



Epidemiologisches Bulletin

3. Juni 2013 / Nr. 22

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Impfschutz bei Erwachsenen in Schleswig-Holstein 2011 – ein Update nach acht Jahren

Ergebnisse einer Erhebung verbunden mit Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes durch die Arbeitsmedizinischen Dienste

Im Folgenden werden Ergebnisse einer Erhebung zum Impfschutz bei Erwachsenen zwischen Dezember 2010 und Dezember 2011 durch die Arbeitsmedizinischen Dienste (AMD) in Schleswig-Holstein (SH) vorgestellt. Es erfolgt ein Vergleich dieser Daten mit der Ersterhebung im Jahr 2003. Die arbeitsmedizinischen Untersuchungen wurden neben der Erhebung auch zur Schließung von Impflücken vor Ort genutzt. Es wird deutlich, dass sich der Impfschutz gegen acht Infektionskrankheiten im oben genannten Beobachtungszeitraum gerade bei Erwachsenen bis 40 Jahre verbessert hat.

Diese Nacherhebung ist Teil der Impfkampagne SH „Gut behütet durch Impfen“. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) als Arbeitsgruppe (AG) Impfen im Ministerium Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein führte die Auswertung des Projektes durch. Auch die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Kiel und die Hof Apotheke Kiel (zentrale Lieferung der Impfstoffe) waren in das Projekt eingebunden.

Ziele des Projektes

1. Überprüfung des Impfschutzes von Mitarbeitern betriebsärztlich betreuter Unternehmen im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen
2. Schließen von Impflücken durch Impfangebote vor Ort durch die AMD entsprechend einer Vereinbarung mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) nach § 132 e SGB V¹ mit den beiden Kombinationsimpfstoffen Tetanus-Diphtherie-Pertussis (Tdap) bzw. Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Poliomyelitis (Tdap-IPV)
3. Vergleich des Impfschutzes mit der Ersterhebung im Jahr 2003²

Methodik

Überprüfung des Impfschutzes

Die Erfassung der Impfdaten war durch die direkte Eingabe in eine Erfassungsmaske im Internet oder per Ausdruck des Erfassungsformulars und Einsenden an eine zentrale Eingabestelle möglich. Die Angabe „Impfausweis vorhanden“ schloss auch ärztliche Aufzeichnungen der AMD ein (Basis der Berechnung der Impfquoten).

Es mussten Angaben zur Grundimmunisierung und zur regelrechten Auffrischimpfung von Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis und Pertussis gemacht werden. Dabei galt es anzugeben, ob die untersuchten Personen ungeimpft, unvollständig oder vollständig geimpft waren. Fehlte eine solche Einordnung, wurden die Daten für die Auswertung nicht berücksichtigt, siehe auch Diskussion. Es wurden bei der Impfung gegen Poliomyelitis nur Angaben zur Grundimmunisierung (3- bis 4-malige Impfung) ausgewertet, siehe unter Diskussion.

Diese Woche

22/2013

Schutzimpfungen

Impfschutz bei Erwachsenen in Schleswig-Holstein, 2011

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
19. Woche 2013

DEGS

Basispublikation mit Studien-Ergebnissen erschienen



Bei den Impfungen gegen Hepatitis A und B erfolgte die gleiche Einordnung (2- bis 3-malige Impfung).

Bei den Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMR-V) jedoch war die Zuordnung ungeimpft, 1-mal geimpft oder 2-mal geimpft. Bei diesen Impfungen konnten auch Personen mit einer fehlenden Einordnung in eine der drei Kategorien der Gruppe „ungeimpft“ zugeordnet werden, weil bei den Impfungen gegen MMR und Varizellen auf Nachfragen bei den Teilnehmern eine Nichtangabe mit einer fehlenden Impfung gleichgesetzt wurde.

Die Erfassung von Impfdaten zu Pertussis und Windpocken wurde gegenüber 2003 neu in die Erhebung aufgenommen.

Schließen von Impfücken durch den AMD

Angaben zur Organisation und zum Bezug der beiden Kombinationsimpfstoffe (Tdap und Tdap-IPV) konnten die AMD neben Informationen vor Ort durch Mitglieder der AG Impfen am Ministerium Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung SH (zur AG Impfen gehören u. a. auch Vertreter von fünf Pharmaunternehmen), über das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt³ sowie auf der Homepage des Verbandes der deutschen Betriebs- und Werksärzte (VDBW; www.vdbw.de) erhalten.

Es erfolgte eine Prüfung der Abrechnungen der beiden Impfungen, bevor sie an die jeweils zuständigen GKVen nach Abgleich mit den Bestellungen bei der zentralen Lieferapotheke weitergeleitet wurden. Dann erst erfolgte die Erstattung durch die GKVen an die zentrale Lieferapotheke, die jeweils in Vorleistung gehen musste.

Impfung	Anzahl durchgeführter Impfungen (%)
Tdap	390 (15 %)
Tdap-IPV	1.390 (55 %)
	1.780 (70 %)
HepB	151
HepA	139
andere	80
	370 (15 %)
Gesamt	2.150 (85 %)

Tab. 1: Durchgeführte dokumentierte Impfungen im Rahmen der Erhebung durch die AMD in Schleswig-Holstein 2011, n = 2.538 Untersuchte mit Ergebnisbögen

Ob jemand im Gesundheitswesen tätig war, entschied der Betriebsarzt anhand der Anamnese und der Gefährdungsbeurteilung vor Ort, zumal dieses Kriterium bereits durch die Vorgabe des Unternehmers zu einer Pflichtuntersuchung nach ArbMedVV gegeben war. Wie 2003 bilden alle Untersuchten zusammen die „Gesamtgruppe“, aus der heraus die Gruppe „Gesundheitsdienst“ gesondert betrachtet wird.

Ergebnisse

Es beteiligten sich insgesamt 28 AMD an der Erhebung der Impfquoten sowie an der Durchführung der Kombinationsimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Poliomyelitis.

Impfung	Impfquoten pro Altersgruppe in Prozent						Gesamt
	unter 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60 u. älter	
Di + Tet (vollst. Grundimmun., letzte Impfung innerh. v. 10 Jahren)	87,5	82,6	78,0	71,8	75,8	72,6	76,3
Diphtherie (vollst. Grundimmun., letzte Impfung innerh. v. 10 Jahren)	87,5	82,6	79,6	73,1	76,8	73,6	77,3
Tetanus (vollst. Grundimmun., letzte Impfung innerh. v. 10 Jahren)	87,8	85,7	79,2	78,4	82,8	82,1	81,2
Pertussis (vollst. Grundimmun. 4-mal)	53,7	38,4	29,1	20,9	15,7	14,0	25,3
Poliomyelitis (3- bis 4-mal)	92,7	84,5	79,2	76,5	77,0	75,5	79,0
Hepatitis A (2-mal)	20,8	40,0	45,1	41,6	38,9	34,5	40,7
Hepatitis B (3-mal)	72,9	73,4	50,5	47,8	41,5	39,6	52,1
mind. 1-mal MMR	79,2	70,1	29,1	11,9	9,2	3,6	26,9
2-mal MMR	62,5	42,7	13,5	5,5	3,5	1,8	14,8
mind. 1-mal Masern	85,4	83,8	43,8	15,5	10,8	3,6	34,1
2-mal Masern	77,1	58,9	20,0	8,2	5,0	3,6	20,7
mind. 1-mal Mumps	85,4	79,5	36,7	13,7	10,4	3,6	32,1
2-mal Mumps	77,1	54,2	15,5	6,6	4,7	3,6	18,3
mind. 1-mal Röteln	79,2	72,9	38,7	24,2	11,6	3,6	34,1
2-mal Röteln	62,5	44,7	16,5	7,5	5,4	1,8	16,8
mind. 1-mal Windpocken	4,2	8,8	2,0	1,9	2,8	1,8	3,4
2-mal Windpocken	4,2	6,6	1,0	0,7	1,4	1,8	2,1

Tab. 2: Impfquoten (in Prozent) der Gesamtgruppe (n=1.730 bis 1.996 bei den jeweiligen Impfungen) nach Impfung und Altersgruppe (in Jahren), Erhebung durch die AMD in Schleswig-Holstein 2011

Altersgruppe	Diphtherie		Tetanus	
	2003	2011	2003	2011
	(n = 11.260)	(n = 1.845)	(n = 11.260)	(n = 1.857)
	% (KI)	% (KI)	% (KI)	% (KI)
unter 20 Jahren	79,8 (77,8–81,7)	87,5 (77,3–97,7)	82,6 (81,0–84,6)	87,8 (77,8–97,8)
20 bis 29 Jahre	68,5 (66,6–70,3)	82,6 (78,6–86,6)	73,6 (71,8–75,4)	85,7 (82,0–89,4)
30 bis 39 Jahre	54,6 (52,8–56,5)	79,6 (75,5–83,7)	63,8 (61,5–66,1)	79,2 (75,1–83,3)
40 bis 49 Jahre	47,6 (45,6–49,5)	73,1 (69,7–76,5)	58,2 (56,3–60,1)	78,4 (75,2–81,6)
50 bis 59 Jahre	41,8 (39,3–44,2)	76,8 (72,6–81,0)	56,4 (54,0–58,8)	82,8 (79,1–86,5)
60 Jahre u. älter	36,5 (30,6–42,4)	73,6 (61,7–85,5)	49,4 (43,3–55,5)	82,1 (72,1–92,1)
Gesamt	57,5 (56,6–58,4)	77,3 (75,4–79,2)	66,1 (65,2–67,0)	81,2 (79,4–83,0)

Tab. 3: Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus, nach Altersgruppen (mit Angabe des 95%-Konfidenzintervalls), Grundimmunisierung vollständig und Auffrischimpfung innerhalb der letzten 10 Jahre, Erhebung durch die AMD Schleswig-Holstein 2003 und 2011

Impfungen durch die AMD im Rahmen der arbeitsmedizinischen Untersuchungen

70 % der Untersuchten erhielten eine der Kombinationsimpfungen Tdap (15 %) oder Tdap-IPV (55 %). In 15 % wurden Hepatitis A und Hepatitis B sowie weitere Impfungen wie Tollwut, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Influenza gegeben (s. Tab. 1).

Zusätzlich nutzten vereinzelte Teams aus kooperierenden AMD die beiden zur Verfügung gestellten Kombinationsimpfstoffe, ohne sich an der Erhebung zu beteiligen. Hauptsächlicher Grund hierfür war die als mit zu großem Aufwand empfundene Dokumentationsanforderung (besonders, wenn keine IT-Arbeitsplätze vorhanden waren). Nach Aufstellung der zentralen Lieferapotheke wurden daher insgesamt 2.557 Impfstoffdosen (26 % Tdap und 74 % Tdap-IPV) im Rahmen der Impfkampagne der AMD ausgeliefert (einschl. der dokumentierten 1.780 Impfungen in Tab. 1).

Allgemeines zu den Impfquoten

Bis zum Abschluss des Projektes gingen 2.538 Ergebnissen ein. Von 1.996 Untersuchten (50,1 % Männer) lagen Impfnachweise vor. Unter den Gesamteinsendungen waren 877 von im Gesundheitsdienst Beschäftigten (davon 711

mit Impfnachweis). Das heißt, bei 78,6 % aus der Gesamtgruppe und bei 81,1 % der Mitarbeiter im Gesundheitsdienst erfolgte ein Impfnachweis (2003: 88,5 % bzw. 90,7 %).

Die jeweilige Bezugsbasis zur Bestimmung der Impfquoten bei Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Poliomyelitis anhand der Impfnachweise lag zwischen 1.730 (Pertussis) und 1.857 (Tetanus). Entsprechend heterogen waren auch die Bezugsgrößen bei der Bestimmung von Impfquoten bei den genannten Impfungen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen.

Bei den Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B und MMR-V betrug die Bezugsgröße für die Gesamtgruppe einheitlich n = 1.996 und für den Gesundheitsdienst n = 711. Näheres zu Bezugsgrößen siehe auch unter Methoden.

Impfquoten bei der Gesamtgruppe

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht zu den Impfquoten von Tdap-IPV, Hepatitis A und B, MMR und Varizellen im Jahr 2011.

Diphtherie und Tetanus: In den einzelnen Altersgruppen hat sich im Vergleich zur Basiserhebung acht Jahre zuvor im Jahr 2011 der Impfschutz deutlich verbessert (s. Tab. 3).

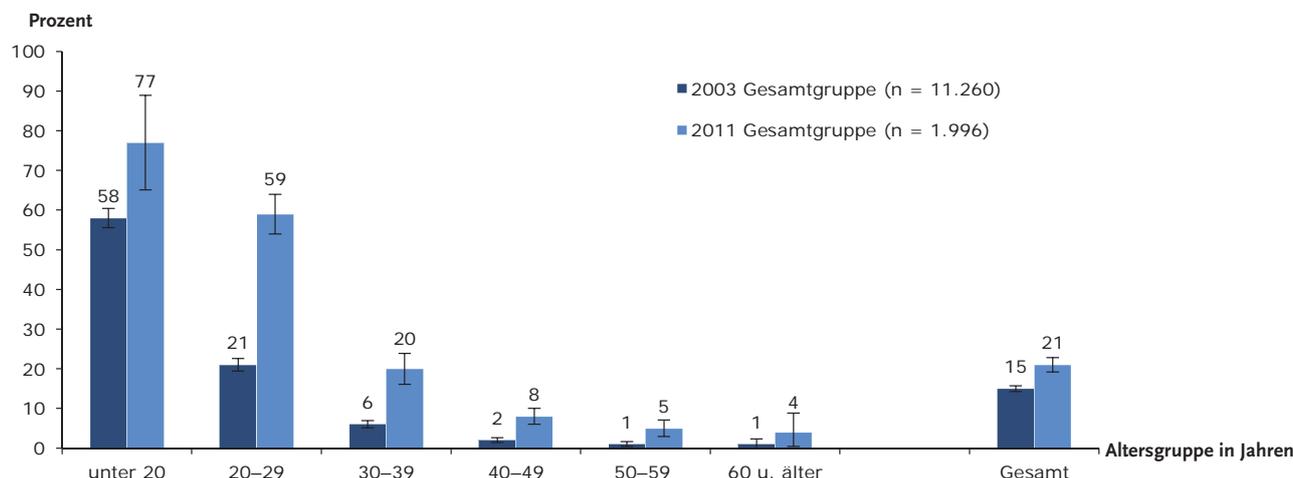


Abb. 1: Masern-Impfung 2-mal in der Gesamtgruppe (nach Altersgruppe), Erhebung durch die AMD Schleswig-Holstein 2003 und 2011

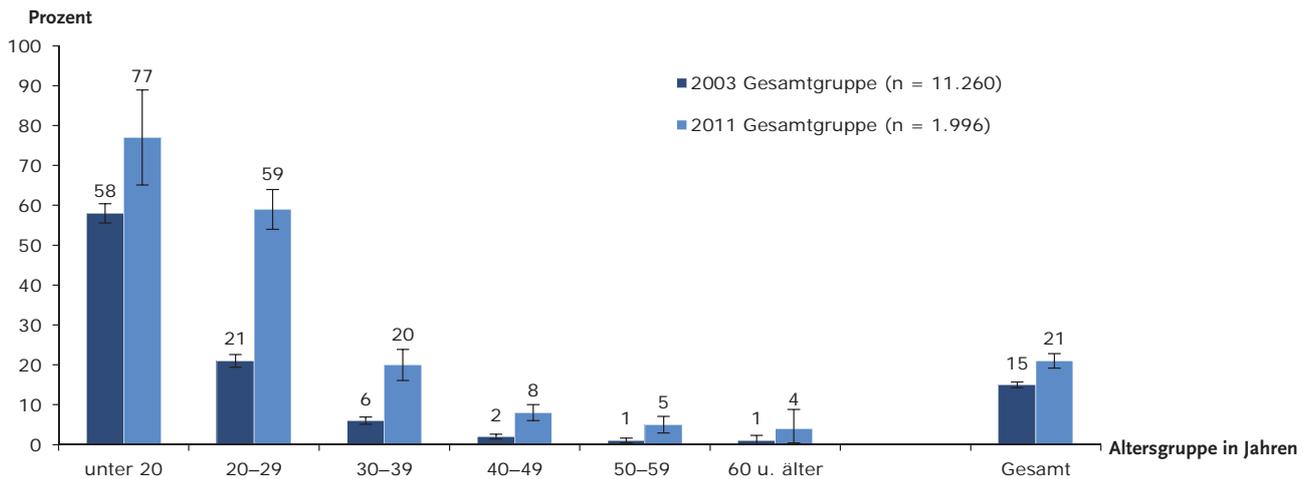


Abb. 2: Röteln-Impfung 1-mal bei Frauen innerhalb der Gesamtgruppe und im Gesundheitsdienst, Erhebung durch die AMD Schleswig-Holstein 2011

Pertussis: 25 % der Untersuchten wiesen eine vollständige Grundimmunisierung auf (4 Impfungen, s. Tab. 2, S. 198). Die Impfquoten lagen zwischen 54 % bei den unter 20-Jährigen und 14 % bei den über 60-Jährigen.

Poliomyelitis: Mit Ausnahme der Altersgruppe der unter 20-Jährigen (Impfquoten 2003 und 2011: 93 %), der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre (Impfquoten 2003: 75,2%; 2011: 77,0%) und der 60- und über 60-Jährigen (Impfquoten 2003: 72,2%; 2011: 75,5%) lagen die Impfquoten für eine vollständige Grundimmunisierung im Jahr 2011 um 4 bis 5 Prozentpunkte niedriger als 2003.² Insgesamt wiesen 79 % eine vollständige Grundimmunisierung auf (2003: 84 %; s. Tab. 2, S. 198).

Masern: Sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Impfung sind die Impfquoten im Vergleich zu 2003 in den Altersgruppen 20 bis 29 und 30 bis 39 Jahre deutlich angestiegen. In der Gruppe der 20- bis 29-jährigen nahm z. B. die Impfquote bei den zweimal gegen Masern Geimpften um 38 Prozentpunkte zu (s. Abb. 1, S. 199).

In der Erhebung 2011 haben 59 % der 20- bis 29-jährigen mit einer Masern-Impfdosis auch eine zweite Dosis erhalten (s. Tab. 2, S. 198), während in der Erhebung im

Jahr 2003 nur ein Drittel der gegen Masern Geimpften eine zweite Dosis erhalten hatten.²

Mumps: Die Impfung liegt nur in der Gruppe der unter 20-Jährigen mit den Masern-Impfungen gleichauf, in den nachfolgenden Altersgruppen bis zu der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre liegt sie jedoch um 2 bis 7 Prozentpunkte niedriger (s. Tab. 2, S. 198).

Impfquoten für Röteln bei Frauen in der Gesamtgruppe und im Gesundheitsdienst: 55 % der im Gesundheitsdienst tätigen Frauen sind mindestens 1-mal gegen Röteln geimpft, in der Gesamtgruppe 49 % (alle Altersgruppen zusammengefasst). Im Vergleich hat sich innerhalb der Gesamtgruppe bei Frauen im Jahr 2003 mit 50,1% fast nichts verändert, im Gesundheitswesen lag die Impfquote jedoch 2003 noch bei 49,8%. In der Abbildung 2 sieht man bei den unter 20-Jährigen, dass die Impfquote von 80% innerhalb der Gesamtgruppe bzw. 84% im Gesundheitsdienst auf 17% bzw. 20% in der Gruppe der 50- bis 59-jährigen abfällt.

Die Impfquote für die zweite Impfung beträgt 29,7% für Frauen im Gesundheitsdienst im Jahr 2011 (2003: 16,6%), Frauen innerhalb der Gesamtgruppe sind 2011 zu 25,3% und 2003 zu 18,5% zweimal gegen Röteln geimpft.

Altersgruppe	Gesamtgruppe		Gesundheitsdienst	
	2003 (n = 11.260)	2011 (n = 1.996)	2003 (n = 3.776)	2011 (n = 711)
	% (KI)	% (KI)	% (KI)	% (KI)
unter 20 Jahren	7,6 (6,3–8,9)	20,8 (9,3–32,3)	9,9 (7,1–12,7)	22,9 (9,0–36,8)
20 bis 29 Jahre	26,1 (24,3–27,9)	40,0 (35,0–45,0)	32,2 (29,4–35,0)	48,4 (41,3–55,5)
30 bis 39 Jahre	25,6 (24,0–27,2)	45,1 (40,3–49,9)	29,3 (26,5–32,1)	50,4 (41,8–59,0)
40 bis 49 Jahre	22,3 (20,7–23,9)	41,6 (37,9–45,3)	24,1 (21,2–27,0)	56,5 (49,9–63,1)
50 bis 59 Jahre	20,5 (18,5–22,5)	38,9 (34,3–43,5)	22,5 (18,3–26,7)	55,5 (46,9–64,1)
60 Jahre u. älter	21,6 (16,5–26,7)	34,5 (22,3–46,7)	23,0 (13,4–32,6)	42,9 (17,9–67,9)
alle Altersgruppen	21,5 (20,7–22,3)	40,7 (38,5–42,9)	26 (24,6–27,4)	51,1 (47,4–54,8)

Tab. 4: Impfquoten (in Prozent) für Hepatitis A in der Gesamtgruppe und im Gesundheitsdienst nach Altersgruppe (mit Angabe des 95%-Konfidenzintervalls), Erhebung durch die AMD Schleswig-Holstein 2003 und 2011

Impfung	Impfquoten pro Altersgruppe in Prozent						
	unter 20	20–29	30–39	40–49	50–59	60 u. älter	Gesamt
Di + Tet (vollst. Grundimmun., letzte Impfung innerh. v. 10 Jahren)	89,7	85,5	81,0	78,7	76,1	78,6	81,0
Diphtherie (vollst. Grundimmun., letzte Impfung innerh. v. 10 Jahren)	89,7	85,5	83,1	78,3	76,3	78,6	81,3
Tetanus (vollst. Grundimmun., letzte Impfung innerh. v. 10 Jahren)	90,0	87,2	81,2	84,9	84,6	93,3	85,3
Pertussis (vollst. Grundimmun. 4-mal)	48,4	43,5	33,6	20,0	17,5	10,0	29,9
Poliomyelitis (3- bis 4-mal)	90,0	87,4	86,4	79,4	80,0	85,7	83,7
Hepatitis A (2-mal)	22,9	48,4	50,4	56,5	55,5	42,9	51,1
Hepatitis B (3-mal)	74,3	80,5	76,7	81,8	71,9	71,4	78,1
mind. 1-mal MMR	80,0	78,9	41,1	16,4	14,1	0,0	39,9
2-mal MMR	80,0	53,2	22,5	8,4	7,0	0,0	24,9
mind. 1-mal Masern	88,6	86,3	51,2	18,2	15,6	0,0	45,0
2-mal Masern	77,1	66,3	32,6	9,3	8,6	0,0	31,8
mind. 1-mal Mumps	88,6	83,2	43,4	17,3	15,6	0,0	42,5
2-mal Mumps	77,1	62,1	25,6	8,9	8,6	0,0	29,3
mind. 1-mal Röteln	80,0	81,6	56,6	41,6	19,4	0,0	52,0
2-mal Röteln	57,1	54,7	27,1	12,1	10,9	0,0	28,0
mind. 1-mal Windpocken	0,0	7,9	2,3	0,9	4,7	0,0	3,7
2-mal Windpocken	0,0	5,3	1,6	0,5	3,1	0,0	2,4

Tab. 5: Impfquoten (in Prozent) im Gesundheitsdienst nach Impfung und Altersgruppe (in Jahren), Erhebung durch die AMD in Schleswig-Holstein 2011

Die Impfquoten für Röteln in Tabelle 2 und Tabelle 5 enthalten Angaben für Männer und Frauen.

Windpocken (Varizellen): Die Impfung gegen Windpocken liegt gemessen über alle Altersgruppen erst bei 3,4 % für die erste Impfung und bei 2,1 % für die zweite Impfung (s. Tab. 2, S. 198). Bei den im Gesundheitsdienst Tätigen ist eine ähnliche Größenordnung feststellbar (s. Tab. 5).

Hepatitis B: Der Vergleich der jeweiligen Altersgruppen für die Hepatitis-B-Impfung 2003 und 2011 belegt in allen

Altersklassen einen Anstieg der Impfquoten um bis zu 18 Prozentpunkten (Altersgruppe 20–29 Jahre von 54,9 % auf 73,4 %), in den anderen Altersgruppen zwischen 6 bis 9 Prozentpunkten, alle Altersgruppen zusammen von 47 % (2003) auf 52,1 % (2011).

Hepatitis-A-Impfung in der Gesamtgruppe und im Gesundheitsdienst: Die Impfquote hat sich seit dem Jahr 2003 in allen Altersgruppen verdoppelt und liegt jetzt bei 41 % in der Gesamtgruppe und bei 51 % im Gesundheitsdienst (s. Tab. 4).

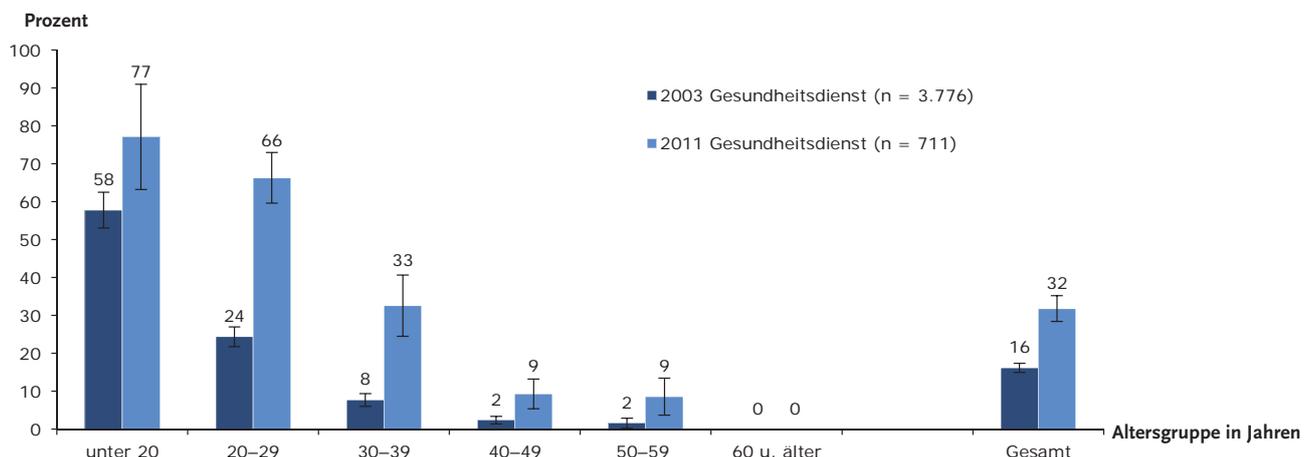


Abb. 3: Masern-Impfung 2-mal nach Altersgruppe bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst, Erhebung durch die AMD Schleswig-Holstein 2003 und 2011

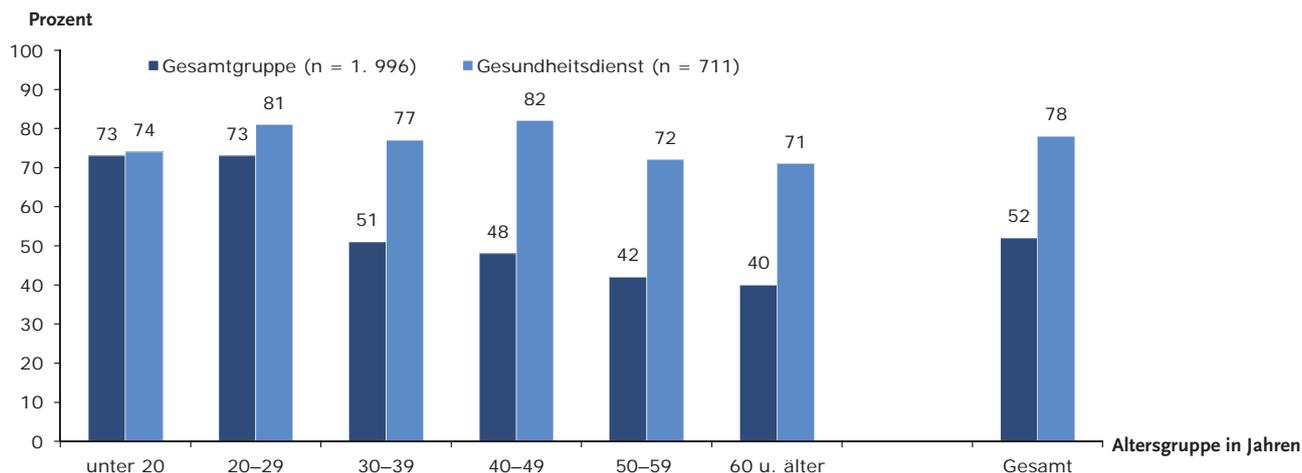


Abb. 4: Hepatitis-B-Impfung in der Gesamtgruppe und im Gesundheitsdienst nach Altersgruppe, Erhebung durch die AMD Schleswig-Holstein 2011

Impfquoten bei Mitarbeitern im Gesundheitsdienst

Die Übersicht über alle Impfquoten (Tdap-IPV, Hepatitis A und B, MMR und Varizellen) bei Mitarbeitern im Gesundheitsdienst zeigt die Tabelle 5 (s. S. 201).

Hervorgehoben werden sollen nachfolgend die Impfungen gegen Masern und Hepatitis B.

Masern: Von der jüngsten bis hin zur Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen sind die im Gesundheitsdienst Tätigen nunmehr im Jahr 2011 im Vergleich zu 2003 durch Impfung deutlich besser geschützt (Masern 2-mal; s. Abb. 3, S. 201). So zeigt sich z. B. bei den 20- bis 29-Jährigen ein Zuwachs von 42 Prozentpunkten.

Die in den Altersklassen erreichten Impfquoten für die erste Impfung können in Tabelle 5 abgelesen werden. Fasst man alle Altersklassen zusammen, hatten im Jahr 2003 Angehörige des Gesundheitsdienstes zu 36% die erste Impfung erhalten und zu 45% im Jahr 2011.

Hepatitis B: Die Mitarbeiter im Gesundheitsdienst zeigen in allen Altersgruppen eine höhere Impfquote gegen Hepatitis B als in der Gesamtgruppe (s. Abb. 4).

Am deutlichsten ist der Abstand in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen (48% vs. 82%). Fasst man jedoch alle Altersgruppen zusammen, so sind nur 78% dieser Berufsgruppe ausreichend durch Impfung geschützt (in der Gesamtgruppe 52% gegenüber 47% in 2003). Damit hat sich bei den im Gesundheitswesen Tätigen im Vergleich zu 2003 keine generelle Verbesserung des Impfschutzes ergeben (beide Male 78%), lediglich innerhalb der einzelnen Altersgruppen zeigten sich Verschiebungen von 2 bis 7 Prozentpunkten zwischen 2003 und 2011 in beide Richtungen.

Diskussion

„Zum Impfstatus von Erwachsenen liegen nur wenige aktuelle Daten vor. Mit zunehmendem Alter wurde ein schlechterer Impfstatus beobachtet.“⁴ Vom RKI wurde jüngst am Beispiel einer Mumpsepidemie in Süddeutschland erneut gefordert, „Einstellungsuntersuchungen oder die regelmäßig stattfindende betriebliche Gesundheitsuntersuchung zu nutzen, um Impflücken in bestimmten Altersgruppen zu schließen.“^{5,6}

Mit dieser Arbeit wollen wir einen Weg zeigen, wie über Pflichtuntersuchungen der AMD zum einen Kenntnisse über den Impfschutz bei Erwachsenen gewonnen werden können und zum anderen durch aktives Impfen die Impfquoten bei dieser Gruppe verbessert werden können.

Der Schwerpunkt der Aktivitäten zur Verbesserung des Impfschutzes in Schleswig-Holstein bei Kindern und Jugendlichen wirkt sich im Vergleich zur Ersterhebung nun auf die ersten drei Altersgruppen der unter 20-Jährigen bis zu den 39-Jährigen aus und stellt eine gemeinsame Anstrengung unter dem Dach einer kontinuierlichen regionalen Impfkampagne dar.

Es wird deutlich, dass sich der Impfschutz gegen acht Infektionskrankheiten im oben genannten Beobachtungszeitraum gerade bei Erwachsenen im Alter bis zu 40 Jahren verbessert hat. In allen Altersgruppen hat sich im Vergleich zur Basiserhebung acht Jahre zuvor die Impfquote für Tetanus und Diphtherie sowie für Masern im Jahr 2011 deutlich verbessert. Bei der Impfung gegen Poliomyelitis konnte im Rahmen dieser Studie keine grundlegende Verbesserung der Impfquoten beobachtet werden.

Die Impfquote für die Hepatitis-A-Impfung hat sich seit 2003 in allen Altersgruppen verdoppelt. Eine Erklärung ist, dass im Bereich der AMD wegen der nur geringen Mehrkosten und des „höheren Mehrwerts“ häufiger die Kombination Hepatitis A/Hepatitis B geimpft wird, auch wenn nur eine Impfung gegen Hepatitis B angezeigt ist. Zum Hepatitis-B-Impfschutz ist festzustellen, dass sich bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen im Vergleich zu 2003 in den beiden Untersuchungsjahren im Abstand von acht Jahren keine generelle Verbesserung des Impfschutzes ergeben hat (beide Male 78%).

Nicht alle Impfungen sind Teil der arbeitsmedizinischen Vorschriften, daher werden nicht alle vom Arbeitgeber erstattet. Die GKV'en würden es jedoch als sinnvoll erachten, den Impfstatus im Rahmen der arbeitsmedizinischen Untersuchungen zu überprüfen und, soweit erforderlich, notwendige Impfungen nachzuholen. Insbesondere werden

damit auch Personen erreicht, die sonst keine Arztkontakte haben. Hierin sehen die GKVn einen Ansatz, den Impfschutz entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) aktiv zu begleiten.¹

Impfvereinbarungen auf Länderebene und darunter in einzelnen Regionen, zu einzelnen Projekten und Kassen gibt es in einer großen Zahl, wobei in der Regel die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte angesprochen sind. Eine landesweite schriftliche Vereinbarung, in der dies bewusst auch für Betriebsärzte gilt, ist leider nur aus Schleswig-Holstein bekannt und das auch bisher nur in dem hier vorgestellten Projekt. Teilweise gibt es Projekte oder Vereinbarungen, in denen Impfstoffe von Kassen auch dann übernommen werden, wenn sie von Betriebsärzten verabreicht werden (so seit 2001 in Mecklenburg-Vorpommern im Auftrag des ÖGD⁷). Ziel des VDBW ist es, bundesweit einheitliche Impfvereinbarungen zu initiieren, um den hohen präventiven Effekt der betriebsärztlichen Betreuung auch bei Impfungen nutzen zu können.

Die Teilnahme an der Erhebung im Jahr 2011 war deutlich geringer als 2003. Als Erklärung für die geringere Teilnahme gegenüber 2003 wurde hauptsächlich die zwischenzeitliche Arbeitsverdichtung in den AMD genannt.

Es gab zusätzlich Probleme bei der Dokumentation von unvollständig und vollständig geimpften Personen bei den Impfungen gegen Tdap bzw. Tdap-IPV (Rückfragen und Anmerkungen der Teilnehmer). Der Einsatz dieser Impfstoffe war an die erweiterten Empfehlungen der STIKO angepasst worden.⁸ So hat die STIKO im Zeitraum zwischen beiden Erhebungen im Juli 2009 eine Empfehlung für eine einmalige Auffrischimpfung gegen Keuchhusten und Poliomyelitis (sofern nach Grundimmunisierung keine Auffrischung bis zum 18. Lebensjahr erfolgte) bei Erwachsenen ausgesprochen.⁹ Zudem zeigte sich, dass die elektronische Erfassung zu viel Zeit beanspruchte.

Zur immer wieder während des Projektes angemahnten Umsetzung gehört die Anschaffung von Kartenlesegeräten für die AMD zur direkten Abrechnung von Impfleistungen mit der jeweiligen GKV. Die AMD besitzen keine Kassenzulassung.

Eine Daueraufgabe der AMD zur komplementären Verbesserung des Impfschutzes bei Erwachsenen (supplementär, Lückenschluss) zu etablieren, wie über viele Jahre gefordert (s. Nationaler Impfplan 2011^{10,11}), ist nur gesundheitspolitisch in Verhandlungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) möglich – wenn es bundesweit gelingen soll. Wir haben mit dem hier vorgestellten Projekt aber gezeigt, dass es auch regional auf Dauer gehen kann, wenn durch Verlängerung der Vereinbarung mit den GKVn nach § 132 e SGB V für Schleswig-Holstein die obigen Rahmenbedingungen in der Ausführung erleichtert werden.

Im Jahr 2003 lief es in Schleswig-Holstein deutlich reibungsloser, weil die AMD sämtliche Standard-Impfstoffe über die Gesundheitsämter beziehen konnten.

Der VDBW hat sich sowohl auf Landesebene als auch auf Bundesebene seit Jahren mit Krankenkassen- und Ministerialvertretern zusammengesetzt, um Impfvereinbarungen umzusetzen. Ideelle Bereitschaft wurde immer wieder betont. Bei der organisatorischen Umsetzung kam es dann aber immer wieder zu Kompetenz- oder Abgrenzungsproblemen. Eine begrenzte Kassenzulassung für Impfungen könnte das Problem lösen, wäre aber nicht nötig, wenn klare Impfvereinbarungen in den Ländern geschlossen würden, die das Primärziel im Auge behielten.

Fazit

Die Kampagne hatte insgesamt einen multifaktoriellen Nutzen:

1. Es gibt erstmals Erkenntnisse zum Impfstatus der arbeitenden Bevölkerung in Schleswig-Holstein zu zwei Zeitpunkten (2003 und 2011).
2. Die Sensibilität der untersuchten Mitarbeiter zum Thema Impfen wird durch die Beratungsgespräche erhöht und wirkt eventuell auch auf Familienangehörige weiter.
3. Betriebsärzte füllen gezielt eine wichtige Lücke in der Impfprävention.
4. Die anlassbezogene Untersuchung durch die AMD ist ein Instrument, den Impfschutz bei Erwachsenen epidemiologisch zu beobachten.

Literatur

1. Vereinbarung gemäß § 132e SGB V zwischen dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und Hof Apotheke Kiel vom 1. Dez. 2010
2. Bader H-M und Egler P: Initiativen zur Steigerung der Impfbereitschaft in Schleswig-Holstein – Impfschutz bei Erwachsenen in der Arbeitswelt 2003. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004; 47: 1204–1215
3. Egler P und Bader H-M: Update zum Impfschutz bei Erwachsenen im Norden. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2010; 12: 60–61
4. RKI: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ 2010; S. 111–113
5. RKI: Geplante Änderungen der STIKO-Empfehlung zur beruflich indizierten Impfung gegen Mumps. Epid Bull 2012; 22: 210–211
6. RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand Juli 2012. Epid Bull 2012; 30: 283–310
7. Dr. Martina Littmann, Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern: Persönliche Mitteilung am 7. Aug. 2012
8. RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand Juli 2011. Epid Bull 2011; 30: 275–294
9. RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Epid Bull 2009; 30: 289–290
10. Paland N/Bundesministerium für Gesundheit: Präventionsstrategie: Herausforderungen aus Sicht des BMG, Vortrag vfa-Impfforum, Berlin, 27. Oktober 2011
11. Nationaler Impfplan (Dezember 2011): Impfwesen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf. www.gmkonline.de/beschluesse/85_GMK_NationalerImpfplan_Mai2012.pdf

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Hans-Martin Bader (AG Impfen am Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein), der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: hmbader@foni.net), und Dr. Peter Egler (VDBW Schleswig-Holstein). Ein besonderer Dank gilt den teilnehmenden Arbeitsmedizinischen Diensten.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

19. Woche 2013 (Datenstand: 29.5.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	77	1.414	1.711	5	38	29	0	61	92	15	329	381	1	14	15
Bayern	89	1.631	1.806	9	100	71	11	169	195	34	617	536	3	35	30
Berlin	29	707	781	0	17	17	6	130	99	8	160	186	0	26	42
Brandenburg	19	454	501	0	9	10	9	102	80	5	200	206	0	7	2
Bremen	2	88	85	1	4	2	0	3	7	1	35	33	0	1	1
Hamburg	10	436	470	0	16	21	3	31	26	8	126	119	0	10	12
Hessen	31	902	1.023	1	13	20	1	28	52	19	336	335	1	11	7
Mecklenburg-Vorpommern	19	355	407	0	8	11	5	85	161	6	162	167	0	0	0
Niedersachsen	44	986	1.156	4	49	53	10	172	164	26	696	568	0	8	7
Nordrhein-Westfalen	152	4.023	4.282	2	91	100	12	299	353	53	1.260	1.297	0	18	25
Rheinland-Pfalz	45	796	960	1	32	39	0	70	59	10	232	339	3	17	7
Saarland	8	299	281	0	3	3	0	9	15	0	51	55	0	0	1
Sachsen	47	1.080	1.252	4	48	39	5	234	289	25	367	478	1	9	9
Sachsen-Anhalt	14	413	399	0	12	14	9	204	154	16	527	316	0	3	3
Schleswig-Holstein	18	502	531	1	11	23	0	23	33	10	189	173	0	4	4
Thüringen	19	437	488	0	10	20	3	115	134	20	333	375	0	4	2
Deutschland	623	14.523	16.133	28	461	472	74	1.735	1.913	256	5.620	5.564	9	167	167

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	2	56	58	122	3.825	5.245	101	1.684	2.657	15	171	230	0	10	11
Bayern	3	96	127	148	5.101	10.064	222	3.531	3.112	14	296	300	0	23	20
Berlin	2	28	22	15	1.323	2.288	67	1.537	1.478	4	147	162	0	23	28
Brandenburg	4	28	35	29	1.837	2.995	143	2.882	1.261	0	39	31	0	23	12
Bremen	0	6	4	6	258	504	4	206	62	0	7	9	0	1	0
Hamburg	2	17	35	14	1.472	2.041	33	1.429	963	0	57	62	0	5	11
Hessen	3	43	64	89	3.539	4.172	74	1.038	1.419	6	89	98	1	11	21
Mecklenburg-Vorpommern	2	14	19	74	2.679	2.306	62	1.111	850	3	41	45	0	20	21
Niedersachsen	2	74	63	109	4.864	7.108	166	3.231	1.885	3	74	77	0	19	32
Nordrhein-Westfalen	5	134	207	309	11.539	13.157	421	7.042	4.403	15	267	292	3	45	51
Rheinland-Pfalz	3	44	66	75	2.687	3.437	65	1.283	1.770	2	52	62	0	8	6
Saarland	0	1	10	26	911	1.255	20	239	418	0	9	8	0	3	0
Sachsen	7	125	101	88	4.752	6.960	183	3.704	1.810	3	107	104	4	53	19
Sachsen-Anhalt	2	48	65	64	2.557	3.979	87	1.412	1.423	2	40	30	0	26	11
Schleswig-Holstein	1	34	21	14	1.412	1.843	59	928	806	1	24	30	0	2	4
Thüringen	3	79	96	68	2.211	3.935	115	2.439	1.380	1	26	25	0	6	16
Deutschland	41	827	993	1.250	50.967	71.289	1.822	33.696	25.697	69	1.446	1.565	8	278	263

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

19. Woche 2013 (Datenstand: 29.5.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	0	25	23	0	27	20	11	310	315
Bayern	0	28	32	2	44	38	8	334	395
Berlin	2	16	12	0	20	22	8	179	212
Brandenburg	0	13	7	0	6	3	0	20	32
Bremen	3	16	1	0	6	3	0	10	11
Hamburg	0	8	4	0	12	15	0	49	56
Hessen	0	14	13	2	27	17	8	150	135
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	4	0	7	8	2	17	23
Niedersachsen	2	24	25	2	11	9	4	104	108
Nordrhein-Westfalen	1	51	56	7	59	50	7	250	241
Rheinland-Pfalz	0	26	13	1	17	22	3	77	79
Saarland	0	4	1	0	2	8	0	18	33
Sachsen	0	9	5	2	14	13	2	108	110
Sachsen-Anhalt	0	9	5	1	10	9	0	50	49
Schleswig-Holstein	0	5	1	0	5	4	2	47	62
Thüringen	0	7	5	0	8	6	1	22	44
Deutschland	8	271	207	17	275	247	56	1.745	1.905

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.	19.	1.–19.	1.–19.
Baden-Württemberg	2	16	17	1	3	9	7	203	183
Bayern	1	21	26	31	73	35	8	204	270
Berlin	2	13	9	13	150	8	5	127	114
Brandenburg	1	3	3	1	19	0	1	35	33
Bremen	0	2	3	0	0	0	0	13	15
Hamburg	0	4	4	1	5	0	5	64	46
Hessen	1	8	11	1	4	9	5	138	162
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	2	0	1	0	2	19	35
Niedersachsen	0	17	16	0	7	2	5	103	114
Nordrhein-Westfalen	0	34	30	2	18	9	16	335	420
Rheinland-Pfalz	1	10	8	1	2	1	3	44	61
Saarland	0	4	3	0	1	0	1	11	12
Sachsen	0	7	4	3	11	0	0	46	60
Sachsen-Anhalt	0	1	5	0	0	0	1	40	43
Schleswig-Holstein	0	11	4	0	4	2	0	25	43
Thüringen	0	6	4	0	0	0	1	19	31
Deutschland	8	159	149	54	298	75	60	1.426	1.642

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).

Informationen zu DEGS – Basispublikation mit Studien-Ergebnissen erschienen

Mit der „Basispublikation“ liegt erstmals ein thematisch breiter Überblick mit Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts (RKI) vor. Sie erschien Ende Mai 2013 als Doppelheft des *Bundesgesundheitsblattes*. Die 34 Beiträge sind kostenlos im PDF-Format auf der Website des RKI und auf der DEGS-Projektwebsite abrufbar (www.rki.de/degs > DEGS1 > Basispublikation; Projektwebsite: <http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1.html>); sie liegen auch in englischer Übersetzung vor.

Themenspektrum: DEGS1 liefert erstmals seit dem Bundes-Gesundheits-survey 1998 (BGS98) aktuelle Eckwerte aus Befragungen und Untersuchungen, die eine bundesweit repräsentative Beschreibung der gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden erwachsenen Bevölkerung ermöglichen. Das inhaltliche Spektrum der Beiträge umfasst sowohl Aspekte der körperlichen Gesundheit wie z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, muskuloskeletale Erkrankungen und Allergien als auch des psychischen Befindens, z. B. Depressionen und Schlafstörungen. Auch mit Blick auf die älter werdende Gesellschaft wird die körperliche und geistige Funktionsfähigkeit beleuchtet und – als wichtiger, übergreifender Indikator – die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ein weiteres großes Kapitel befasst sich mit gesundheitsrelevantem Verhalten, z. B. Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum, sowie mit Umweltfaktoren, z. B. Lärm. Die Inanspruchnahme von Angeboten der medizinischen Versorgung und Prävention wird in mehreren Beiträgen dargestellt. In vielen Artikeln wird das wichtige Thema soziale Lage quasi als Querschnittsthema aufgegriffen, und es zeigen sich viel-

fältige Einflüsse auf die Gesundheit. Durch den Vergleich der Ergebnisse mit denen des BGS98 konnten Aussagen zu Entwicklungen der gesundheitlichen Lage getroffen werden (Trends).

Studienprofil: Die Datenerhebungen zu DEGS1 führte das RKI von Ende 2008 bis Ende 2011 bundesweit in 180 Studienorten durch. Das Erhebungsspektrum umfasste zum einen Befragungen. Die Teilnehmer füllten Fragebögen zur Gesundheit sowie zur Ernährung aus und nahmen an einem ärztlichen und einem Arzneimittel-Interview teil. Zum anderen wurden Messungen und körperliche Untersuchungen durchgeführt, z. B. Körpergröße/-gewicht, Blutdruck sowie Schilddrüsenvolumetrie. Je nach Altersgruppe gab es verschiedene Tests: Fahrradergometrie bis 64 Jahre, körperliche und geistige Funktionsfähigkeit ab 65 Jahre. Laboranalysen ergänzten das Untersuchungsprogramm. Insgesamt nahmen an DEGS1 8.152 Frauen und Männer im Alter von 18–91 Jahren teil. Knapp die Hälfte von ihnen war bereits beim BGS98 dabei (3.959 Wiedereingeladene). 4.193 Personen nahmen erstmals an der Studie teil. Für den Altersbereich von 18–79 Jahren können mit DEGS1-Daten repräsentative Aussagen getroffen werden; er umfasst 7.988 Personen (davon 7.116 mit Untersuchungsdaten).

Bezugsquellen: Gedruckte Exemplare des *Bundesgesundheitsblatt-Doppelheftes* können beim RKI (degs@rki.de) auf Rechnung bestellt werden; kostenloser Bezug im PDF-Format s. o.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. **Anfragen** zu DEGS unter degs@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

19. Woche 2013 (Datenstand: 29.5.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	19. Woche	1.–19. Woche	1.–19. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	34	977	557	2.147
Brucellose	0	5	9	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	26	44	124
Dengue-Fieber	7	330	147	615
FSME	2	11	9	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	15	13	69
Hantavirus-Erkrankung	1	49	1.011	2.824
Hepatitis D	0	9	4	18
Hepatitis E	5	127	118	388
Influenza	63	69.662	10.437	11.516
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	0	112	129	323
Legionellose	5	220	168	654
Leptospirose	0	15	7	85
Listeriose	2	116	119	427
Ornithose	0	5	6	16
Paratyphus	1	18	19	43
Q-Fieber	1	43	75	200
Trichinellose	0	2	1	2
Tularämie	0	6	4	21
Typhus abdominalis	3	36	19	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Diphtherie: Niedersachsen, 46 Jahre, männlich

(18. Meldewoche 2013; Hautdiphtherie; Infektionsland Deutschland; 1. Diphtherie-Fall 2013)

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 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* erscheint i. d. R. wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für €49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn €4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um 1 Jahr. Im **Internet** unter: 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