



Epidemiologisches Bulletin

11. April 2011 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Invasive *Haemophilus-influenzae*-Infektionen in Deutschland

Auswertung von Meldedaten nach IfSG und Typisierungsergebnissen aus dem Konsiliarlabor

Bakterien der Spezies *Haemophilus (H.) influenzae* können invasive Erkrankungen wie Entzündungen der Hirnhaut, des Kehlkopfdeckels, des Knochen- und Muskelgewebes sowie Blutvergiftungen verursachen. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfchen oder direkten Kontakt. *H. influenzae* können als bekapselte (Kapseltypen a bis f) oder unbekapselte (nichttypisierbare, NTHi) Bakterien auftreten. Gegen den Kapseltyp b wird in Deutschland seit 1990 eine Schutzimpfung im Säuglings- und Kleinkindalter empfohlen. Da sich die Impfung nur gegen einen Kapseltyp (Hib) richtet, ist für die Einschätzung der Wirksamkeit der Impfung und möglicher Auswirkungen auf die Kapseltypenverteilung eine Typisierung notwendig. Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG; § 7 (1)) sind die invasiven Infektionen meldepflichtig, die durch Nachweis von *H. influenzae* in Blut oder Liquor diagnostiziert werden. Erregerisolate können zur Kapseltypisierung an das Konsiliarlabor für *H. influenzae* geschickt werden, das seit 2008 im Mikrobiologischen Institut der Universität Würzburg besteht. Im Folgenden werden die dem Robert Koch-Institut (RKI) nach IfSG übermittelten Daten (2001–2009) und Ergebnisse der Kapseltypisierung aus dem Konsiliarlabor Würzburg (2008–2009) vorgestellt.

Auswertung der nach IfSG übermittelten Daten

Von 2001 bis 2009 wurden insgesamt 983 Fälle von invasiven *H.-influenzae*-Infektionen an das RKI übermittelt; bei 85 von ihnen waren neben dem Labornachweis des Erregers keine Krankheitssymptome angegeben, 898 Patienten erfüllten die Referenzdefinition einer invasiven *H.-influenzae*-Erkrankung. Die Zahl der jährlich nach IfSG übermittelten Infektionen nahm seit 2006 beständig zu. Mit einer Inzidenz von 0,2 Erkrankungsfällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2009 gehören invasive Infektionen durch *H.-influenzae*-Bakterien jedoch nach wie vor zu den eher seltenen Ereignissen.

Fälle pro 100.000 Einw.

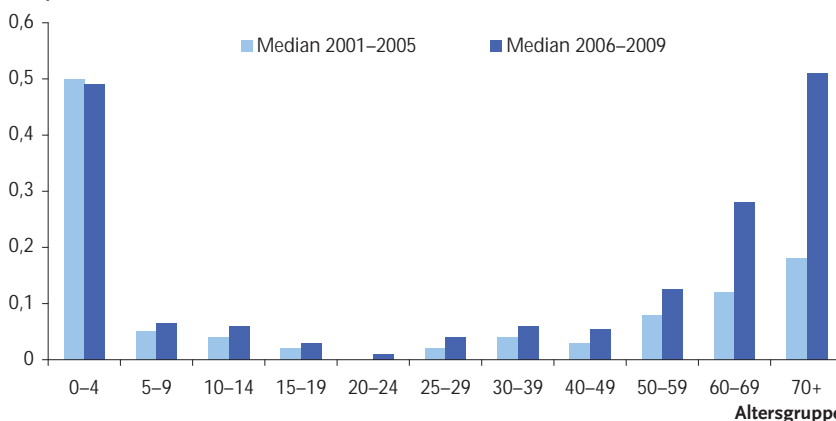


Abb. 1: Inzidenz der nach IfSG übermittelten invasiven *H.-influenzae*-Infektionen in Deutschland; n=898: Vergleich des Medians der Inzidenzen von 2001–2005 mit dem Median 2006–2009 nach Altersgruppen

Diese Woche

14/2011

Haemophilus-influenzae-Infektionen

Meldedaten nach IfSG und Typisierungsergebnisse aus dem Konsiliarlabor

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

KiGGS Welle 1 – Durchführung der Telefoninterviews

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Januar 2011 (Datenstand: 1. April 2011)
- ▶ Jahresstatistik 2010 (Datenstand: 1. März 2011)
- ▶ Aktuelle Statistik 11. Woche 2011 (Datenstand: 6. April 2011)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 13. Woche 2011



Am häufigsten erkrankten Säuglinge, Kleinkinder und ältere Erwachsene. Mehr als 50% der Fälle betreffen die Altersgruppe 60 Jahre und älter. Während bei Säuglingen und Kleinkindern keine Zunahme der invasiven Infektionen beobachtet wurde, fand eine Zunahme in allen anderen Altersgruppen statt; sie war jedoch am stärksten bei den älteren Erwachsenen (60 Jahre und älter; s. Abb. 1, S. 105).

Wie groß der Anteil der verschiedenen Kapseltypen an den Infektionen ist und ob der Anstieg der Infektionshäufigkeit mit Änderungen des Erregerspektrums einhergeht, lässt sich anhand der Meldedaten nicht genau erkennen. Der Anteil der Fälle, bei denen ein Kapseltyp übermittelt wurde, hat sich zwar erhöht, ist aber für zuverlässige Aussagen immer noch zu gering: Während von 2001 bis 2005 nur bei 10% (2002) bis 21% (2003) der Fälle Kapseltypen übermittelt wurden, lag dieser Anteil von 2006 bis 2009 zwischen 17% (2008) und 30% (2009). Eine systematische Analyse der Freitexteinträge von 2008 und 2009 ergab zusätzliche Angaben zum Kapseltyp für insgesamt 36 Fälle, was die Anteile der Fälle mit übermitteltem Kapseltyp auf 28% (2008) bzw. 39% (2009) erhöhte.

Neben den Angaben zum Kapseltyp sind für die Einschätzung der Wirksamkeit des Impfprogrammes auch Informationen über den Impfstatus der Patienten zu erheben, die mit den IfSG-Daten übermittelt werden. In die Auswertungen zum Impfstatus der übermittelten invasiven *H. influenzae*-Fälle in den *Infektionsepidemiologischen Jahrbüchern* der letzten Jahre wurden bisher nur unter 20-Jährige einbezogen. Grund hierfür ist, dass es die allgemeine Impfempfehlung im Säuglingsalter seit 1990 gibt und vor diesem Zeitpunkt Geborene noch nicht von dieser Impfung profitieren konnten. Die Altersgrenze derjenigen, für die die Impfempfehlung bereits galt, wird sich damit jedoch immer weiter nach oben verschieben. Außerdem fehlen bei den übermittelten Daten Informationen zu den Personen, die einer Risikogruppe angehören, der eine Impfung auch im Erwachsenenalter empfohlen wird (z. B. nach Splenektomie).

Auswertbare Angaben zum Impfstatus wurden bei etwa 85% der Fälle in der Altersgruppe unter 20 Jahre in den Jahren 2008/2009 übermittelt. Zunehmend wurden von den Gesundheitsämtern Impfangaben auch bei Erwachsenen erhoben. In den Jahren 2008/2009 wurden insgesamt vier mögliche Impfdurchbrüche bei vollständig geimpften Kindern sowie zwei wahrscheinliche Durchbrüche bei altersgerecht geimpften Kindern (die noch zu jung für die komplette Impfserie waren) festgestellt. Die niedrige Zahl der übermittelten Impfdurchbrüche sowie die geringe Anzahl übermittelter Fälle mit Kapseltyp b lassen den Schluss auf eine erfolgreiche Umsetzung und gute Wirksamkeit der Hib-Impfung in Deutschland zu.

Vergleich der Kapseltypangaben aus IfSG und Konsiliarlabor

Die Referenz für die Bestimmung des Erregerspektrums und Trends der Kapseltypenverteilung soll durch die Untersuchungen im Konsiliarlabor für *H. influenzae* geschaffen werden. Seit 2008 wird die Kapseltypisierung für eingesandte Isolate in Würzburg durchgeführt (vorher lag die Expertise in der Mikrobiologie der Universitätskinderklinik Mainz). Jeder Befund wird vom Konsiliarlabor nicht nur dem einsendenden Labor, sondern regelmäßig auch dem zuständigen Gesundheitsamt mitgeteilt. Außerdem wurden die Typisierungsergebnisse des Konsiliarlabors der Jahre 2008 und 2009 in anonymisierter, aber fallbezogener Form dem RKI übermittelt.

Eine Auswertung der Kapseltypenverteilung nach Daten aus dem Konsiliarlabor führt zu anderen Ergebnissen als die Auswertung aus den nach IfSG übermittelten Daten; letztere wird z. B. auch im *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* veröffentlicht (s. Abb. 2).

Neben der differentiellen Kapseltypenverteilung wurden im Konsiliarlabor in beiden Jahren auch mehr Fälle typisiert (n=156) als Kapseltypen nach IfSG übermittelt wurden (n=112, inkl. Freitextauswertung). Die größten Abweichungen zeigten sich jeweils bei den nichttypisierbaren *H. influenzae* (NTHi oder „keine Kapsel“) und bei Hib. Nach IfSG wurden nicht nur absolut mehr Hib-Fälle übermittelt als im Konsiliarlabor befundet (2008/2009: n=34 Fälle

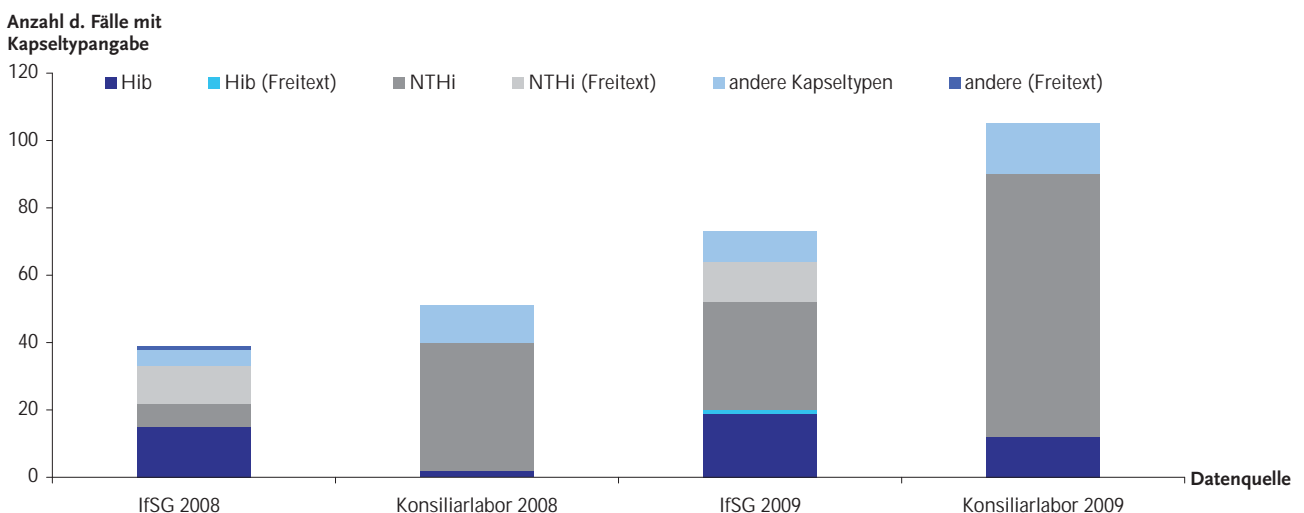


Abb. 2: Gegenüberstellung der Kapseltypenverteilung bei invasiven *H. influenzae*-Infektionen nach IfSG-Daten (n=112) und Daten aus dem Konsiliarlabor (n=156), 2008 und 2009 und unter besonderer Berücksichtigung des impfpräventablen Kapseltyps b und der nichttypisierbaren Isolate (NTHi)

Fallmeldungen nach Quelle/Jahr	2008	2009
IfSG gesamt, darunter mit Kapseltypangabe	162 27*	202 60*
Konsiliarlabor gesamt (nur Befunde aus Blut und Liquor)	51*	105
übereinstimmende Fälle (Matches), darunter übereinstimmende Kapseltypen	39 9**	85 45**
Befunde im Konsiliarlabor ohne IfSG-Fälle	12	20
IfSG-Fälle ohne Befund im Konsiliarlabor, darunter mit Kapseltypangabe	123 13	117 14
H.-influenzae-Fälle insgesamt mindestens	174	222

Tab. 1: Invasive *H.-influenzae*-Fälle – übermittelt nach IfSG und Einsendungen an das Konsiliarlabor sowie Anzahl der typisierten Fälle 2008 und 2009

* nach Freitextauswertung zusätzlich 12 (2008) bzw. 13 (2009) übermittelte Fälle mit Kapseltypangabe

** nach Freitextauswertung zusätzlich 11 (2008) und 10 (2009) übereinstimmende Kapseltypen

nach IfSG und n=14 Fälle im Konsiliarlabor). Darüber hinaus war auch ihr relativer Anteil an allen Fällen mit Angaben zum Kapseltyp im SurvNet deutlich höher als im Konsiliarlabor (31 % Hib-Fälle im SurvNet vs. 9 % der Kapseltypbefunde im Konsiliarlabor). Dafür waren Zahl und Anteil der NTHi-Fälle im SurvNet deutlich niedriger als im Konsiliarlabor (39 Einträge im Feld Kapseltyp plus 23 Einträge im Freitext entsprechen 55 % der Fälle mit Kapseltypangabe nach IfSG versus n=116 oder 74 % im Konsiliarlabor).

Da im Rahmen europäischer Meldeverpflichtungen die IfSG-Daten als Referenz dienen und bei automatisierten Datenübermittlungen Kommentarfelder (Freitext) nicht berücksichtigt werden können, wurden aufgrund der festgestellten Diskrepanzen für die Jahre 2008 und 2009 vom

RKI alle Kapseltypangaben als „unbekannt“ an das Europäische Datenerfassungssystem TESSy übermittelt.

Detaillierter Datenabgleich

Im RKI wurde ein manueller Datenabgleich der Ergebnisse aus dem Konsiliarlabor mit den übermittelten IfSG-Melddaten vorgenommen. Fälle aus beiden Datenquellen, die in mindestens 4 der folgenden 5 Merkmale übereinstimmten, galten dabei als Match: Geburtsmonat, Geburtsjahr, Geschlecht, Landkreis, Probanddatum im Zeitraum von maximal +/- 5 Tagen zum Erkrankungs- bzw. Diagnosedatum. Danach wurden im Jahr 2008 von 162 nach IfSG übermittelten Fällen 39 (24 %) im Konsiliarlabor typisiert und im Jahr 2009 waren dies bereits 85 (42 %) von 202 Fällen. (s. Tab. 1).

Bei insgesamt 27 IfSG-Fällen ohne Befund aus dem Konsiliarlabor wurde ein Typisierungsergebnis übermittelt. Daneben gab es 32 Befunde zu Isolaten von *H. influenzae* aus Blut oder Liquor im Konsiliarlabor, die nicht in den IfSG-Daten wiederzufinden sind. Bei insgesamt 54 der gematchten 124 Fälle stimmten zusätzlich auch die Kapseltypen überein. Nach Auskunft des Konsiliarlabors werden die Typisierungsergebnisse jedoch den Gesundheitsämtern regelmäßig mitgeteilt. Auswertung und Vergleich waren dadurch erschwert, dass bei den nach IfSG übermittelten Fällen die Typisierungsergebnisse in der Meldesoftware (hier: SurvNet) häufig nicht im dafür vorgesehenen Feld „Kapseltyp“, sondern im Freitextfeld aufgeführt waren.

Ein genauer Vergleich der Kapseltypen konnte für die aus beiden Quellen übereinstimmenden Fälle vorgenommen werden. Bei den 39 gematchten Fällen im Jahr 2008 wurden im Konsiliarlabor 32 als NTHi befundet (s. Tab. 2). Im SurvNet erschien bei diesen 32 Fällen nur 6-mal korrekt im Feld Kapseltyp „keine Kapsel“, bei 11 Fällen fand sich immerhin ein entsprechender Eintrag im Freitext. Viermal war dagegen der Kapseltyp b, einmal Kapseltyp a und 2-mal

Kapseltyp	2008 (n = 39)		2009 (n = 85)	
	Anzahl im Konsiliarlabor	Anzahl und Eintrag in SurvNet*	Anzahl im Konsiliarlabor	Anzahl und Eintrag in SurvNet*
NTHi	n = 32	6 x „keine Kapsel“ 4 x Hib 1 x Hia 2 x andere/sonstige 10 x nicht ermittelbar 7 x kein Eintrag 2 x nicht anwendbar	n = 64	27 x „keine Kapsel“ 2 x Hib 1 x Hia 4 x andere/sonstige 10 x nicht ermittelbar 10 x kein Eintrag 10 x nicht anwendbar
Hib	n = 2	1 x Hib 1 x nicht ermittelbar	n = 10	8 x Hib 1 x andere/sonstige mit Freitexthinweis 1 x kein Eintrag
Hid	n = 1	kein Eintrag		
Hie	n = 1	1 x Hie	n = 2	2 x nicht ermittelbar
Hif	n = 3	1 x Hif (+ 1 x im Freitext) 1 x kein Eintrag	n = 9	8 x Hif 1 x nicht ermittelbar

Tab. 2: Kapseltypenverteilung bei invasiven *H.-influenzae*-Fällen: Übereinstimmende (gematchte) Fälle aus IfSG-Daten und Daten des Konsiliarlabors in den Jahren 2008 und 2009 mit den jeweiligen Kapseltypangaben (bei IfSG-Daten einschließlich Freitexteinträgen)

Schriftfarbe schwarz: Abweichungen der Kapseltypangaben bei gematchten Fällen; * Software zur Übermittlung der nach IfSG gemeldeten Fälle an das RKI

„andere sonstige“ (ohne weitere Spezifizierung) eingetragen. Unklar bleibt, woher diese abweichenden Ergebnisse stammen. Bei den 10 Fällen mit Eintrag „nicht ermittelbar“ und 7 ohne jeden Eintrag konnten offenbar die vom Konsiliarlabor mitgeteilten Typisierungsergebnisse nicht zugeordnet und nachgetragen werden.

Der Kapseltyp b wurde im Jahr 2008 nur in 2 gematchten Fällen im Konsiliarlabor gefunden – diese sind im SurvNet einmal korrekt (Kapseltyp b) und einmal als „nicht ermittelbar“ gekennzeichnet. Auch im Jahr 2009 kam es zu Abweichungen der Kapseltypangaben selbst bei den gematchten Fällen, wie der Tabelle 2 im Einzelnen zu entnehmen ist (Abweichungen durch schwarze Schrift markiert).

Eine mögliche Unsicherheit in den Gesundheitsämtern bezüglich der Befundinterpretation aus dem Konsiliarlabor könnte bei der Angabe „keine Kapsel“ bestehen. Diese Angabe ist bisher in der Übermittlungssoftware auswählbar und wurde auch in den Befundbriefen neben der international üblichen Bezeichnung „nichttypisierbare *H.-influenzae*-Bakterien (NTHi)“ verwendet. Künftig sollen die Eingabemöglichkeiten in der Übermittlungssoftware dem Wortlaut des Befundes noch besser angepasst werden. So wird in der neuen Version der Übermittlungssoftware SurvNet die Bezeichnung „NTHi“ für nichttypisierbare *H.-influenzae*-Bakterien zu finden sein und derselbe Wortlaut vom Konsiliarlabor im Befundbrief mitgeteilt werden. Damit wird die bisherige Angabe „keine Kapsel“ in der Übermittlungssoftware ersetzt. Die Angabe NTHi fand sich auch am häufigsten in den ausgewerteten Freitexteinträgen (25-mal von 2008 bis 2009).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Invasive *H.-influenzae*-Fälle werden noch zu wenig typisiert. Bei steigenden Fallzahlen und gleichzeitiger Präventionsstrategie gegen einen Erregertypen (Hib) ist es jedoch unabdingbar, das Erregerspektrum genau zu kennen und zu verfolgen.

Bei jeder Fallmeldung sollte das diagnostizierende Labor vom Gesundheitsamt auf die Bedeutung der Isolat-Einsendung und die Möglichkeit der Typisierung im Konsiliarlabor für *H. influenzae* in Würzburg hingewiesen werden. Das Konsiliarlabor nutzt seinerseits verstärkt seine Kontakte zu den Einsendelaboren, um auf die Kapseltypisierung aufmerksam zu machen.

Die Kapseltypenverteilung auf Basis der SurvNet-Daten unterscheidet sich von der nach Ergebnissen des Konsiliarlabors. Nach den Typisierungsergebnissen aus dem Konsiliarlabor wird der überwiegende Anteil invasiver *H.-influenzae*-Infektionen durch nichttypisierbare Bakterien (NHTi) verursacht, dagegen spielen Hib-Fälle nur eine untergeordnete Rolle und treten etwa genauso häufig wie alle anderen bekapselten *H.-influenzae*-Bakterien zusammen auf. Mit den SurvNet-Daten werden invasive *H.-influenzae*-Fälle mit Kapseltyp b offenbar eher überschätzt und die nichttypisierbaren Fälle eher unterschätzt. Eine bessere Übereinstimmung der Angaben aus beiden Datenquellen ist darum wünschenswert.

Jeder vom Konsiliarlabor an ein Gesundheitsamt übermittelte Befund sollte mit vorliegenden Meldungen von *H.-influenzae*-Infektionen aus den mikrobiologischen Laboren verglichen werden. Kann der Befund einem bereits gemeldeten Patienten zugeordnet werden, so wird im Feld Kapseltyp die entsprechende Angabe aus dem Konsiliarlabor vom Gesundheitsamt nachgetragen und die Ergänzung übermittelt. Freitexteinträge zum Kapseltyp sind zu vermeiden, weil sie nicht nur die Auswertung erschweren, sondern auch automatisierten Datenweiterleitungen entgegen.

Liegt noch keine Meldung nach § 7 IfSG von einem Labor vor, wird der Befund des Konsiliarlabors als Fallmeldung übernommen und übermittelt. Gegebenenfalls können vom Gesundheitsamt über das Einsendelabor bzw. die behandelnde Klinik noch fehlende personenbezogene Daten des Patienten ermittelt werden. RKI und Konsiliarlabor unterstützen die Gesundheitsämter bei der Interpretation und Übermittlung der Befunde zur Kapseltypisierung.

Auch wenn sich der Recherche-Aufwand in den Gesundheitsämtern noch weiter erhöhen wird, hält sich der Gesamtaufwand für die notwendigen Nachrecherchen bei invasiven *H.-influenzae*-Fällen bei statistisch derzeit unter 1 Fall pro Gesundheitsamt und Jahr in Deutschland jedoch in Grenzen.

Die nach IfSG übermittelten Kapseltypen können zurzeit noch nicht für eine valide Auswertung genutzt werden. Im Rahmen europäischer Meldeverpflichtungen werden die geforderten Angaben zum Kapseltyp derzeit nicht zusammen mit den übrigen fallbezogenen Daten übermittelt. Der Abgleich von Daten übermittelt nach IfSG und aus dem Konsiliarlabor soll im RKI weiter durchgeführt werden. Auf dieser Grundlage können die Gesundheitsämter gezielt über eventuell aufgetretene Diskrepanzen informiert werden, um zusätzliche Recherchen oder Änderungsmeldungen zu veranlassen.

Eine Verbesserung der Datenqualität hinsichtlich Vollständigkeit und Korrektheit der Angaben ist dringend geboten, um zuverlässige epidemiologische Aussagen zur Situation bei invasiven *H.-influenzae*-Infektionen in Deutschland treffen zu können, die Wirksamkeit des Hib-Impfprogrammes weiter prüfen und diese Daten auch international einordnen zu können.

Für die Typisierung der *H.-influenzae*-Isolate, die Befundübermittlung an die Einsendelabore und Gesundheitsämter sowie für die Datenbereitstellung für das RKI danken wir den Kollegen vom Konsiliarlabor am Institut für Mikrobiologie und Hygiene in Würzburg. Die Typisierungsergebnisse aus dem Konsiliarlabor für das Jahr 2010 sind verfügbar unter http://www.haemophilus.uni-wuerzburg.de/startseite/berichte/daten_2010/.

Ansprechpartner im Konsiliarlabor ist Prof. Dr. Ulrich Vogel (E-Mail: uvogel@hygiene.uni-wuerzburg.de, Tel.: 0931. 31-46 802 oder -46 006).

Die **Postadresse für Isolat-Einsendungen** lautet:
Universität Würzburg, Institut für Hygiene und Mikrobiologie
Konsiliarlabor *Haemophilus influenzae*
Josef-Schneider-Str. 2/Gebäude E1, D-97080 Würzburg

Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention (FG 33) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts, erarbeitet von Dr. Anette Siedler (E-Mail: SiedlerA@rki.de), die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht.

**Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1):
Durchführung der Telefoninterviews**



Seit Juni 2009 führt das Robert Koch-Institut die Datenerhebungen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 1) durch. Im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen dazu regelmäßig Kurzbeiträge, die auch unter www.rki.de/kiggs abrufbar sind. Im Folgenden wird die Durchführung der Telefoninterviews erläutert.

CATI-Erhebungsmethode

Im Gegensatz zur KiGGS-Basiserhebung, die in 167 Studienzentren in ganz Deutschland durchgeführt wurde, erfolgt die Befragung der Probanden zu gesundheitsrelevanten Themen in KiGGS Welle 1 ausschließlich in Form eines telefonischen computergestützten Interviews. Diese Methode wird CATI genannt. CATI steht für *Computer Assisted Telephone Interviewing*. Vorteile dieser Methode sind u. a. die Reduzierung des Aufwandes für die Probanden, eine größere zeitliche Flexibilität bei der Erhebung der Daten sowie eine benutzerfreundliche Interviewführung: So können mit Hilfe von Filtersetzungen automatisch Fragen übersprungen werden, die sich nur an eine bestimmte Altersgruppe richten oder die sich aufgrund vorheriger Antworten erübrigt haben. Ein weiterer wesentlicher Vorteil der Telefonbefragungen im CATI-Labor des RKI liegt in der direkten Betreuung und Anleitung der Interviewer durch Supervisoren. Supervisoren sind studentische oder wissenschaftliche Mitarbeiter am RKI, die den Erhebungsprozess begleiten und dafür Sorge tragen, dass die vorgegebenen Qualitätskriterien zur Durchführung standardisierter Interviews eingehalten werden.

Was bedeutet „standardisierte Interviewdurchführung“?

Das standardisierte Interview folgt einer zuvor festgelegten Reihenfolge von Fragen und deren Wortlaut. Der Interviewer muss sich exakt an den vorgegebenen Wortlaut des Fragebogens halten. Bei Verständnisproblemen werden die Fragen in der gleichen Formulierung wiederholt, auf eigene Erklärungen muss verzichtet werden. Ziel dieses Vorgehens ist es, für alle Teilnehmer eine vergleichbare Befragungssituation zu schaffen und eine Beeinflussung des Antwortverhaltens durch Kommentare, Wertungen oder Hilfen des Interviewers zu vermeiden. Das Interviewverhalten muss damit von Neutralität gegenüber dem Befragungsinhalt und dem Befragten gekennzeichnet sein.

Dennoch schließen sich eine neutrale Interviewerrolle und ein gewisses Maß an Flexibilität von Seiten des Interviewers nicht aus. Vor allem in der Kontakt- und Begrüßungsphase vor Interviewbeginn spielen

die Persönlichkeit und die Ausstrahlung des Interviewers eine große Rolle. In dieser Phase ist es wichtig, sachlich zu argumentieren und kompetent Fragen zu beantworten. Die Chancen für ein erfolgreiches Interview werden zudem durch Sympathie, Freundlichkeit und Sprechweise maßgeblich beeinflusst. Während des Interviews muss der Interviewer in der Lage sein, flexibel und angemessen auf Verständnisprobleme, Konzentrationsschwankungen, eintretende Demotivation oder störende Rahmenbedingungen im Umfeld des Befragten zu reagieren.

Interviewerschulung

Bei den in KiGGS Welle 1 eingesetzten Interviewern handelt es sich um erprobte Interviewer, die bereits Erfahrungen bei anderen Telefonbefragungen am RKI gesammelt haben. In einer mehrtägigen Schulung wurden sie vor dem Beginn der Telefonbefragungsphase über die Inhalte, die Ziele und den Charakter der Studie informiert. Die Standardisierung der Erhebungssituation, die Besonderheiten bei der telefonischen Befragung von Kindern und nicht zuletzt der Umgang mit schwierigen Interview-situationen wurden geübt. Zur Überprüfung des Schulungserfolges erfolgte die Zertifizierung aller Interviewer.

Durchführung der Interviews

Das Interview wird mit Eltern, deren Kinder 0 bis 17 Jahre alt sind, mit Kindern ab 11 Jahren und mit bereits volljährigen Probanden geführt (s. *Epid. Bull.* 9/2011). Das Interview mit Kindern und Jugendlichen dauert etwa 30 Minuten, das Interview mit den Eltern und volljährigen Probanden etwa 40 Minuten.

Die Telefoninterviews werden am Montag und Mittwoch von 9.00 bis 13.00 Uhr sowie von Montag bis Freitag zwischen 16.00 und 20.00 Uhr durchgeführt. Bewährt haben sich auch telefonische Kontaktzeiten am Samstag in der Zeit von 10.00 bis 14.00 Uhr. Präferenzen für den Interviewtermin können die Probanden im Vorfeld der Befragung im Zusammenhang mit der schriftlichen Teilnahmeinwilligung mitteilen. Darüber hinaus erfolgen weitere Terminabsprachen während des telefonischen Kontaktes mit den Interviewern. Als Anerkennung erhält jeder Teilnehmer nach Abschluss des Interviews per Post einen Einkaufsgutschein.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Weitere **Informationen** unter www.kiggs.de. **Anfragen** zu KiGGS unter kiggsinfo@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: Januar 2011 (Datenstand: 1.4.2011)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektion				Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	2011		2010		2011		2010		2011		2010				
	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.				
Baden-Württemberg	18	18	14	19	19	21	12	12	5	1	1	3	0	0	0
Bayern	28	28	33	26	26	19	8	8	7	3	3	3	0	0	0
Berlin	66	66	40	43	43	32	3	3	5	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	2	2	3	8	8	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	2	2	1	1	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	20	20	22	18	18	22	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Hessen	30	30	21	26	26	20	7	7	2	3	3	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	1	3	3	3	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Niedersachsen	21	21	18	8	8	13	1	1	4	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	73	73	64	58	58	52	11	11	6	3	3	1	0	0	0
Rheinland-Pfalz	4	4	6	5	5	5	1	1	3	0	0	1	0	0	0
Saarland	5	5	5	8	8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	17	17	17	5	5	8	2	2	0	1	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	2	2	4	7	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	6	6	4	10	10	8	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Thüringen	1	1	7	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	299	299	261	245	245	218	50	50	36	13	13	10	0	0	1

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2010

Datenstand: 1.3.2011

Land	Darmkrankheiten													
	Campylobacter-Enteritis		EHEC-Erkrankung [#]		Erkr. durch sonst. darmath. E. coli		Salmonellose		Shigellose		Yersiniose		Norovirus-Erkrankung [*]	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Baden-Württ.	6.151	6.560	73	74	261	258	2.645	2.881	84	102	127	180	11.453	8.578
	57,2	61,1	0,7	0,7	2,4	2,4	24,6	26,8	0,8	0,9	1,2	1,7	106,6	79,8
Bayern	6.450	7.858	183	139	716	835	3.569	4.708	124	127	378	445	19.781	14.964
	51,6	62,8	1,5	1,1	5,7	6,7	28,5	37,6	1,0	1,0	3,0	3,6	158,1	119,6
Berlin	3.008	2.488	31	44	289	396	844	770	120	48	81	97	4.272	4.574
	87,4	72,3	0,9	1,3	8,4	11,5	24,5	22,4	3,5	1,4	2,4	2,8	124,1	132,9
Brandenburg	2.046	2.180	18	21	296	350	822	991	13	14	119	122	5.723	5.350
	81,5	86,8	0,7	0,8	11,8	13,9	32,7	39,5	0,5	0,6	4,7	4,9	227,9	213,0
Bremen	449	412	5	2	20	26	125	136	12	6	22	29	887	1.017
	67,9	62,3	0,8	0,3	3,0	3,9	18,9	20,6	1,8	0,9	3,3	4,4	134,0	153,7
Hamburg	2.041	1.790	25	29	42	47	405	674	38	44	65	94	2.714	1.877
	115,0	100,9	1,4	1,6	2,4	2,6	22,8	38,0	2,1	2,5	3,7	5,3	153,0	105,8
Hessen	4.555	4.030	15	14	93	118	1.666	2.079	78	56	211	239	7.067	5.708
	75,1	66,5	0,2	0,2	1,5	1,9	27,5	34,3	1,3	0,9	3,5	3,9	116,6	94,2
Mecklenbg.-V.	2.023	2.057	7	9	296	252	717	891	7	5	71	90	5.551	2.746
	122,5	124,6	0,4	0,5	17,9	15,3	43,4	54,0	0,4	0,3	4,3	5,5	336,2	166,3
Niedersachsen	5.837	5.132	150	122	586	616	2.400	2.910	24	22	296	337	12.704	7.880
	73,6	64,7	1,9	1,5	7,4	7,8	30,3	36,7	0,3	0,3	3,7	4,3	160,2	99,4
Nordrhein-W.	16.776	15.035	177	154	956	965	5.344	7.686	91	53	751	645	27.666	21.840
	93,9	84,1	1,0	0,9	5,3	5,4	29,9	43,0	0,5	0,3	4,2	3,6	154,8	122,2
Rheinland-Pf.	3.574	3.266	85	83	218	264	1.464	1.711	49	40	211	194	7.169	5.040
	89,1	81,4	2,1	2,1	5,4	6,6	36,5	42,6	1,2	1,0	5,3	4,8	178,7	125,6
Saarland	1.262	1.218	9	9	26	37	326	387	5	1	29	41	1.765	1.336
	123,4	119,1	0,9	0,9	2,5	3,6	31,9	37,8	0,5	0,1	2,8	4,0	172,6	130,6
Sachsen	5.638	4.905	75	73	736	859	1.954	2.146	54	51	433	541	13.410	13.686
	135,2	117,7	1,8	1,8	17,7	20,6	46,9	51,5	1,3	1,2	10,4	13,0	321,7	328,3
Sachsen-Anh.	1.502	1.625	23	16	498	541	1.173	1.351	11	14	206	172	9.272	7.958
	63,7	69,0	1,0	0,7	21,1	23,0	49,8	57,3	0,5	0,6	8,7	7,3	393,5	337,7
Schleswig-H.	2.606	2.304	24	30	72	65	592	801	6	14	96	129	3.406	2.361
	92,0	81,4	0,8	1,1	2,5	2,3	20,9	28,3	0,2	0,5	3,4	4,6	120,3	83,4
Thüringen	1.795	1.966	18	17	739	597	1.260	1.282	15	20	272	376	7.594	5.953
	79,8	87,4	0,8	0,8	32,8	26,5	56,0	57,0	0,7	0,9	12,1	16,7	337,5	264,6
Deutschland	65.714	62.827	918	836	5.844	6.226	25.307	31.408	731	617	3.368	3.731	140.441	110.884
	80,3	76,8	1,1	1,0	7,1	7,6	30,9	38,4	0,9	0,8	4,1	4,6	171,7	135,6

Übermittelte Erkrankungen
Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

[#] Außer HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)

^{*} Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Das gilt auch rückwirkend.

Anmerkungen zur Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland für das Jahr 2010

In dieser Ausgabe veröffentlicht das RKI die Statistik der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) für das Jahr 2010 erfolgten Meldungen als Gesamtübersicht. Die Daten beziehen sich auf den Datenstand des 1. März 2011. Diese Statistik stellt zugleich den **Referenzdatenstand** für alle weiteren Publikationen aus dem RKI für das Jahr 2010 dar. Später erfolgte Änderungen und Nachmeldungen sind möglich; sie werden erfasst und berücksichtigt, jedoch in der Regel erst bei der Veröffentlichung der Daten zum folgenden Jahr – 2011 – in die Statistik integriert. Bei speziellen Fragestellungen wären diese nachträglichen Änderungen auch zu jedem vorherigen Zeitpunkt abfragbar.

Wie auch bei der aktuellen Meldestatistik im *Epidemiologischen Bulletin*, werden in einer vereinfachten Darstellung nur die dem RKI übermittelten Fälle aufgeführt, die der **Referenzdefinition** entsprechen. Die Referenzdefinition berücksichtigt in der Regel die Kategorien der Falldefinition „**klinisch-labor diagnostisch bestätigt**“ und „**klinisch-epidemiologisch bestätigt**“. Ausnahmen bilden einige Krankheiten, für die zusätz-

lich die Kategorie „**klinisch diagnostiziert**“ einbezogen wurde: HUS, Malaria, Tuberkulose, CJK und vCJK, Hepatitis Non A–E, Poliomyelitis. Bei Hepatitis C, CJK und vCJK werden auch Fälle, die nur labor diagnostisch nachgewiesen wurden, ausgewiesen.

Die Summenzeile für Deutschland kann mehr Fälle als die Summe der Fälle der Bundesländer enthalten, da einzelne Fälle keinem Kreis und damit keinem Bundesland zugeordnet werden konnten. Die Daten sind auch in SurvStat@RKI, einem interaktiven Abfrage-Tool, das über die RKI-Internetseiten zugänglich ist, verfügbar.

In den ausgewiesenen Daten sind die im Jahr 2010 aggregiert übermittelten Fälle von pandemischer Influenza (H1N1) 2009 und Norovirus-Erkrankung nicht enthalten.

Falls weitere Daten benötigt werden, können diese auch dem *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch* entnommen oder im Einzelfall beim Robert Koch-Institut schriftlich angefordert werden (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Postfach 65 02 61, 13303 Berlin).

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2010

Datenstand: 1.3.2011

Land	Darmkrankheiten						Virushepatitis						Weitere Krankheiten			
	Rotavirus-Erkrankung		Giardiasis		Kryptosporidiose		Hepatitis A		Hepatitis B ⁺		Hepatitis C ⁺		Adenovirus-Konjunktivitis		FSME*	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Baden-Württ.	4.183	3.702	526	522	41	56	63	79	68	81	822	845	38	28	118	145
	38,9	34,5	4,9	4,9	0,4	0,5	0,6	0,7	0,6	0,8	7,7	7,9	0,4	0,3	1,1	1,3
Bayern	7.008	7.699	697	785	69	66	117	158	112	101	1.168	1.173	58	23	104	131
	56,0	61,5	5,6	6,3	0,6	0,5	0,9	1,3	0,9	0,8	9,3	9,4	0,5	0,2	0,8	1,0
Berlin	2.309	2.781	395	389	81	78	57	60	69	63	631	640	17	15	3	0
	67,1	80,8	11,5	11,3	2,4	2,3	1,7	1,7	2,0	1,8	18,3	18,6	0,5	0,4	0,1	0,0
Brandenburg	3.398	4.867	79	108	34	46	19	31	20	16	75	76	19	21	0	1
	135,3	193,8	3,1	4,3	1,4	1,8	0,8	1,2	0,8	0,6	3,0	3,0	0,8	0,8	0,0	0,0
Bremen	355	297	26	35	9	9	6	9	3	7	36	34	2	0	0	0
	53,6	44,9	3,9	5,3	1,4	1,4	0,9	1,4	0,5	1,1	5,4	5,1	0,3	0,0	0,0	0,0
Hamburg	1.303	1.460	123	119	18	15	71	26	26	38	138	151	63	0	2	1
	73,4	82,3	6,9	6,7	1,0	0,8	4,0	1,5	1,5	2,1	7,8	8,5	3,6	0,0	0,1	0,1
Hessen	2.435	2.625	291	250	74	47	75	111	72	54	340	333	7	1	10	16
	40,2	43,3	4,8	4,1	1,2	0,8	1,2	1,8	1,2	0,9	5,6	5,5	0,1	0,0	0,2	0,3
Mecklenbg.-V.	2.242	3.636	129	165	45	79	7	20	17	11	51	64	87	1	1	0
	135,8	220,2	7,8	10,0	2,7	4,8	0,4	1,2	1,0	0,7	3,1	3,9	5,3	0,1	0,1	0,0
Niedersachsen	4.823	4.901	192	192	130	181	62	66	30	28	321	277	30	10	1	3
	60,8	61,8	2,4	2,4	1,6	2,3	0,8	0,8	0,4	0,4	4,0	3,5	0,4	0,1	0,0	0,0
Nordrhein-W.	9.129	10.047	723	642	188	225	184	202	172	142	662	778	15	12	5	2
	51,1	56,2	4,0	3,6	1,1	1,3	1,0	1,1	1,0	0,8	3,7	4,4	0,1	0,1	0,0	0,0
Rheinland-Pf.	2.746	2.723	203	192	39	53	39	66	75	82	266	283	19	7	4	3
	68,4	67,9	5,1	4,8	1,0	1,3	1,0	1,6	1,9	2,0	6,6	7,1	0,5	0,2	0,1	0,1
Saarland	691	772	25	38	0	5	21	10	13	15	94	76	5	10	0	1
	67,6	75,5	2,4	3,7	0,0	0,5	2,1	1,0	1,3	1,5	9,2	7,4	0,5	1,0	0,0	0,1
Sachsen	5.331	8.017	349	257	124	149	8	22	28	46	275	261	20	7	6	4
	127,9	192,3	8,4	6,2	3,0	3,6	0,2	0,5	0,7	1,1	6,6	6,3	0,5	0,2	0,1	0,1
Sachsen-Anh.	3.169	3.563	81	97	31	46	18	18	28	22	123	179	48	5	1	0
	134,5	151,2	3,4	4,1	1,3	2,0	0,8	0,8	1,2	0,9	5,2	7,6	2,0	0,2	0,0	0,0
Schleswig-H.	1.470	1.220	85	72	8	7	17	27	20	22	144	151	45	13	2	0
	51,9	43,1	3,0	2,5	0,3	0,2	0,6	1,0	0,7	0,8	5,1	5,3	1,6	0,5	0,1	0,0
Thüringen	3.458	3.905	70	99	43	45	24	23	14	26	137	145	16	16	3	6
	153,7	173,6	3,1	4,4	1,9	2,0	1,1	1,0	0,6	1,2	6,1	6,4	0,7	0,7	0,1	0,3
Deutschland	54.052	62.223	3.994	3.962	934	1.107	788	928	767	754	5.283	5.466	489	169	260	313
	66,1	76,1	4,9	4,8	1,1	1,4	1,0	1,1	0,9	0,9	6,5	6,7	0,6	0,2	0,3	0,4

Übermittelte Erkrankungen

Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

+ 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).

* FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2010

Datenstand: 1.3.2011

Land	Weitere Krankheiten															
	Hantavirus-Erkrankung		Influenza		Legionellose		Listeriose		Masern		Meningokokken-Erkr., invasiv		Q-Fieber		Tuberkulose	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Baden-Württ.	998	83	262	19.891	169	91	62	67	151	67	33	49	228	63	549	538
	9,3	0,8	2,4	185,1	1,6	0,8	0,6	0,6	1,4	0,6	0,3	0,5	2,1	0,6	5,1	5,0
Bayern	436	21	663	42.017	139	119	42	62	219	45	61	94	15	39	668	618
	3,5	0,2	5,3	335,9	1,1	1,0	0,3	0,5	1,8	0,4	0,5	0,8	0,1	0,3	5,3	4,9
Berlin	3	0	216	7.200	52	31	21	19	92	33	29	36	1	3	291	268
	0,1	0,0	6,3	209,1	1,5	0,9	0,6	0,6	2,7	1,0	0,8	1,0	0,0	0,1	8,5	7,8
Brandenburg	2	0	214	4.448	7	8	12	17	15	4	9	14	0	1	93	102
	0,1	0,0	8,5	177,1	0,3	0,3	0,5	0,7	0,6	0,2	0,4	0,6	0,0	0,0	3,7	4,1
Bremen	1	0	19	1.127	3	7	6	5	1	0	1	6	0	0	36	58
	0,2	0,0	2,9	170,3	0,5	1,1	0,9	0,8	0,2	0,0	0,2	0,9	0,0	0,0	5,4	8,8
Hamburg	0	2	66	3.534	7	7	2	8	16	212	6	7	1	1	172	177
	0,0	0,1	3,7	199,2	0,4	0,4	0,1	0,5	0,9	11,9	0,3	0,4	0,1	0,1	9,7	10,0
Hessen	174	4	140	9.165	55	45	34	17	28	19	23	24	48	43	411	397
	2,9	0,1	2,3	151,2	0,9	0,7	0,6	0,3	0,5	0,3	0,4	0,4	0,8	0,7	6,8	6,5
Mecklenbg.-V.	11	12	207	4.118	13	10	6	6	1	0	3	11	2	1	43	93
	0,7	0,7	12,5	249,4	0,8	0,6	0,4	0,4	0,1	0,0	0,2	0,7	0,1	0,1	2,6	5,6
Niedersachsen	123	16	320	16.937	28	27	45	50	16	72	37	37	11	5	280	328
	1,6	0,2	4,0	213,6	0,4	0,3	0,6	0,6	0,2	0,9	0,5	0,5	0,1	0,1	3,5	4,1
Nordrhein-W.	156	32	341	26.746	120	79	82	74	185	76	101	117	11	6	1.046	1.104
	0,9	0,2	1,9	149,6	0,7	0,4	0,5	0,4	1,0	0,4	0,6	0,7	0,1	0,0	5,9	6,2
Rheinland-Pf.	28	1	153	10.901	28	24	15	16	26	15	17	27	22	6	178	179
	0,7	0,0	3,8	271,7	0,7	0,6	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,7	0,5	0,1	4,4	4,5
Saarland	1	0	49	1.584	9	7	4	5	1	1	8	3	1	0	45	60
	0,1	0,0	4,8	154,9	0,9	0,7	0,4	0,5	0,1	0,1	0,8	0,3	0,1	0,0	4,4	5,9
Sachsen	3	0	304	10.744	33	16	25	23	4	2	23	19	0	0	158	196
	0,1	0,0	7,3	257,7	0,8	0,4	0,6	0,6	0,1	0,0	0,6	0,5	0,0	0,0	3,8	4,7
Sachsen-Anh.	6	1	188	6.659	11	10	11	7	4	1	8	12	0	1	140	129
	0,3	0,0	8,0	282,6	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0	5,9	5,5
Schleswig-H.	11	9	99	3.798	7	10	16	12	20	23	9	24	12	1	99	91
	0,4	0,3	3,5	134,1	0,2	0,4	0,6	0,4	0,7	0,8	0,3	0,8	0,4	0,0	3,5	3,2
Thüringen	63	0	225	6.742	9	11	7	8	1	1	17	16	8	21	92	104
	2,8	0,0	10,0	299,7	0,4	0,5	0,3	0,4	0,0	0,0	0,8	0,7	0,4	0,9	4,1	4,6
Deutschland	2.016	181	3.466	175.630	690	502	390	396	780	571	385	496	360	191	4.302	4.445
	2,5	0,2	4,2	214,7	0,8	0,6	0,5	0,5	1,0	0,7	0,5	0,6	0,4	0,2	5,3	5,4

Übermittelte Erkrankungen

Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2010

Datenstand: 1.3.2011

Seltene Krankheiten in Deutschland insgesamt

Erkrankung	2010		2009	
Botulismus	4	0,0	7	0,0
Brucellose	22	0,0	19	0,0
Cholera	6	0,0	0	0,0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) #	122	0,1	89	0,1
Dengue-Fieber*	595	0,7	298	0,4
Diphtherie	8	0,0	4	0,0
Fleckfieber	0	0,0	0	0,0
Invasive Erkr. durch Haemophilus influenzae	210	0,3	186	0,2
Hepatitis D	10	0,0	7	0,0
Hepatitis E	221	0,3	109	0,1
Hepatitis Non A-E	0	0,0	0	0,0
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	65	0,1	66	0,1
Läuserückfallfieber	0	0,0	0	0,0
Lepra	2	0,0	2	0,0
Leptospirose	70	0,1	92	0,1
Milzbrand	1	0,0	1	0,0
Ornithose	25	0,0	26	0,0
Paratyphus	57	0,1	77	0,1
Pest	0	0,0	0	0,0
Poliomyelitis	0	0,0	0	0,0
Tollwut	0	0,0	0	0,0
Trichinellose	3	0,0	1	0,0
Tularämie	31	0,0	10	0,0
Typhus abdominalis	71	0,1	65	0,1
Virale hämorrhagische Fieber, sonstige außer Dengue-Fieber**	37	0,0	56	0,1

Meldepflichtige Erkrankungsfälle einer Humanen spongiformen Enzephalopathie insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

* Meldungen, die auf der Grundlage des § 7(1) IfSG erfolgten und sich auf den Nachweis von Dengue-Virus, eines potenziellen Erregers eines hämorrhagischen Fiebers, beziehen; darunter waren 2010 ein Fall von Dengue-hämorrhagischem Fieber (DHF), 2009 drei Fälle von DHF.

** 2010 waren alle Erkrankungen durch Chikungunya-Virus bedingt; 2009 traten 54 Erkrankungen durch Chikungunya-Virus und zwei durch Krim-Kongo-Virus auf.

Die Zuordnung der Meldungen zu einem Bundesland kann nur durch die Auswertung der ersten drei Ziffern der Postleitzahl (möglichst Patientenwohnort, sonst einsendender Arzt, sonst einsendendes Labor) erfolgen. Die Postleitzahlen können die Ländergrenzen überschreiten, in diesen Fällen wurde nach der Bevölkerungsverteilung entschieden. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Übermittelte Erkrankungen
Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises akuter bzw. neu diagnostizierter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG

Land	HIV-Infektion#		Syphilis#		Malaria#	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Baden-Württ.	294	278	228	227	76	64
	2,7	2,6	2,1	2,1	0,7	0,6
Bayern	384	390	408	377	92	91
	3,1	3,1	3,3	3,0	0,7	0,7
Berlin	455	442	493	411	56	43
	13,2	12,8	14,3	11,9	1,6	1,2
Brandenburg	68	51	47	28	10	4
	2,7	2,0	1,9	1,1	0,4	0,2
Bremen	35	36	45	38	14	16
	5,3	5,4	6,8	5,7	2,1	2,4
Hamburg	209	205	191	166	82	62
	11,8	11,6	10,8	9,4	4,6	3,5
Hessen	248	237	170	182	50	55
	4,1	3,9	2,8	3,0	0,8	0,9
Mecklenbg.-V.	25	30	27	34	8	3
	1,5	1,8	1,6	2,1	0,5	0,2
Niedersachsen	188	172	225	180	32	34
	2,4	2,2	2,8	2,3	0,4	0,4
Nordrhein-W.	656	692	812	740	124	111
	3,7	3,9	4,5	4,1	0,7	0,6
Rheinland-Pf.	83	109	88	79	31	21
	2,1	2,7	2,2	2,0	0,8	0,5
Saarland	32	26	40	25	4	2
	3,1	2,5	3,9	2,4	0,4	0,2
Sachsen	116	85	108	137	8	6
	2,8	2,0	2,6	3,3	0,2	0,1
Sachsen-Anh.	36	48	36	28	2	1
	1,5	2,0	1,5	1,2	0,1	0,0
Schleswig-H.	71	61	59	50	21	8
	2,5	2,2	2,1	1,8	0,7	0,3
Thüringen	18	23	51	32	7	5
	0,8	1,0	2,3	1,4	0,3	0,2
Deutschland	2.918	2.885	3.028	2.735	617	526
	3,6	3,5	3,7	3,3	0,8	0,6

Weitere nichtnamentliche Meldungen gemäß § 7 (3) IfSG

Erkrankung	2010		2009	
Echinokokkose	117	0,1	112	0,1
Röteln, konnatale Infektion	0	0,0	2	0,0
Toxoplasmose, konnatale Infektion	14	0,0	8	0,0

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2011 (Datenstand: 6.4.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	54	807	879	2	10	12	4	42	44	14	276	375	1	20	13
Bayern	60	891	865	1	31	18	9	100	121	13	285	528	0	16	13
Berlin	34	452	454	0	5	3	7	83	15	11	118	124	1	12	9
Brandenburg	21	308	268	0	5	3	8	52	60	8	118	150	0	1	3
Bremen	2	67	57	0	1	1	0	0	8	4	23	18	0	4	0
Hamburg	21	306	255	0	4	2	0	4	5	7	66	80	0	8	8
Hessen	53	630	579	0	2	6	1	27	15	11	165	233	0	12	5
Mecklenburg-Vorpommern	11	265	235	0	0	0	3	52	55	17	189	133	0	0	0
Niedersachsen	41	710	788	1	25	27	7	61	113	18	302	469	0	4	3
Nordrhein-Westfalen	192	2.280	2.545	3	34	34	10	140	217	59	649	989	0	13	11
Rheinland-Pfalz	44	506	519	2	19	17	0	29	52	20	176	244	0	2	3
Saarland	13	156	209	0	1	3	0	11	5	1	45	55	0	0	1
Sachsen	76	937	776	1	22	13	10	98	122	19	231	341	2	3	2
Sachsen-Anhalt	22	236	178	0	3	6	11	89	80	11	142	235	0	5	0
Schleswig-Holstein	30	379	341	0	5	3	1	10	10	6	73	124	0	0	2
Thüringen	22	271	277	0	6	2	12	128	151	20	200	264	0	2	0
Deutschland	696	9.201	9.225	10	173	150	83	926	1.073	239	3.058	4.362	4	102	73

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	3	31	25	466	3.176	7.239	269	1.454	1.148	14	106	92	0	6	5
Bayern	10	81	80	525	4.536	12.259	307	2.015	2.074	15	155	140	1	8	10
Berlin	0	8	17	188	1.530	2.275	108	654	979	9	90	77	0	9	15
Brandenburg	0	11	24	168	1.530	3.271	183	886	1.216	1	19	22	1	4	4
Bremen	0	1	7	31	244	552	18	112	104	0	3	5	0	0	0
Hamburg	0	11	13	180	1.220	1.724	56	407	386	6	26	22	1	3	3
Hessen	4	29	42	135	1.361	4.687	97	678	777	7	59	65	1	11	8
Mecklenburg-Vorpommern	1	15	14	155	1.361	3.049	210	820	711	2	35	27	2	5	2
Niedersachsen	2	65	53	323	2.959	7.742	176	1.362	1.307	0	35	43	3	12	17
Nordrhein-Westfalen	15	112	150	949	8.678	16.450	419	2.798	1.855	12	135	144	2	19	21
Rheinland-Pfalz	4	30	42	256	2.135	4.499	69	541	773	3	49	41	0	5	5
Saarland	0	5	8	66	533	1.150	14	129	131	2	6	3	0	0	0
Sachsen	7	80	88	382	3.813	7.807	631	3.321	1.282	6	63	80	2	12	12
Sachsen-Anhalt	2	29	29	220	1.851	5.004	186	1.340	763	2	13	21	2	6	2
Schleswig-Holstein	1	21	14	192	1.461	2.084	86	454	363	1	12	25	0	0	2
Thüringen	3	58	53	189	1.794	4.670	160	881	592	0	8	16	1	5	5
Deutschland	52	587	659	4.425	38.182	84.462	2.989	17.852	14.461	80	814	823	16	105	111

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2011 (Datenstand: 6.4.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	1	11	9	1	9	15	15	169	176
Bayern	3	15	21	0	27	23	19	200	244
Berlin	1	19	5	1	9	10	7	124	142
Brandenburg	1	3	3	1	4	2	3	15	20
Bremen	0	6	4	1	3	0	0	2	3
Hamburg	5	20	5	0	4	11	2	29	26
Hessen	1	11	12	1	14	12	6	59	59
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	2	2	2	4	0	6	12
Niedersachsen	1	13	13	0	14	7	3	62	59
Nordrhein-Westfalen	1	20	34	1	23	44	9	112	178
Rheinland-Pfalz	0	2	15	1	10	22	2	34	54
Saarland	1	2	9	1	7	1	0	13	17
Sachsen	0	2	1	0	14	6	7	70	64
Sachsen-Anhalt	0	3	5	0	6	2	1	31	21
Schleswig-Holstein	0	2	5	0	5	5	1	46	30
Thüringen	1	3	2	0	3	3	3	23	31
Deutschland	17	133	145	10	154	167	78	995	1.136

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	0	14	12	19	52	9	7	107	108
Bayern	1	15	15	11	102	8	12	115	128
Berlin	1	11	7	0	6	53	3	61	59
Brandenburg	0	4	3	0	0	11	0	17	20
Bremen	0	0	0	0	0	0	2	15	7
Hamburg	0	0	1	0	10	8	4	28	41
Hessen	0	9	4	4	12	1	8	86	76
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	1	0	1	18	4
Niedersachsen	0	11	11	1	17	5	4	56	64
Nordrhein-Westfalen	2	31	32	3	17	29	14	182	225
Rheinland-Pfalz	1	12	5	2	10	1	1	26	38
Saarland	0	2	1	0	0	0	1	5	14
Sachsen	0	6	2	1	2	0	0	16	44
Sachsen-Anhalt	2	3	1	0	0	0	5	26	35
Schleswig-Holstein	0	7	0	0	5	1	0	9	19
Thüringen	0	6	3	0	0	0	3	15	19
Deutschland	7	131	98	41	234	126	65	782	901

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

11. Woche 2011 (Datenstand: 6.4.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	11. Woche	1.–11. Woche	1.–11. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	3	72	64	489
Brucellose	0	1	5	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	15	26	122
Dengue-Fieber	10	75	70	595
FSME	0	2	2	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	5	4	65
Hantavirus-Erkrankung	2	39	212	2.017
Hepatitis D	0	2	2	10
Hepatitis E	6	62	35	221
Influenza	2.480	40.314	2.831	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	36	41	210
Legionellose	7	89	167	690
Leptospirose	2	8	7	70
Listeriose	2	42	77	390
Ornithose	3	5	2	25
Paratyphus	2	8	3	57
Q-Fieber	15	104	45	360
Trichinellose	0	0	0	3
Tularämie	0	5	5	31
Typhus abdominalis	0	7	11	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 13. Kalenderwoche (KW) 2011

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 13. KW im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Der Praxisindex lag bundesweit sowie in allen AGI-Großregionen im Bereich der Hintergrundaktivität. Dem RKI wurden seit der 40. Meldewoche (MW) 2010 insgesamt 39.498 klinisch-labor diagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt, davon waren 6.015 (15%) hospitalisiert. Insgesamt wurden seit der 40. MW 142 Todesfälle mit Influenza-Infektion übermittelt, darunter 121 Fälle mit A(H1N1)-2009-Infektion. 105 (92%) der 114 verstorbenen Fälle, zu denen Informationen zum Impfstatus vorliegen, waren nicht gegen Influenza geimpft (Datenstand 5.4.2011). Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de>.

Europa; Ergebnisse der Influenza-Surveillance durch EISN: Für die 12. KW 2011 informierten 24 von 28 Ländern über eine Influenza-Aktivität auf niedrigem Niveau. Lediglich Island, Schweden und Litauen teilten noch eine mittlere Influenza-Aktivität mit. Alle 28 Länder berichteten von stabilen oder sinkenden Werten. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 13. 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 allgemeiner 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