0	14	7	1	41	21	4	238	247
Sachsen-Anhalt	0	17	17	1	18	22	0	117	110
Schleswig-Holstein	0	11	12	1	17	19	3	143	128
Thüringen	0	17	19	0	9	12	0	90	118
Deutschland	19	681	689	14	673	646	81	4.271	4.651

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.
Baden-Württemberg	0	35	29	1	526	144	8	452	481
Bayern	1	39	54	0	431	161	12	567	602
Berlin	0	26	28	1	159	91	7	276	254
Brandenburg	0	11	8	0	26	15	2	63	87
Bremen	0	3	1	1	2	1	2	48	34
Hamburg	0	5	6	0	46	15	2	130	145
Hessen	0	24	20	1	122	27	6	411	331
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	3	0	3	0	1	69	39
Niedersachsen	1	29	31	0	55	14	5	270	238
Nordrhein-Westfalen	1	72	89	0	100	166	8	915	929
Rheinland-Pfalz	0	28	16	0	29	26	5	164	156
Saarland	0	2	6	0	33	1	0	31	44
Sachsen	0	14	17	0	23	4	1	101	147
Sachsen-Anhalt	0	4	6	0	0	4	4	88	132
Schleswig-Holstein	0	14	7	0	28	15	1	54	83
Thüringen	0	13	14	0	2	1	0	63	83
Deutschland	3	325	335	4	1.585	685	64	3.702	3.785

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ 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, Deutschland

45. Woche 2011 (Datenstand: 30.11.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	45. Woche	1.–45. Woche	1.–45. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	9	376	441	489
Brucellose	0	20	21	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	103	114	128
Dengue-Fieber	4	245	519	595
FSME	1	393	253	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	869	62	65
Hantavirus-Erkrankung	10	193	1.962	2.017
Hepatitis D	0	13	8	10
Hepatitis E	2	197	195	221
Influenza	7	43.652	3.038	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	173	167	211
Legionellose	6	547	628	691
Leptospirose	1	46	61	70
Listeriose	4	274	343	390
Ornithose	0	15	22	25
Paratyphus	1	53	53	57
Q-Fieber	0	268	351	361
Trichinellose	0	3	2	3
Tularämie	0	14	22	31
Typhus abdominalis	0	52	67	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 46. Kalenderwoche (KW) 2011

Die Aktivität der akuten ARE ist bundesweit in der 47. KW 2011 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Die Werte des Praxisindex liegen in den AGI-Regionen Rheinland-Pfalz/Saarland, Bremen/Niedersachsen sowie Thüringen im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität, in allen anderen AGI-Regionen und bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation

► **Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN:** Für die 46. KW 2011 berichteten insgesamt 26 Länder von einer geringen Influenza-Aktivität.

Weitere Informationen: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111125_SUR_Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.pdf.

Literaturhinweis

In Schweinebeständen in den USA zirkulieren seit den 1990er Jahren *porcine triple* reassortierte Influenza-A(H3N2)-Viren (*porcine trH3N2*-Viren). In deutschen Schweinebeständen zirkuliert das trH3N2-Virus nicht. Nun wurden aus den USA erstmals humane Infektionen mit einer neuen Variante dieses porcinen trH3N2-Virus berichtet, in die das Matrix-Protein von pandemischen Influenza-A(H1N1)-2009-Viren (trH3N2/pM-Influenzavirus) eingekreuzt ist. In drei Fällen kam es aktuell zu einer begrenzten Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Das ECDC hat ausführlichere Informationen und einen Kommentar zu diesen Fällen veröffentlicht (Swine influenza in humans: update from Iowa State (United States)), abrufbar unter http://ecdc.europa.eu/en/press/Public_health_developments/Pages/Public_health_developments.aspx.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 47. Kalenderwoche 2011 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, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

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-Abbruffunktion** 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