



Epidemiologisches Bulletin

23. Februar 2015 / Nr. 8

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Meldepflicht für Lyme-Borreliose in Bayern – eine erste Bilanz

Die Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung der nördlichen Hemisphäre. Die Erkrankung kann viele unterschiedliche Organsysteme, insbesondere Haut, Nervensystem und Gelenke, betreffen. Selten können auch weitere Organsysteme wie Herz oder Auge betroffen sein. Man unterscheidet zwischen frühen (früh-lokaliserten, früh-disseminierten) und späten Erkrankungsformen, wobei die Erstmanifestation der Lyme-Borreliose in jedem Stadium stattfinden kann und ein selbstlimitierender Verlauf in jedem Stadium möglich ist.

Die Meldepflicht

Seit dem 1. März 2013 sind die drei häufigsten Manifestationen der Multisystemerkrankung Lyme-Borreliose, **Erythema migrans** (früh-lokalisiert), **akute Neuroborreliose** (früh-disseminiert) und **Lyme-Arthritis** (späte Erkrankungsform), in Bayern meldepflichtig.

Die ärztliche Meldepflicht basiert auf den Falldefinitionen übertragbarer Krankheiten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD),¹ wobei das Erythema migrans rein klinisch diagnostiziert wird, während Fälle von Neuroborreliose (Hirnnervenlähmung, Meningitis und/oder Radikuloneuritis) und Lyme-Arthritis klinisch und labordiagnostisch bestätigt sein müssen.

Die erforderlichen Labornachweise unterscheiden sich je nach klinischer Manifestation. Bei Fällen von Neuroborreliose bedarf es (mit Ausnahme von Fällen einer Hirnnervenlähmung bei Kindern und Jugendlichen, hier genügt ein serologischer Nachweis im Blut) einer Liquordiagnostik, um der Falldefinition zu entsprechen. Lyme-Arthritis-Fälle können nach Falldefinition serologisch oder durch direkten Erregernachweis aus Gelenkpunktat bestätigt werden. Alle vom Arzt gemeldeten Fälle, die nach Prüfung durch die Gesundheitsämter die Kriterien der Falldefinition erfüllen, werden an das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit übermittelt, wo die Auswertung erfolgt. Systematisch und auf standardisierter Basis erhobene Daten zur epidemiologischen Situation der Lyme-Borreliose in Bayern sind damit erstmals verfügbar und wurden zur Information der bayerischen Ärzte bereits im Bayerischen Ärzteblatt veröffentlicht.²

Datenqualität

Erfahrungsgemäß gibt es nach Einführung einer neuen Meldepflicht diverse Fehlerquellen und Übermittlungsschwierigkeiten, die die Datenqualität beeinträchtigen können. So traten bei der Implementierung der Meldepflicht für die Lyme-Borreliose fehlerhafte oder unvollständige Meldungen hauptsächlich bei den Manifestationen Neuroborreliose und Lyme-Arthritis auf. Deshalb wurde am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eine sorgfältige Datensichtung und Fehlerbereinigung der Daten des ersten Meldejahres durchgeführt. Fehlerhafte Datensätze wurden in Form von Einzelfallkontrollen identifiziert und manuell in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern nachbearbeitet. Dadurch konnten zusätzliche, der Falldefinition

Diese Woche 8/2015

Einführung einer Meldepflicht für Lyme-Borreliose in Bayern 2013 – eine erste Bilanz

Neues Bornavirus in Bunthörnchen im möglichen Zusammenhang mit Infektionen beim Menschen

Ebolafieber: Online-Befragung zum Informationsangebot des RKI

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
5. Woche 2015

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



entsprechende Fälle identifiziert und vollständige Datensätze als Grundlage für die nachfolgend dargestellte Auswertung generiert werden.

Um in Zukunft eine zeitnahe Übernahme von Daten in die Routinestatistiken möglichst ohne zeitaufwändige manuelle Nachbearbeitung zu ermöglichen, wurden im Rahmen der Evaluation der Umsetzung der Meldepflicht zahlreiche Maßnahmen initiiert (z. B. Überarbeitung des Meldebogens).

Für die meldenden, bayerischen Ärzte ist im Kontext der bestehenden Limitationen der Meldepflicht vor allem die Information wichtig, dass es sich um eine **nicht-namentliche, ausschließlich ärztliche Meldepflicht** handelt. Nachfragen und Bereinigungen unvollständiger oder nicht plausibler Daten durch die Gesundheitsämter sind dadurch erheblich erschwert und zum Teil unmöglich. Das heißt bei der Lyme-Borreliose-Meldepflicht sind die Angaben auf dem Arztmeldebogen, inklusive der Labornachweise, die einzige Grundlage der Bewertung durch das Gesundheitsamt, bezüglich der Erfüllung der Falldefinition und somit der Übermittlungspflicht. Gerade vollständige Angaben der Labornachweise zur Lyme-Arthritis und Neuroborreliose-Diagnostik, die zur Erfüllung der Falldefinition notwendig sind, sind für eine valide Auswertung unabdingbar.

Fortbildungen für Ärzte zum Thema Lyme-Borreliose, die neben der Meldepflicht auch die Diagnostik und Therapie von allen Lyme-Borreliose-Manifestationen thematisieren, werden im Rahmen des *Lyme Disease Sentinels* (LYDI) regelmäßig durchgeführt. Dieses, vom Nationalen Referenzzentrum für Borrelien (NRZ für Borrelien) am LGL initiierte Sentinel, erfasst unabhängig von der Meldepflicht viele zusätzliche Informationen zu Erkrankungen an Lyme-Borreliose, die in den teilnehmenden Praxen auftreten (Kontakt: LYDI-Sentinel@lgl.bayern.de).

Ergebnisse des ersten Meldejahres

Ausgewertet wurden die übermittelten Lyme-Borreliose-Fälle vom 1. April 2013 bis 31. März 2014. Der Einführungsmonat der Meldepflicht wurde als Anlaufphase betrachtet, da nur vereinzelt Meldungen eingingen. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum (nach Einzelfallkontrolle) 6.107 Fälle mit erfüllter Falldefinition übermittelt. Dies entspricht einer Inzidenz von 48,8 Fällen pro 100.000 Einwohner.

Die Aufteilung der Fälle nach Erkrankungsformen (s. Tab. 1), zeigt, dass das Erythema migrans (95,8%) die mit Abstand häufigste Manifestation der Lyme-Borreliose ist. Die Manifestationen mit schwereren Verläufen, Lyme-Arthritis und vor allem Neuroborreliose, machten 2,5 bzw. 1,7% der Meldungen aus.

Erkrankungsform	Fallzahl	Anteil an Gesamtmeldung
Erythema migrans	5.860	95,8%
Akute Neuroborreliose	104	1,7%
Lyme-Arthritis	155	2,5%
Summe	6.107*	100%

Tab. 1: Übersicht über die Anzahl der Fälle nach Erkrankungsform und dem jeweiligen Anteil an den Gesamtmeldungen (Meldezeitraum 1. April 2013 bis 31. März 2014).

* Gesamtzahl (n = 6.107) ist kleiner als die Summe einzelner Erkrankungsformen (n = 6.119), da 12 Fälle die Falldefinition von 2 Symptomen erfüllen.

Betrachtet man das Auftreten der Lyme-Borreliose im zeitlichen Verlauf, kann man eine deutliche Saisonalität erkennen (s. Abb. 1). Vor allem in den Wochen des Frühsommers ist ein starker Anstieg der gemeldeten Lyme-Borreliose-Fälle zu verzeichnen; der Gipfel der Meldungen liegt im Juli mit ca. 350 Fällen pro Meldeweche.

Lyme-Borreliose-Fälle

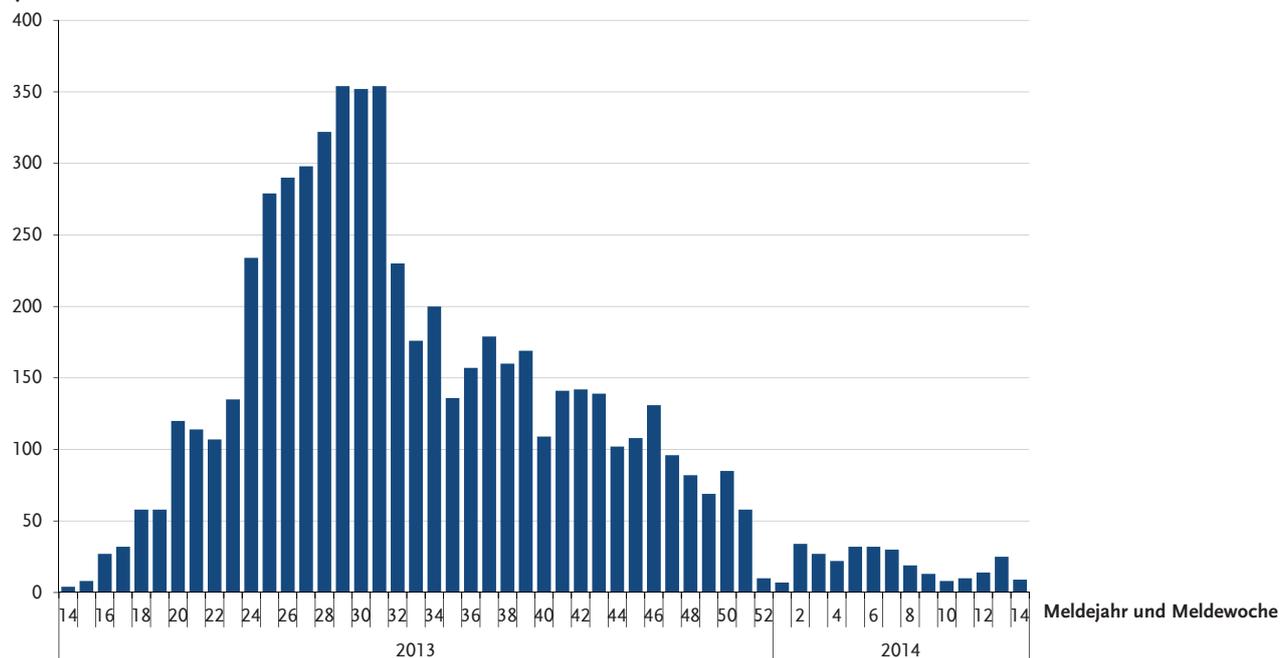


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf aller Lyme-Borreliose-Fälle (n = 6.107) im ersten Meldejahr der Meldepflicht pro Meldeweche (Meldezeitraum 1. April 2013 bis 31. März 2014)

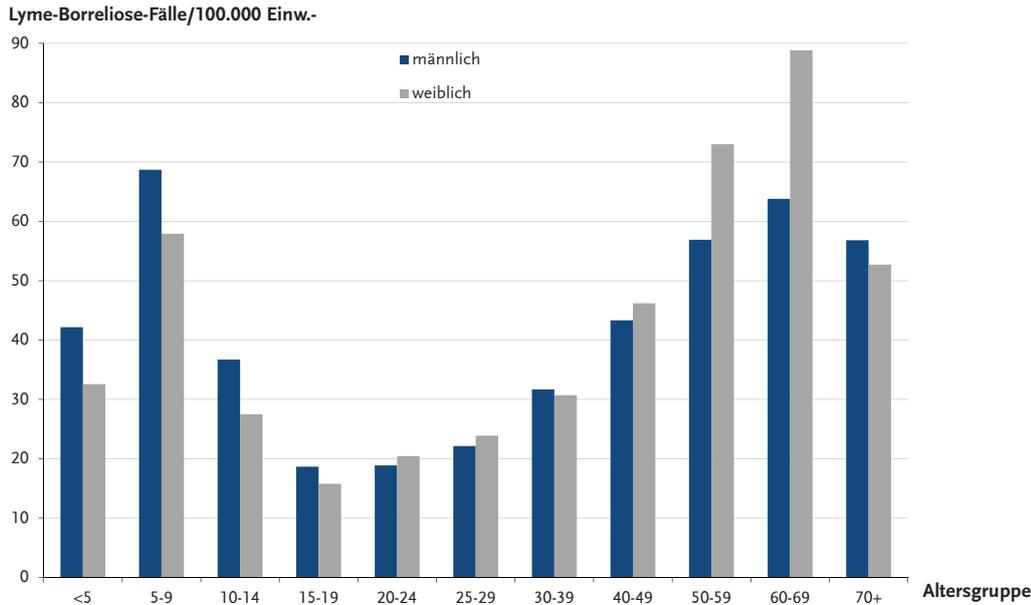


Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung der Lyme-Borreliose-Fälle im ersten Meldejahr der Meldepflicht (Meldezeitraum 1. April 2013 bis 31. März 2014)

Auch die Verteilung der Fälle nach Alter und Geschlecht zeigt keine gleichmäßige Verteilung, sondern deutliche Krankheitsgipfel in jungen und älteren Lebensphasen (s. Abb. 2). Um die Krankheitslast in den verschiedenen Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern vergleichen zu können, wurden Inzidenzen berechnet*. Diese sind in den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen, vor allem aber bei Erwachsenen im mittleren und hohen Alter höher als bei jüngeren Erwachsenen. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist sehr gering. Insgesamt sind Frauen mit 48,5 Fällen pro 100.000 Ein-

wohner etwas häufiger betroffen als Männer mit 44,2 Fällen pro 100.000 Einwohner. Während in der frühen Lebensphase vermehrt Jungen erkranken, werden in der späteren Lebensphase Lyme-Borreliose-Fälle bei Frauen häufiger erfasst (s. Abb. 2).

Die geografische Verteilung der gemeldeten Lyme-Borreliose-Fälle in Bayern ist in einer Inzidenzkarte dargestellt (s. Abb. 3). Diese zeigt deutliche Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit innerhalb Bayerns. Vor allem in Landkreisen des Gebietes Bayerischer Wald wie auch Teil-

*Bevölkerungszahlen des Zensus von 2011

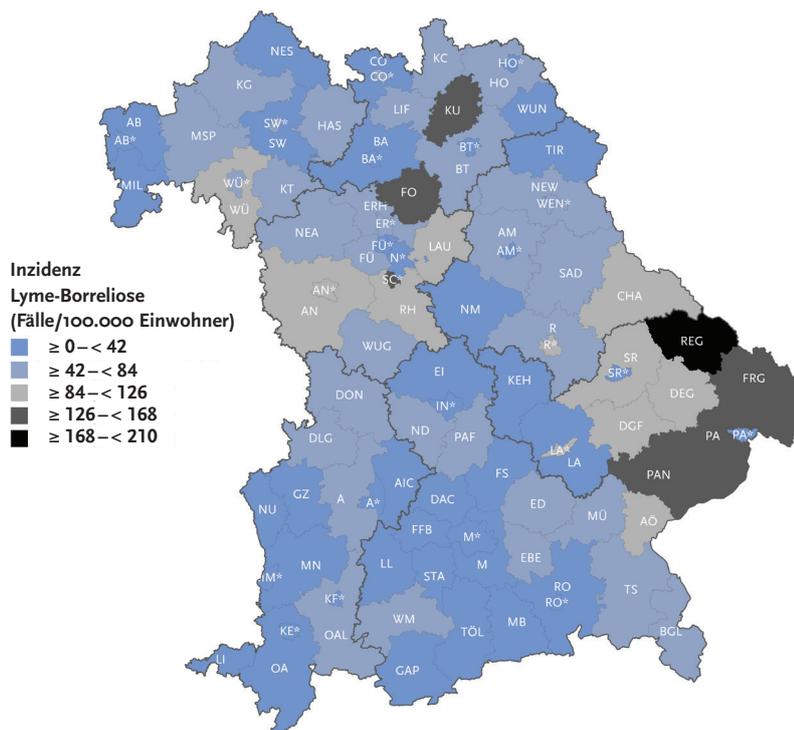


Abb. 3: Inzidenzkarte (Stadt- und Landkreise) des ersten Meldejahres der Lyme-Borreliose in Bayern. Die Stadtkreise sind mit * gekennzeichnet (Meldezeitraum 1. April 2013 bis 31. März 2014)

Anmerkung: Die Abkürzungen der Stadt- und Landkreise in der Inzidenzkarte sind auf der Internetseite des RKI (www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin) erklärt.

len Oberfrankens konnten hohe Inzidenzen verzeichnet werden.

Diskussion

Im Vergleich der Lyme-Borreliose-Inzidenzen der verschiedenen Bundesländer (9 Bundesländer mit erweiterter Meldepflicht), die im ausgewerteten Zeitraum zwischen 15,5 und 66,5 Fällen pro 100.000 Einwohnern liegen, liegt Bayern mit 48,8 Fällen pro 100.000 Einwohner im oberen Mittelfeld. Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz berichteten im Vergleichszeitraum über höhere Inzidenzen (s. Abb. 4).

Die beobachtete Saisonalität für Lyme-Borreliose entspricht jener der klimaabhängigen, vektorübertragenen Krankheiten. Das höchste Risiko an Lyme-Borreliose zu erkranken besteht, wenn die Gipfelphasen der Zeckenaktivität und die Gipfelphasen der menschlichen Aktivitäten in Zeckenhabitaten gleichzeitig auftreten.

Die Freizeitaktivitäten in Naturräumen können teilweise auch beide Häufigkeitsgipfel der Alters- und Geschlechterverteilung erklären, da vor allem Kinder und Jugendliche sich häufig im Freien aufhalten. Auch Personen in einer späteren Lebensphase haben oft wieder mehr Zeit sich im Freien aufzuhalten. Als Grund für die häufigeren Lyme-Borreliose-Meldungen bei erwachsenen Frauen kann diskutiert werden, dass diese möglicherweise den frühen Erkrankungsformen wie dem Erythema migrans eher Aufmerksamkeit schenken als Männer,² da diese Inzidenzunterschiede im Gegensatz zu den Ergebnissen von Seroprävalenzstudien stehen und spätere Erkrankungsformen häufiger bei Männern diagnostiziert werden.

Die geografischen Unterschiede der Lyme-Borreliose-Häufigkeit sind auf eine Vielzahl von Faktoren zurück-

zuführen, die für das lokale Infektionsrisiko verantwortlich sein können. Neben der lokalen Zeckenabundanz, der Prävalenz der Borrelien in Zecken und der Häufigkeit der Zeckenstiche bei Menschen, beeinflussen auch ökologische Faktoren die regionalen Unterschiede. Solche ökologischen Faktoren sind geeignete Biotop- und klimatische Verhältnisse, die auch das Vorkommen von ausreichenden Wirtstieren und die Zeckenaktivität begünstigen.³ Finden in Gebieten, in denen die genannten Faktoren vorliegen, dann vermehrt auch Freizeitaktivitäten statt, kann man von einem höheren Infektionsrisiko ausgehen.

Die Region Bayerischer Wald, die das höchste Infektionsrisiko für Lyme-Borreliose aufweist, ist auch als FSME-Risikogebiet mit vergleichsweise hohen Inzidenzen bekannt.⁴ Diese Übereinstimmung konnte zwar nicht unbedingt erwartet werden, da die Borrelien- bzw. FSME-Viren-Prävalenz in Zecken durchaus unterschiedlich sein kann, aber die beschriebenen, die Zeckenabundanz und -aktivität begünstigenden ökologischen Faktoren und das entsprechende Freizeitverhalten bzw. die berufliche Exposition in der Region sind für beide Pathogene gleichermaßen gegeben.

Sowohl die Inzidenzen als auch der Verlauf der saisonalen und demografischen Verteilung sind nach dem ersten Meldejahr gut vergleichbar mit den Ergebnissen der Lyme-Borreliose Meldepflicht anderer Bundesländer.

Ausblick

Eine wöchentlich aktualisierte Darstellung der Meldedaten wird seit Beginn des Jahres 2015 auf den Internetseiten des LGL veröffentlicht (http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/aktuelle_meldezahlen/index.htm). Ebenso ist der überarbeitete Meldebogen auf der Internetseite des LGL zum Download bereitge-

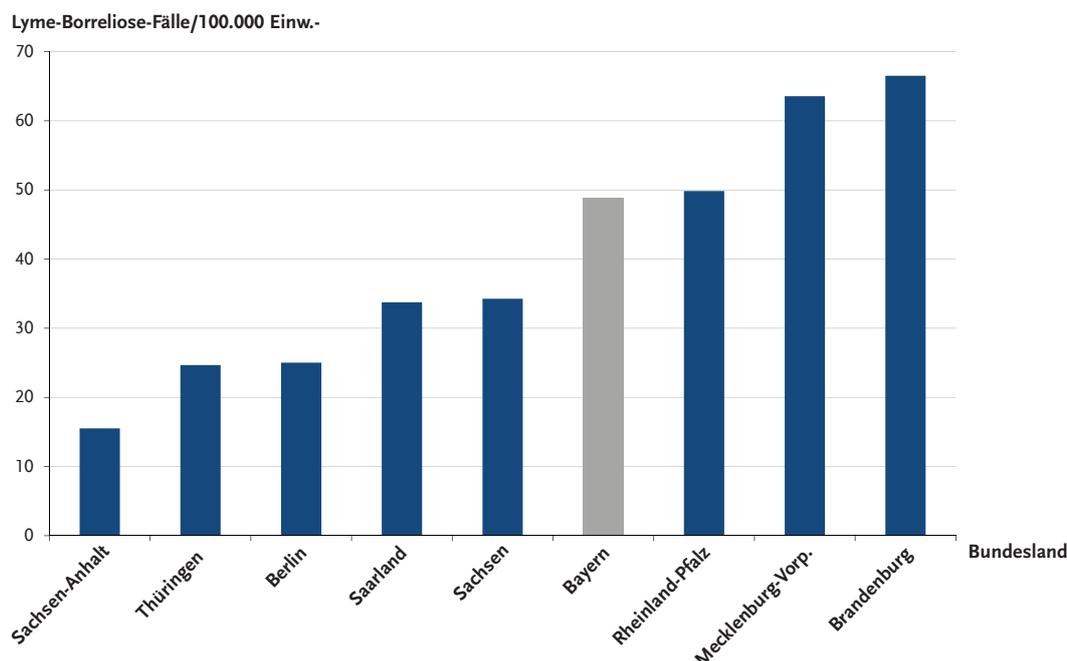


Abb. 4: Vergleich der Lyme-Borreliose-Inzidenzen des Meldezeitraumes 1. April 2013 bis 31. März 2014 der deutschen Bundesländer mit gesetzlicher Meldepflicht. (Datenquellen: Bayern: LGL SurvNet. Andere Bundesländer: RKI: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 9. Juli 2014, s. Anmerkung oben).

stellt (<http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitsinfektionsschutz/index.htm>). Neben der Routineveröffentlichung sind künftig auch detailliertere Analysen in wissenschaftlichen Publikationsorganen und auf Kongressen vorgesehen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut: Krankheiten, für die gemäß LVO eine erweiterte Meldepflicht zusätzlich zum IfSG besteht. *Epid Bull* 2009;5, 33–49
2. Binder K, Reich A, Sing A, Wildner M, Liebl B, Heinzinger S, Fingerle V, Hautmann W: Meldepflicht für Lyme-Borreliose in Bayern – eine erste Bilanz. *Bayerisches Ärzteblatt* 2015;1–2:40–43

3. Wilking H, Stark K: Trends in surveillance data of human Lyme borreliosis from six federal states in eastern Germany 2009–2012. *Ticks and Tick-borne Diseases* 2014;5(3):219–24. doi:10.1016/j.ttbdis.2013.10.010

4. Robert Koch-Institut: Darstellung der Fünfjahresinzidenzen der Frühsommer-Meningoenzephalitis in Kreisen und Kreisregionen in Deutschland für die Jahre 2002 bis 2013. Anlage zum *Epid Bull* 2014;15,1–12

Für diesen Bericht danken wir Katrin Binder, Andreas Reich, Prof. Dr. Dr. Andreas Sing, Dr. Susanne Heinzinger, Prof. Dr. Manfred Wildner, Prof. Dr. Bernhard Liebl, Dr. Volker Fingerle und Dr. Wolfgang Hautmann, am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). **Ansprechpartnerin** ist Katrin Binder (Katrin.Binder@lgl.bayern.de).

Neues Bornavirus bei Bunthörnchen entdeckt – möglicher Zusammenhang mit Infektionen bei Menschen

Nach dem Auftreten von tödlich verlaufenden Gehirnentzündungen (Enzephalitis) bei drei Züchtern von Bunthörnchen in Sachsen-Anhalt zwischen den Jahren 2011 und 2013 wurden umfangreiche Untersuchungen zu einer möglichen infektiösen Ursache am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM) durchgeführt. Hierbei konnte zunächst kein Hinweis auf die Krankheitsursache gefunden werden.

Das Friedrich-Loeffler-Institut (FLI) am Standort Insel Riems untersuchte daraufhin Proben eines Bunthörnchens aus der Zucht eines der Verstorbenen. Bunthörnchen sind in Zentralamerika und auch in Mexiko beheimatet.

Erst die genetische Analyse von Organproben des Hörnchens lieferte Sequenzinformationen, die auf das Vorkommen eines neuartigen Bornavirus hindeuteten. In weiteren Untersuchungen konnte dieser Nachweis auch in Gehirnpollen der verstorbenen Patienten durch molekularbiologische und immunhistologische Untersuchungen erbracht werden.

Nach den bisherigen Erkenntnissen unterscheidet sich das neue Virus deutlich von bisher bekannten Bornaviren.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht bekannt, ob es sich dabei um Einzelfälle handelt. Es ist nicht auszuschließen, dass die Erkrankungen der drei Bunthörnchen-Züchter durch Übertragungen des neuartigen Bornavirus von infizierten Tieren verursacht sein könnten. Der Übertragungsweg ist bisher unbekannt, allerdings erscheinen Biss- oder Kratzverletzungen als wahrscheinliche Möglichkeit.

Testverfahren zum Virusnachweis wurden am FLI entwickelt und validiert und stehen für weitere Untersuchungen zur Verfügung. Bernhard-Nocht-Institut, Friedrich-Loeffler-Institut und Robert Koch-Institut arbeiten mit den Veterinär- und Gesundheitsbehörden in Bund und Ländern zusammen, um den Sachverhalt weiter aufzuklären. Untersuchungen zur Verbreitung dieses Virus im Tier werden vom FLI auf der Insel Riems durchgeführt. Weiterhin wird unter Personen, die Bunthörnchen halten, nach möglichen weiteren Infektionsfällen gesucht.

Das BNITM in Hamburg führt analoge Analysen in Nervenwasser- und Gewebeproben von Patienten mit Gehirnentzündungen ungeklärter Ursache durch. Bis zum Vorliegen weiterer Erkenntnisse sollte vorbeugend der direkte Kontakt zu Bunthörnchen vermieden werden. Bei kranken oder mit unklarer Ursache verstorbenen Bunthörnchen sollten Tierhalter ihren Tierarzt informieren, der gegebenenfalls weitere Untersuchungen einleiten kann.

Im Zusammenhang mit der Entdeckung dieses neuen, möglicherweise zoonotischen Bornavirus durch das FLI und BNITM ist weiterhin zu klären, ob das Virus mit infizierten Hörnchen importiert wurde oder ob sich das Hörnchen bei anderen Tierarten angesteckt hat.

Gemeinsamer Bericht des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin und des Friedrich-Loeffler-Instituts.

Thema Ebolafieber: Einladung zu einer Befragung

Wie bewerten Sie unser Informationsangebot zu Ebolafieber?

Machen Sie jetzt mit bei unserer Online-Befragung und bewerten Sie das Informationsangebot des Robert Koch-Instituts zum Thema Ebolafieber.

Welche Beiträge sind für Sie hilfreich? Welche Informationen haben Sie vermisst?

Wir freuen uns bis zum 4. März 2015 über Ihre Teilnahme unter www.rki.de/ebola

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

5. Woche 2015 (Datenstand: 18.2.2015)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	78	543	533	1	2	13	15	60	94	0	5	5
Bayern	133	702	645	5	23	18	27	99	147	3	7	6
Berlin	43	289	221	2	7	8	3	19	75	0	2	5
Brandenburg	36	199	141	0	5	4	11	47	61	0	0	1
Bremen	10	47	33	1	1	0	1	5	4	0	0	2
Hamburg	25	166	180	0	0	2	2	12	20	1	4	4
Hessen	56	408	370	0	1	3	13	50	53	0	3	1
Mecklenburg-Vorpommern	19	106	119	1	5	1	10	32	45	0	0	0
Niedersachsen	65	442	457	6	21	9	16	76	107	0	0	2
Nordrhein-Westfalen	218	1.639	1.710	7	23	26	36	219	216	2	3	1
Rheinland-Pfalz	56	349	328	2	8	5	9	55	71	0	2	6
Saarland	18	118	110	0	1	1	2	9	9	0	0	0
Sachsen	78	433	384	2	4	11	14	83	74	0	1	1
Sachsen-Anhalt	23	108	134	1	6	6	9	35	55	0	0	0
Schleswig-Holstein	25	218	225	0	1	3	6	19	27	0	1	0
Thüringen	31	152	152	0	2	5	5	35	66	0	0	0
Deutschland	914	5.929	5.743	28	110	115	179	855	1.125	6	28	34

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	1	7	13	264	1.103	1.206	62	144	198	9	32	49	0	0	5
Bayern	7	29	26	458	1.875	1.293	37	160	330	18	51	60	1	10	9
Berlin	2	9	13	125	533	618	23	109	139	10	32	35	2	12	12
Brandenburg	3	11	11	186	849	735	37	126	178	7	26	6	1	3	4
Bremen	0	0	0	18	75	125	0	4	9	0	3	2	0	0	0
Hamburg	2	4	6	63	322	301	18	51	47	1	9	9	2	2	3
Hessen	3	12	13	195	744	659	50	150	160	5	22	27	0	8	8
Mecklenburg-Vorpommern	1	7	4	176	791	621	13	56	159	5	14	15	2	5	7
Niedersachsen	4	18	30	266	1.257	1.061	44	164	172	1	9	20	0	5	8
Nordrhein-Westfalen	9	40	30	846	3.596	2.385	61	358	506	8	33	63	2	11	15
Rheinland-Pfalz	2	9	13	251	1.061	568	18	74	88	4	10	11	0	0	2
Saarland	1	4	2	159	430	118	1	16	105	1	2	2	0	0	1
Sachsen	8	16	36	392	1.685	1.503	62	276	388	8	26	19	2	7	9
Sachsen-Anhalt	2	22	13	221	919	748	47	143	133	0	3	6	3	4	2
Schleswig-Holstein	1	7	9	114	403	363	7	40	64	0	6	11	0	0	1
Thüringen	5	22	23	198	863	679	26	194	172	3	13	15	0	1	4
Deutschland	51	217	242	3.932	16.513	12.990	506	2.067	2.849	80	291	350	15	68	90

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

5. Woche 2015 (Datenstand: 18.2.2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	0	2	3	2	4	8	11	58	72	2	5	5	6	33	39
Bayern	4	15	8	5	14	15	24	71	103	2	5	5	19	58	65
Berlin	1	2	3	1	6	12	7	51	39	0	2	6	8	30	37
Brandenburg	0	0	1	1	3	1	4	7	7	0	0	1	4	11	10
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	6	7
Hamburg	0	3	0	0	2	6	3	10	5	0	1	1	1	16	9
Hessen	0	6	5	3	11	8	15	47	46	0	0	2	5	43	30
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	1	1	3	7	6	1	2	1	1	7	3
Niedersachsen	1	9	9	1	4	5	2	7	18	0	4	4	9	39	47
Nordrhein-Westfalen	4	18	8	3	14	9	13	63	69	0	4	6	11	92	104
Rheinland-Pfalz	1	2	3	0	1	4	6	23	19	1	3	1	3	22	21
Saarland	0	0	1	0	0	2	0	4	13	0	0	0	0	0	4
Sachsen	0	2	0	0	4	2	1	14	39	0	0	0	1	13	10
Sachsen-Anhalt	1	7	3	0	0	0	0	3	8	0	1	1	2	8	9
Schleswig-Holstein	0	1	1	0	1	1	7	33	15	0	0	3	4	8	4
Thüringen	0	0	5	1	4	1	2	11	17	0	1	2	0	5	6
Deutschland	12	67	53	17	69	77	98	409	479	6	28	38	74	392	405

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken [*]		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.	5.	1.–5.	1.–5.
Baden-Württemberg	1	5	1	1	8	5	0	0	0	13	82	175	70	289	384
Bayern	6	36	6	0	4	27	1	3	1	72	257	284	101	339	302
Berlin	38	279	4	1	3	7	0	0	0	27	100	68	26	165	139
Brandenburg	8	35	2	0	1	1	0	0	0	16	73	56	15	78	97
Bremen	0	0	4	1	2	0	0	0	0	0	1	1	6	32	47
Hamburg	4	6	1	1	6	2	0	0	0	7	25	22	4	46	21
Hessen	0	1	0	0	3	11	0	0	0	23	81	61	22	119	131
Mecklenburg-Vorpommern	2	7	0	0	1	0	0	0	0	5	22	13	9	33	11
Niedersachsen	1	23	1	2	4	1	0	0	1	16	72	111	41	191	174
Nordrhein-Westfalen	2	17	0	2	22	61	0	1	0	42	172	214	106	429	558
Rheinland-Pfalz	0	0	0	1	3	10	0	0	0	10	33	78	9	68	67
Saarland	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	3	3	14	4
Sachsen	3	5	0	0	0	3	0	0	1	4	40	45	47	213	187
Sachsen-Anhalt	0	9	2	0	0	2	0	0	0	5	18	41	9	40	59
Schleswig-Holstein	1	6	1	1	5	2	0	0	0	3	11	18	3	47	36
Thüringen	0	1	0	2	2	0	0	0	0	15	56	74	18	96	33
Deutschland	66	430	22	12	64	134	1	4	3	258	1.048	1.264	489	2.199	2.250

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

⁺⁺ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

5. Woche 2015 (Datenstand: 18.2.2015)

Krankheit	2015	2015	2014	2014
	5. Woche	1.–5. Woche	1.–5. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	0	17	139	1.136
Brucellose	1	3	1	47
Chikungunya-Fieber	6	24	2	162
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	10	76
Dengue-Fieber	11	55	51	626
FSME	1	6	5	265
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	5	3	85
Hantavirus-Erkrankung	14	59	18	562
Hepatitis D	1	3	0	16
Hepatitis E	19	78	45	668
Influenza	3.649	7.051	692	7.490
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	64	49	461
Legionellose	6	65	49	858
Leptospirose	0	5	3	160
Listeriose	12	60	51	608
Ornithose	0	1	5	9
Paratyphus	1	5	2	26
Q-Fieber	5	12	13	262
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	3	1	21
Typhus abdominalis	0	3	3	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 7. Kalenderwoche (KW) 2015

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 7. KW 2015 im Vergleich zur Vorwoche erneut gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Influenza-Positivenrate im NRZ und die stark erhöhte ARE-Aktivität zeigen eine hohe Grippe-Aktivität in Deutschland an.

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

42 Länder sendeten für die 6. KW 2015 epidemiologische Daten an TESSy. Die Influenza breitet sich weiter in Europa aus, insbesondere in den west- und mitteleuropäischen Ländern. In 20 Ländern wurde über eine steigende Influenza-Aktivität berichtet. Zehn Länder verzeichneten eine geringe, 23 Länder eine mittlere, acht Länder eine hohe und Luxemburg eine sehr hohe Influenza-Aktivität. Die Influenza-Positivenrate bei 2.625 bearbeiteten Sentinelproben lag in der 6. KW bei 51 %. Influenza A(H3N2)-Viren dominieren in der Saison 2014/15 weiterhin in den meisten Ländern.

Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.flunewseurope.org/>

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 7. 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

► Redaktionsassistenten: 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