



Epidemiologisches Bulletin

19. Januar 2015 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Aktualisierung der der Influenza zugeschriebenen Mortalität, bis einschließlich der Saison 2012/2013

Influenza ist eine Erkrankung, die jedes Jahr in Deutschland große Teile der Bevölkerung (5–20%) betrifft und so variabel verlaufen kann (in Abhängigkeit von den zirkulierenden Virus(sub)typen, betroffenen Altersgruppen etc.), dass sie über die Labormeldepflicht nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) nur unvollständig erfasst werden kann.

Darüber hinaus wird bei einem großen Teil der direkt oder indirekt mit einer Influenza-Infektion in Zusammenhang stehenden Erkrankungen die Diagnose Influenza gar nicht in Erwägung gezogen, dies gilt im stationären Bereich z. B. für Erkrankte, die erst Tage nach Erkrankungsbeginn mit schwerem Krankheitsverlauf behandelt werden. Noch sehr viel seltener wird die Influenza-Diagnose bei Todesfällen berücksichtigt.¹ Daher ist es auch internationaler Standard, dass die mit Influenza in Zusammenhang stehenden Todesfälle durch Modellierungen geschätzt werden.

In diesem Beitrag soll die der Influenza zugeschriebene Gesamtmortalität (Todesfälle pro 100.000) für die Jahre seit den letzten Beiträgen im *Epidemiologischen Bulletin* (bis Saison 2006/2007²; bis Saison 2009/2010³) aktualisiert werden.

Methodik

Die bislang für deutsche Schätzungen verwendete Methode wurde bereits beschrieben.^{1,2} Sie beruht auf „endgültigen“, vom statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Daten zur monatlichen Gesamtmortalität.⁴ Die Daten des letzten aktuell verfügbaren Jahres werden im Allgemeinen im Herbst des darauffolgenden Jahres veröffentlicht, so dass sich die jüngsten Daten auf das Jahr 2013 beziehen.

Für die Zuordnung der jeweiligen Monate zu einer Grippewelle wurden die Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) herangezogen.⁵ Die Basislinie, d. h. die modellierte Nachbildung der beobachteten Mortalität der Gesamttodesfälle („erwartete Mortalität“), beruht auf allen zur Verfügung stehenden Daten der Jahre 1985 bis 2013, so dass sich die Berechnungen der zusätzlich durch Influenza verursachten Todesfälle für die Saisons 1984/1985 bis 2009/2010 im Vergleich zum Vorbericht (*Epid. Bull.* 10/2011)³ verändert haben können. Im Allgemeinen beträgt die Differenz zum Vorbericht bei starken Saisons jedoch nicht mehr als ca. 5%.

Die Zahl der Exzess-Todesfälle wurde berechnet über die Abweichung der tatsächlich beobachteten Mortalität zur erwarteten Mortalität (s. Abb. 1, Seite 18). Zieht man einen Unsicherheitsbereich ab, der einer Standardabweichung der Differenzen (Residuen) zwischen Modell und Beobachtungswerten der influenzafreien Monate entspricht, erhält man die „konservative“ (vorsichtiger) Schätzung.

Diese Woche 3/2015

Influenza zugeschriebene Mortalität – aktuelle Zahlen bis Saison 2012/2013

Ausschreibung eines Konsiliarlabors für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Veranstaltungshinweis – Epikurs am Robert Koch-Institut

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
52. Woche 2014

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen in der
2. Woche 2015



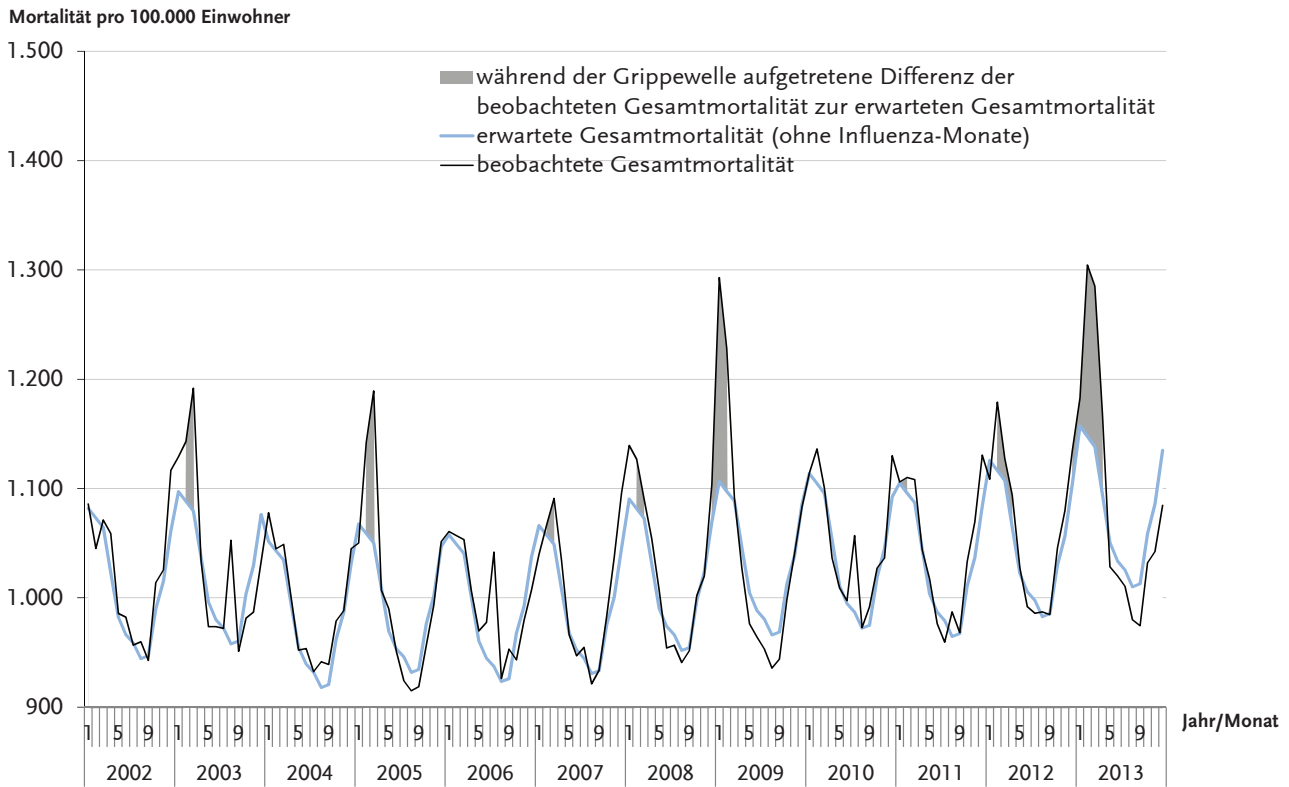


Abb. 1: Beobachtete (schwarze Linie) und (unter Ausschluss der Influenza-Monate) aus den Daten von 1985 bis 2013 modellierte Gesamt mortalität (Basislinie; blaue Linie) in Deutschland; 2002 bis 2013. Graue Flächen: während der Grippewelle (definiert über die Positivenrate) aufgetretene Differenz der monatlichen beobachteten Gesamt mortalität und der erwarteten, modellierten Gesamt mortalität.

Ergebnisse

Das Modell beschreibt die tatsächlich aufgetretene Gesamt mortalität gut (s. Abb. 1). Monatliche Spitzen bzw. Ausreißer ereigneten sich vor allem entweder während einer Grippewelle (in Abb. 1 dargestellt als Flächen oberhalb der modellierten, blauen Linie) oder gelegentlich während starker Hitzewellen in den Sommermonaten (z. B. in 2003). Die Zahl der Exzess-

Todesfälle variiert stark von Jahr zu Jahr (s. Abb. 2; Tab. 1, Seite 19), wobei im Allgemeinen in starken Influenza-Saisons die konservative Schätzung prozentual einen viel größeren Anteil ausmacht als in schwachen (s. Abb. 2), das bedeutet, dass die Schätzungen bei Influenza-Saisons mit relativ vielen geschätzten Todesfällen relativ robust sind. Während der Saisons mit vorwiegender Zirkulation des pandemischen

Influenza zugeschriebene Exzess-Todesfälle

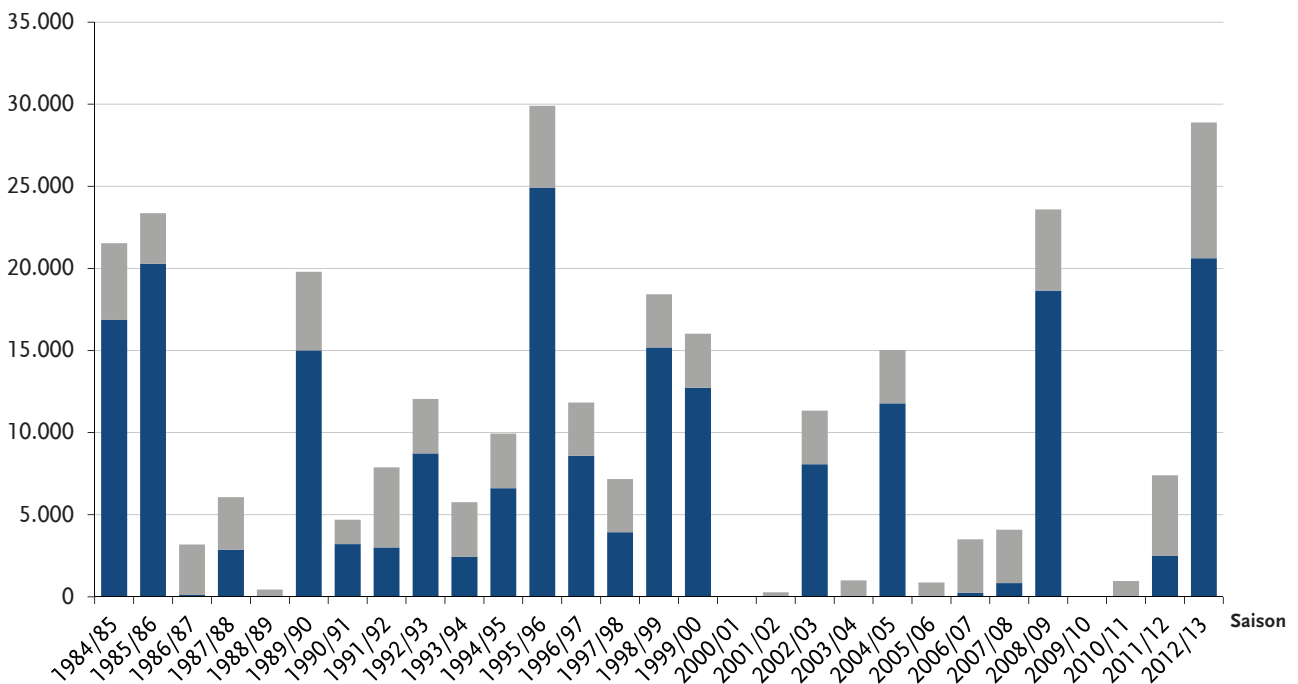


Abb. 2: Der Influenza zugeschriebene Zahl der Exzess-Todesfälle, konservativ berechnet (blaue Balken). Zusätzlicher Bereich bis zur Höhe der jeweiligen Punktschätzer (grauer Balkenbereich).

Saison	Exzess-Todesfälle*	Exzess-Mortalität*	Exzess-Todesfälle, konservativ*,**	Exzess-Mortalität, konservativ*,**	Differenz aus 2. und 4. Spalte	Typ/Subtyp-Verteilung im NRZ in %***		
						A(H1)	A(H3)	B
1984/85	21.500	28	16.900	22	4.600	1	97	2
1985/86	23.400	30	20.300	26	3.100	0	1	99
1986/87	3.200	4	100	0	3.100	97	0	3
1987/88	6.100	8	2.900	4	3.200	0	100	0
1988/89	400	1	0	0	400	76	19	4
1989/90	19.800	25	15.000	19	4.800	0	82	18
1990/91	4.700	6	3.200	4	1.500	15	0	85
1991/92	7.900	10	3.000	4	4.900	31	69	0
1992/93	12.000	15	8.700	11	3.300	0	16	84
1993/94	5.800	7	2.400	3	3.400	0	100	0
1994/95	9.900	12	6.600	8	3.300	2	19	79
1995/96	29.900	37	24.900	30	5.000	42	55	3
1996/97	11.800	14	8.600	10	3.200	6	39	55
1997/98	7.200	9	3.900	5	3.300	7	92	1
1998/99	18.400	22	15.200	19	3.200	0	67	33
1999/00	16.000	19	12.700	15	3.300	1	99	0
2000/01	0	0	0	0	0	95	0	5
2001/02	300	0	0	0	300	0	47	53
2002/03	11.300	14	8.100	10	3.200	0	86	14
2003/04	1.000	1	0	0	1.000	0	99	1
2004/05	15.000	18	11.800	14	3.200	26	54	20
2005/06	900	1	0	0	900	10	20	70
2006/07	3.500	4	300	0	3.200	14	85	1
2007/08	4.100	5	800	1	3.300	51	1	48
2008/09	23.600	29	18.700	23	4.900	6	72	21
2009/10	0	0	0	0	0	100 (p)	0	0
2010/11	1.000	1	0	0	1.000	65 (p)	1	34
2011/12	7.400	9	2.500	3	4.900	1	75	24
2012/13	28.900	35	20.600	25	8.300	37	32	31

Tab. 1: Schätzung der Influenza-assoziierten Übersterblichkeit in Deutschland für die Saisons 1984/1985 bis 2012/2013

* 1984 bis 1990 Ost und West zusammen; ** Abzug der einfachen Standardabweichung von der Differenz aus beobachteter und erwarteter Mortalität;

*** Hervorhebung, wenn Isolat-Anteil > 50 %; p = pandemisch

Bei einer rechnerisch negativen Exzessmortalität wurde diese auf null gesetzt.

Virus A(H1N1)pdm09 wurden keine (2009/2010: 0) bzw. wenige (2010/2011: 965) Exzess-Todesfälle geschätzt. Im Rahmen einer internationalen Kooperation⁶ wurde die Zahl der Exzess-Toten im Rahmen der Pandemie 2009 über ein anderes, mathematisches Modell berechnet, welches auch auf andere Daten zurückgreifen konnte, nämlich wöchentliche Todesfallzahlen, u. a. zur Gesamtzahl der Todesfälle. Auch bei diesem Verfahren war die für die pandemische Welle im Herbst 2009 geschätzte Zahl von 348 Exzess-Todesfällen gering. Zu beachten ist jedoch, dass das mediane Alter der gemäß Infektionsschutzgesetz an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelten (laborbestätigten; individuell geprüften) Influenza-Todesfälle mit 47 Jahren (Interquartilabstand 29–57)⁷ wesentlich niedriger war als bei saisonalen Influenzawellen, wo präpandemische

Berechnungen ergaben, dass mehr als 90 % der Todesfälle über 60 Jahre alt sind.⁸

Interessant ist die Saison 2011/2012. Obwohl die Grippe-welle der Saison mit nur ca. 2,1 Millionen Exzess-Konsultationen als nicht sehr stark wahrgenommen worden war,⁹ erscheint die Zahl von 7.400 (konservativ geschätzt 2.500) Verstorbenen als relativ hoch. Vor dem Hintergrund der Übermittlung mehrerer Altenheimausbrüche mit jeweils einem oder mehreren Todesfällen (Saisonbericht 2011/2012, S. 28⁹) ist eine mögliche und plausible Hypothese, dass das zirkulierende Virus zwar nicht zu hohen Erkrankungs-raten in der Gesamtbevölkerung geführt hat, jedoch gerade bei älteren Menschen im Falle einer Erkrankung besonders häufig zu schweren und tödlichen Verläufen. Quantitativ

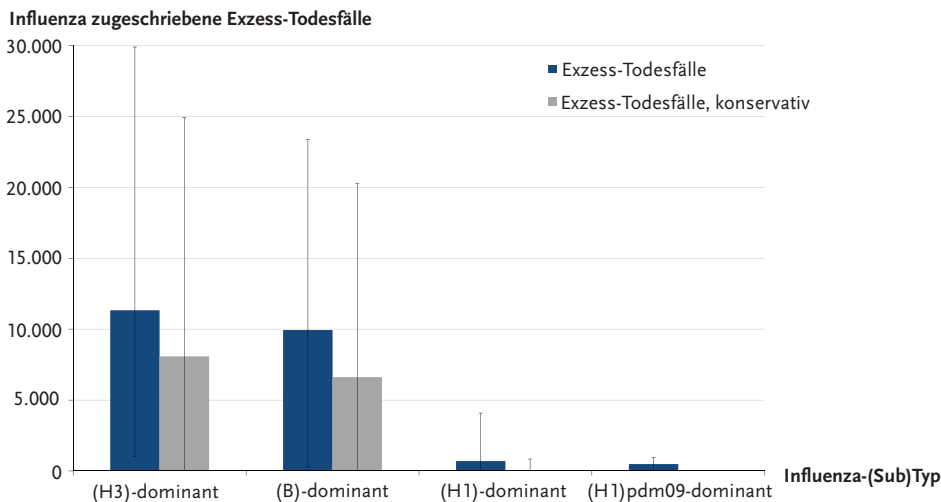


Abb. 3: Median, Minimum und Maximum der Zahl der der Influenza zugeschriebenen Exzess-Todesfälle (Exzess-Todesfälle = blau, konservative Schätzung = grau)

besonders herausstechend ist die Saison 2012/2013, die in der Zahl der geschätzten Exzess-Todesfälle sogar an die sehr starke Saison 1995/1996 heranreicht.

Die Zahl der geschätzten Exzess-Verstorbenen korreliert relativ gut mit mehreren epidemiologischen Saisonindikatoren, die im Rahmen der AGI zusammengestellt werden, wie z. B. die kumulative Zahl der Exzess-Konsultationen in allen Altersgruppen oder die kumulative Zahl der Exzess-Konsultationen bei den mindestens 60-Jährigen.

Eine Auswertung nach dem in der jeweiligen Saison dominierenden Typ bzw. Subtyp ergab, dass die mediane Zahl der geschätzten Exzess-Todesfälle bei H3-dominanten Saisons höher war als bei B- oder gar H1- bzw. (H1)pdm09-dominanten Saisons (s. Abb. 3; Tab. 1, Seite 19). Während die meisten Saisons mit hohen Zahlen an Influenza-assoziierten Todesfällen H3-dominante Saisons waren, stellt die ebenfalls sehr starke Saison 2012/2013 eine gewisse Ausnahme dar, vielleicht, weil während dieser Saison zu gleichen Teilen A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)- und B-Viren zirkulierten.

Da während H3-dominierten Saisons die Zahl an Influenza-attributablen Hospitalisierungen höher als bei anderen (Sub-)typen ist^{10,11} und diese wiederum vorwiegend die ältere Bevölkerung betreffen, ist es plausibel, dass auch die der Influenza zugeschriebene Mortalität während H3-dominierten Saisons erhöht ist.

Die mit dieser Schätzung verbundenen Limitationen sind ähnlich, wie schon in den Vorberichten erwähnt (*Epid. Bull.* 2007² und 2011³). Wöchentliche und/oder altersgruppenspezifische Daten wären monatlichen und altersunabhängigen Daten vorzuziehen. Auch die Zuordnung der berechneten Exzess-Todesfälle zu der Grippewelle – basierend auf wöchentlichen Daten zur Viruszirkulation (Positivenrate) – ist schwierig und kann die Schätzung stark beeinflussen. Neben Influenza- können z. B. auch RSV-Wellen, die z. T. mit Influenzawellen überlappen, zu Übersterblichkeiten führen.

Schlussfolgerung

Die aktualisierte Auswertung der Statistik der monatlichen Zahl der Gesamtsterbefälle hat die niedrige Mortalität in den beiden Saisons bestätigt, in denen das pandemische

A(H1N1)-Virus dominierte (2009/2010 und 2010/2011), während die Übersterblichkeit in der Saison 2012/2013, während der die drei im humanen Umfeld zirkulierenden (Sub)typen A(H1N1)pdm09, A(H3N2) und B zu fast gleichen Teilen kozirkulierten, ein erhebliches Ausmaß erreichte. Dies zeigt die hohe Variabilität der Übersterblichkeit und den Einfluss der Zirkulation unterschiedlicher Virustypen. Möglicherweise spielen weitere Faktoren, wie Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen eine bisher unterschätzte Rolle und tragen so zur Übersterblichkeit durch Influenza bei. Zeitnah verfügbare wöchentliche Daten wären eine wesentliche Voraussetzung zur präziseren Schätzung der Exzess-Todesfälle und damit ein wichtiger Parameter zur Bewertung der Schwere einer saisonalen Influenzawelle und beim Auftreten eines neuen pandemischen Virus.

Literatur

- Zucs P, Buchholz U, Haas W, Uphoff H: Influenza associated excess mortality in Germany, 1985–2001. *Emerg Themes Epidemiol* 2005;2:6
- RKI: Influenza-assoziierte Mortalität in Deutschland 1985-2006. *Epid Bull* 2007;35:325–7
- RKI: Schätzung der Influenza-bedingten Todesfälle während der Saison 2008/09 und der pandemischen Saison 2009/10. *Epid Bull* 2011;10:75–7
- Statistisches Bundesamt, Arbeitsunterlagen, N30: Gestorbene nach Ländern und Monaten 2013. Wiesbaden 2014
- AGI: Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2013/14. ISBN 978-3-89606-260-4. Online abrufbar unter: <http://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx> 2014
- Simonsen L, Spreeuwenberg P, Lustig R, Taylor RJ, Fleming DM, Kroneman M, et al.: Global mortality estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR project: a modeling study. *PLoS Med* 2013;10(11):e1001558
- Wilking H, Buda S, von der Lippe E, et al.: Mortality of 2009 pandemic influenza A(H1N1) in Germany. *Euro Surveill* 2010;15(49)
- Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al.: Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA* 2003;289(2):179–86
- AGI: Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2011/12. ISBN 978-3-89606-247-5. Online abrufbar unter: <http://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx>. 2012
- RKI: Die Arbeitsgemeinschaft Influenza als zentrales Instrument im Gesamtkonzept der Influenzaüberwachung in Deutschland. *Epid Bull* 2014; 40:391–396
- Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al.: Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA* 2004;292(11):1333–40

Für diesen Bericht danken wir Dr. Udo Buchholz (RKI, Fachgebiet 36), der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht, E-Mail BuchholzU@rki.de

Ausschreibung eines Konsiliarlabors für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Fortentwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut zusätzliche ausgewiesene Fachexpertise und labordiagnostische Erfahrung erforderlich, die durch Konsiliarlabore (KL) erbracht werden.

Es ist beabsichtigt, ein **Konsiliarlabor für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)** zu berufen, das voraussichtlich ab **Juli 2015** seine Tätigkeit aufnehmen soll. Interessierte leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum **20. Februar 2015** ein Konzept für dieses KL einzureichen, das die nachfolgend aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben eines KL berücksichtigt.

Als Konsiliarlabor kommt ein Labor infrage, das alle oder eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten speziellen Aufgaben sowie der allgemeinen Aufgaben eines Konsiliarlabors erfüllt.

Das Konsiliarlabor soll folgende spezielle Aufgaben übernehmen:

- ▶ Virusnachweis durch Anzucht in Zellkultur und PCR
- ▶ FSME-Charakterisierung und Sequenzierung
- ▶ Antikörpernachweis durch Neutralisationstest, Immunfluoreszenz, ELISA für IgG und IgM aus humanen Seren
- ▶ Beratung zu Anforderungen an das Untersuchungsmaterial und dessen Versandbedingungen
- ▶ Untersuchung anderer Viren aus der Gruppe der Flaviviren nach Absprache
- ▶ Mitarbeit in internationalen Labornetzwerken und -Gremien

Allgemeiner Aufgabenkatalog für Konsiliarlabore:

- ▶ **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 sowie Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen)
- ▶ **Weiter- oder Neuentwicklung diagnostischer Verfahren für FSME**
- ▶ **Mitwirkung bei der epidemiologischen Bewertung der Situation von FSME durch das RKI**
- ▶ **Durchführung von Studien innerhalb eines Netzwerkes diagnostischer Einrichtungen**

▶ Beratung des Robert Koch-Instituts und Mitwirkung bei der Erarbeitung wissenschaftlicher Materialien insoweit dies FSME betrifft

Die Konsiliarlabore werden in der Regel für einen Zeitraum von drei Jahren berufen. Da die anstehende Berufungsperiode am 31. Dezember 2016 endet, wird in diesem Fall angestrebt, das KL für FSME bis zum 31. Dezember 2019 zu berufen. Danach wird im Rahmen einer Evaluation über die weitere Berufung entschieden.

Die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt durch Bewilligung von Zuwendungen auf der Grundlage des Bundeshaushaltsrechtes und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel. Die Förderung setzt eine Eigenbeteiligung des KL voraus.

Das Vorgehen bei Neubesetzungen von Konsiliarlaboratorien ist im Internet veröffentlicht unter: www.rki.de/nrz-kl

Auf der Grundlage des vorstehenden Aufgabenkatalogs bietet das Robert Koch-Institut interessierte Institutionen um ein Angebot. Den Bewerbungsunterlagen sollten der Lebenslauf sowie eine Publikationsliste mit den für die Arbeit dieses KL relevanten Publikationen beigelegt sein.

Die Angebote müssen in deutscher Sprache in Form eines Antrags schriftlich in zweifacher Ausfertigung und rechtsverbindlich unterschrieben im verschlossenen Umschlag bis zum **20. Februar 2015** an das Robert Koch-Institut, Abteilung 3, Herrn Dr. Kirchner, Seestraße 10, 13353 Berlin, abgesandt sein (Datum des Poststempels).

Weiterhin wird um Übersendung der Datei per E-Mail an: WissBeirat.PH-Mikrobio@rki.de gebeten.

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Robert Koch-Institut unter der o. g. Anschrift.

Veranstaltungshinweis – Epikurs am Robert Koch-Institut

Vom 2. bis 4. März 2015 findet das Modul "Daten für Taten" des Epikurs am RKI statt.

Der Epikurs ist eine Fortbildungsveranstaltung, die sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) richtet. Ziel des Moduls „Daten für Taten“ ist, das Interesse und die Kompetenz bei der Betrachtung und Analyse der eigenen Daten aus der Infektionssurveillance, aber auch anderer Daten aus dem Gesundheitsamt zu wecken und zu stärken. Des Weiteren werden Methoden vermittelt, um Public-Health-Interventionen im eigenen Verantwortungsbereich zu planen und zu evaluieren sowie über alle Arbeitsschritte und Maßnahmen adäquat Bericht zu erstatten. Die Veranstaltung ist für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ÖGD kostenfrei. **Anmeldeschluss ist der 9. Februar 2015.**

Weitere Informationen und das Anmeldeformular finden Sie unter www.rki.de/epikurs.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2014 (Datenstand: 14.1.2015)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	49	6.503	6.221	0	112	144	3	249	270	8	1.341	1.612	0	61	71
Bayern	61	8.151	7.104	0	244	277	7	914	849	9	2.285	2.381	1	95	104
Berlin	25	3.059	2.918	0	83	84	6	699	672	6	638	705	1	90	70
Brandenburg	15	2.498	2.241	1	40	41	6	441	436	2	645	670	0	7	13
Bremen	4	547	425	1	3	9	0	6	10	0	74	92	0	6	1
Hamburg	21	2.005	1.900	0	51	58	2	334	309	3	310	447	1	43	36
Hessen	24	4.655	3.962	0	43	46	2	113	126	9	980	1.153	1	76	57
Mecklenburg-Vorpommern	16	2.126	2.001	1	99	41	10	876	860	2	501	513	0	2	2
Niedersachsen	44	5.645	5.009	1	170	197	5	748	639	8	1.311	1.819	0	19	18
Nordrhein-Westfalen	114	18.107	16.015	4	293	294	12	1.143	1.161	23	3.163	3.895	1	48	58
Rheinland-Pfalz	31	3.900	3.509	0	107	98	4	317	260	5	879	939	0	34	59
Saarland	10	1.251	1.136	0	4	12	0	22	31	2	198	165	0	4	3
Sachsen	38	5.449	5.083	1	209	149	7	1.051	934	6	1.461	1.594	0	27	46
Sachsen-Anhalt	19	1.944	1.760	2	92	80	9	1.023	833	7	902	1.169	0	17	16
Schleswig-Holstein	14	2.523	2.464	0	38	61	0	111	103	2	440	583	0	8	12
Thüringen	14	2.077	1.876	0	35	28	4	297	350	10	935	1.237	0	13	12
Deutschland	500	70.446	63.652	11	1.623	1.619	77	8.344	7.844	102	16.065	18.985	5	550	578

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	115	137	82	5.960	6.662	14	2.195	2.580	1	475	541	0	72	73
Bayern	3	287	337	147	7.591	9.176	18	4.107	5.125	7	805	822	2	205	140
Berlin	2	76	80	61	3.135	3.093	14	1.446	2.050	2	337	409	0	118	126
Brandenburg	0	117	89	109	4.203	4.469	10	1.728	3.779	0	89	103	1	85	74
Bremen	0	4	18	8	544	479	0	166	261	0	23	23	0	10	10
Hamburg	0	49	70	43	1.834	2.533	3	839	1.780	1	130	150	0	31	20
Hessen	0	157	162	32	3.497	5.129	4	1.974	1.740	1	286	285	1	114	86
Mecklenburg-Vorpommern	0	53	49	120	3.678	4.876	6	1.416	1.907	0	128	119	0	110	68
Niedersachsen	6	241	213	161	5.991	7.035	15	2.283	4.378	1	200	193	1	114	93
Nordrhein-Westfalen	4	413	428	334	12.459	17.314	40	5.743	9.877	5	763	789	0	396	266
Rheinland-Pfalz	2	163	145	66	3.415	4.191	5	1.236	1.945	0	157	167	0	60	48
Saarland	0	19	13	27	789	1.304	0	558	481	0	43	21	0	10	9
Sachsen	2	270	320	266	8.923	10.478	25	3.240	5.206	5	249	279	0	244	180
Sachsen-Anhalt	1	186	169	124	5.410	5.945	7	2.067	2.257	2	99	93	2	65	292
Schleswig-Holstein	1	83	98	42	2.232	2.290	3	857	1.408	1	64	62	0	21	28
Thüringen	2	238	263	145	4.725	4.310	9	2.364	3.522	0	141	87	1	58	52
Deutschland	24	2.472	2.591	1.767	74.404	89.308	174	32.224	48.307	26	3.989	4.143	8	1.713	1.565

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, Mumps, Windpocken, 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 (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2014 (Datenstand: 14.1.2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	63	92	1	65	58	5	944	894	0	37	39	2	455	550
Bayern	1	95	88	0	135	102	12	1.068	1.064	2	32	47	7	698	593
Berlin	0	34	45	0	70	64	4	589	517	1	22	28	2	342	346
Brandenburg	0	22	20	0	17	9	1	74	67	0	3	3	2	113	102
Bremen	0	5	25	0	10	13	0	33	26	0	5	3	0	48	53
Hamburg	2	23	27	2	46	34	3	142	131	0	8	6	0	143	199
Hessen	0	54	62	1	72	70	6	604	428	0	15	23	4	518	433
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	20	0	8	7	0	46	71	0	8	7	1	62	79
Niedersachsen	0	85	67	0	37	38	2	227	279	2	18	28	1	348	325
Nordrhein-Westfalen	2	154	190	1	163	147	5	912	729	1	70	79	6	1.055	1.022
Rheinland-Pfalz	0	26	58	2	32	51	1	259	237	0	22	24	2	194	173
Saarland	0	16	11	0	14	11	2	122	59	0	1	6	2	54	41
Sachsen	1	25	20	0	22	35	3	331	327	0	7	13	0	139	137
Sachsen-Anhalt	0	19	20	0	24	24	1	88	123	0	3	4	1	119	118
Schleswig-Holstein	0	21	16	0	17	12	2	210	134	0	15	24	0	80	87
Thüringen	0	27	18	0	7	11	0	111	82	1	9	11	3	88	67
Deutschland	7	676	779	7	739	687	47	5.760	5.168	7	275	345	33	4.460	4.331

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014		2013	2014		2014		2014		2014		
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	52.	1.–52.	52.	1.–52.	52.	1.–52.	
Baden-Württemberg	0	12	64	2	81	0	2	10	1.590	29	3.483	
Bayern	1	114	783	1	128	1	9	21	2.633	41	3.745	
Berlin	36	135	492	1	49	0	3	2	724	14	1.568	
Brandenburg	3	12	59	0	7	0	3	11	632	4	623	
Bremen	0	4	7	0	1	0	0	0	22	5	427	
Hamburg	1	14	19	0	68	0	1	4	220	3	323	
Hessen	0	20	15	0	59	0	1	6	717	6	1.194	
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	11	0	0	1	241	0	181	
Niedersachsen	0	7	26	0	47	0	3	3	899	9	1.355	
Nordrhein-Westfalen	0	59	128	1	237	0	4	14	1.802	53	4.963	
Rheinland-Pfalz	0	8	15	0	58	0	4	6	576	4	736	
Saarland	0	2	0	0	6	0	1	1	105	2	134	
Sachsen	0	6	56	0	29	0	2	5	683	21	1.753	
Sachsen-Anhalt	1	11	41	0	8	0	0	6	450	0	502	
Schleswig-Holstein	0	41	13	0	34	0	3	0	191	3	457	
Thüringen	0	0	50	0	11	0	3	13	617	4	445	
Deutschland	42	446	1.769	5	834	1	39	103	12.104	199	21.892	

Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. 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). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2014 (Datenstand: 14.1.2015)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	52. Woche	1.–52. Woche	1.–52. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	1	1.143	1.986	1.986
Brucellose	0	47	28	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	74	114	114
Dengue-Fieber	7	620	878	878
FSME	1	260	420	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	85	77	77
Hantavirus-Erkrankung	7	535	161	161
Hepatitis D	0	15	33	33
Hepatitis E	12	661	458	458
Influenza	131	7.480	70.222	70.222
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	8	457	416	416
Legionellose	9	858	923	923
Leptospirose	1	158	80	80
Listeriose	8	608	468	468
Ornithose	0	9	10	10
Paratyphus	0	26	56	56
Q-Fieber	0	262	115	115
Trichinellose	0	1	14	14
Tularämie	0	21	20	20
Typhus abdominalis	0	58	90	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber

Bayern, 50 Jahre, männlich (Infektionsland Kolumbien) (157. Chikungunya-Fall 2014)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 2. Kalenderwoche (KW) 2015

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 2. Kalenderwoche (KW) 2015 im Vergleich zur Vorwoche leicht gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

35 Länder sendeten für die 1. KW 2015 Daten an TESSy. Die Influenzasaison in Europa hat begonnen: 28 Länder sowie Nordirland und Wales berichteten über eine geringe klinische Influenza-Aktivität, Albanien, Island, Malta, die Niederlande, Portugal, Schweden, England und Schottland verzeichneten eine mittlere Influenza-Aktivität. Insgesamt berichteten 14 Länder (sowie Nordirland, Schottland und Wales) über einen steigenden Trend der Influenza-Aktivität. Das waren 11 Länder mehr im Vergleich zur Vorwoche. Informationen unter: <http://www.flu-news-europe.org/>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 228 vom 12. Januar 2015)

In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde weiterhin über eine steigende Influenza-Aktivität berichtet. Wie in Europa dominierten in Nordamerika Influenza A(H3N2)-Viren. Ausführliche Informationen sind abrufbar unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 2. Kalenderwoche 2015

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030. 18 754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030. 18 754-23 24

E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski,

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030. 18 754-24 55, Fax: -24 59

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH

European Magazine Distribution

Birkenstraße 67, 10559 Berlin

Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25

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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273