



# Epidemiologisches Bulletin

1. März 2018 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Vorstellung aktueller Informationen zu DEMIS

– von nun an vierteljährlich im *Epidemiologischen Bulletin* –

Das Robert Koch-Institut (RKI) entwickelt gegenwärtig das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS), das das zurzeit noch bestehende fax- und papierbasierte Meldesystem modernisieren wird. Die Melder, z.B. Ärzte und Labore, sollen die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Infektionskrankheiten über Schnittstellen in der von ihnen genutzten Software oder ein Online-Meldeportal elektronisch an DEMIS melden können. Die Daten werden in einer zentralen Datenbank verwaltet und für verschiedene Zielgruppen, z. B. den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), und in aggregierter Form auch der Wissenschaft und Fachöffentlichkeit für Auswertungen bereitgestellt und grafisch aufbereitet.

### Aktuelle Informationen zu DEMIS ab sofort im *Epidemiologischen Bulletin*

Um die zukünftigen Nutzer von DEMIS, darunter Melder und den ÖGD, über den aktuellen Entwicklungsstand auf dem Laufenden zu halten, wird es ab sofort bis zum Projektende im Jahr 2020 in jedem Quartal einen Überblick über den aktuellen Stand von DEMIS im *Epidemiologischen Bulletin* geben. Eine Übersicht über die Ziele und den geplanten Aufbau von DEMIS wurde im *Epidemiologischen Bulletin* 30/2017 veröffentlicht.

### Rückblick

#### Vernetzung mit Partnern

Seit Projektbeginn im Jahr 2016 wurde die Vernetzung mit den Akteuren des Meldesystems und anderen Projektpartnern begonnen. Im Zuge dessen wurde ein Fachkreis mit Experten aus dem ÖGD (ÖGD-Fachkreis) etabliert, der sich regelmäßig trifft, um dem Projektteam Feedback aus Anwendersicht zu geben. Dabei wird z. B. über die Abläufe im Gesundheitsamt nach Eingang einer Meldung und krankheitsspezifische Löschrufen diskutiert. Informationen zum Projekt wurden im Rahmen von Treffen und Vorträgen vorgestellt, aber auch auf der Internetseite [www.rki.de/demis](http://www.rki.de/demis) und in Form eines Flyers bereitgestellt (s. Kasten am Ende des Textes).

#### Schaffen der rechtlichen Rahmenbedingungen

Nach intensiven Vorarbeiten und Abstimmungen mit den Akteuren im Meldesystem ist am 25. Juli 2017 das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten in Kraft getreten, das die gesetzliche Grundlage und Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Umsetzung von DEMIS schafft. In § 14 IfSG wurde festgelegt, welche Daten in DEMIS verarbeitet werden dürfen, wer in welchem Rahmen Zugriff auf die Daten hat und die Pilotierung von DEMIS wurde ermöglicht. Des Weiteren wurde die Grundlage für eine Rechtsverordnung geschaffen, in der spezifische Festlegungen z. B. zu Zugriffsrechten und Datensicherheit für die endgültige Implementierung von DEMIS geregelt werden sollen. Ausführliche Information zur Novellierung des IfSG wurden im *Epidemiologischen Bulletin* 31/2017 veröffentlicht.

Diese Woche 9/2018

[Vorstellung aktueller Informationen zu DEMIS](#)

[Stellenausschreibung des RKI für den neuen Jahrgang in der PAE](#)

[Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Dezember 2017](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 6. Woche 2018](#)

[Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 8. KW 2018](#)



### Technische Vorarbeiten

Nach Erstellung des technischen Grobkonzepts wurden bereits erste Vorarbeiten für die technische Entwicklung durchgeführt. Im Rahmen der Verarbeitung von nichtnamentlichen Meldungen, gemäß § 7 Abs. 3 IfSG direkt an das RKI, wurden automatisierte Algorithmen zur Doppelmeldungserkennung entwickelt sowie ein Pseudonymisierungsverfahren konzipiert. Ebenso wurden die Grundlagen für das Datenmodell und die Interoperabilität von DEMIS gelegt.

### Die Anforderungen der DEMIS-Nutzer stehen im Mittelpunkt

Grundlage für die Konzipierung und Entwicklung von DEMIS sind die Anforderungen der Nutzer, die beginnend mit dem Pilotprojekt 2012 zusammengestellt wurden und seitdem regelmäßig aktualisiert werden.

### Ergebnisse des Pilotprojekts

Im Rahmen einer Mehrbedarfsanalyse (2012–2013) wurden in Fokusgruppendifkussionen mit Vertretern aus dem ÖGD sowie mit Meldern aus Arztpraxen, Krankenhäusern, Laboren und Gemeinschaftseinrichtungen und in Experteninterviews die Anforderungen der Nutzer an DEMIS erhoben. Auf dieser Grundlage wurde ein DEMIS-Prototyp entwickelt und im Rahmen eines simulierten Ausbruchs in einer virtuellen Systemlandschaft erfolgreich getestet. Allerdings müssen die festgestellten Anforderungen an die gegenüber dem Pilotprojekt veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden.

### Beratung durch zukünftige Anwender

Die Anforderungen aus dem ÖGD werden über den ÖGD-Fachkreis und durch direktes Feedback z. B. auf verschiedenen ÖGD-Veranstaltungen, per E-Mail oder in Treffen aufgenommen und fortgeschrieben. Langfristiges Ziel ist es, die Arbeit in den Gesundheitsämtern zu erleichtern, z. B. durch reduzierten Aufwand beim Datenmanagement, reduzierten Ermittlungsaufwand durch erhöhte Vollständigkeit und Validität der Angaben in den eingehenden Meldungen und die erleichterte Bearbeitung von komplexen Fällen, z. B. bei Zuständigkeit mehrerer Gesundheitsämter.

### Methode der agilen Softwareentwicklung

Eines der wichtigsten Ziele von DEMIS ist es, durch einfache und intuitive Benutzerführung die Arbeitsabläufe in den Gesundheitsämtern zu unterstützen und durch technische Funktionalitäten die Arbeit der Gesundheitsamtsmitarbeiter zu erleichtern. Bei der Entwicklung von DEMIS wird die Scrum-Methode, eine Methode der agilen Softwareentwicklung eingesetzt. Gerade bei großen IT-Projekten bietet die Scrum-Methode viele Vorteile, insbesondere die schnelle Anpassung an sich verändernde Anforderungen und die regelmäßige Abstimmung zwischen Entwicklern und Fachabteilungen. Die Entwicklung ist in mehrwöchigen Etappen, sogenannte Sprints, unterteilt. Die Anforderungen der zukünftigen DEMIS-Nutzer werden mit Hilfe von sogenannten *User Stories* beschrieben. Eine *User Story* umfasst in der Regel eine Funktionalität, die vom Entwicklerteam im Rahmen eines Sprints umgesetzt, getestet und dokumentiert wird. Am Ende eines jeden Sprints erfolgt ein Review des Produkts, bei dem das Entwicklerteam das im Sprint entstandene Produkt präsentiert. Es wird geprüft, ob die Anforderungen ausreichend umgesetzt wurden und ob das Produkt veröffentlicht werden kann. So entstehen nach und nach die einzelnen DEMIS-Komponenten (s. Abb. 1).

### Nächste Schritte

Nachdem die gesetzlichen Rahmenbedingungen für DEMIS im Juli 2017 festgelegt worden sind, wird auf dieser Basis der Entwurf für das Datenschutzkonzept erstellt.

Im Oktober 2017 wurde mit der technischen Entwicklung einzelner DEMIS-Komponenten begonnen. Derzeit wird das Fundament für das Meldeportal entwickelt, über das alle Meldenden kostenlos über ein Online-Meldeformular Meldungen absetzen können sollen. Alternativ soll den Meldern künftig die Möglichkeit eröffnet werden, direkt über definierte Schnittstellen in ihrer Arzt-, Labor- oder Krankenhausinformationssysteme melden zu können. Dazu finden derzeit Gespräche mit Vertretern von Software-Anbietern, der gematik (Gesellschaft für Telematikwendungen der Gesundheitskarte mbh) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) statt.

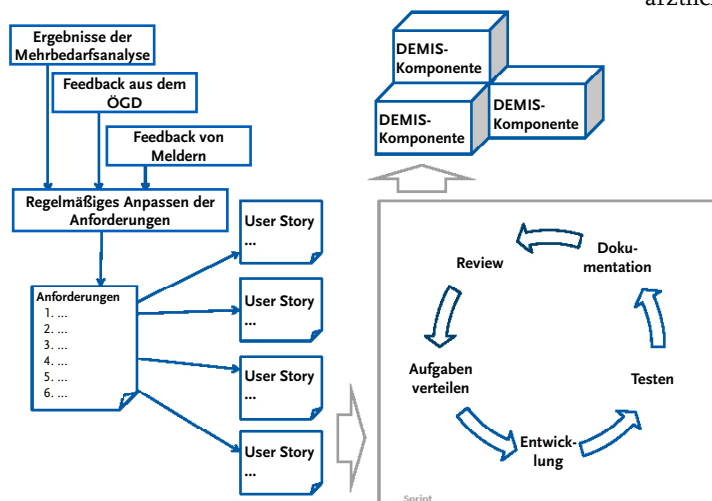


Abb. 1: Schematische Darstellung des Scrum-Prozesses von der Zusammenstellung der Anforderungen der Nutzer bis hin zu den fertigen DEMIS-Komponenten

**Vorträge und Workshops zu DEMIS:**

- ▶ 6.3.2018 – 6. EDV-Forum für Gesundheitsämter (eÖGD) in Düsseldorf
- ▶ 12.4.2018 – Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) in Berlin
- ▶ 26.4.2018 – „Infektionsschutz, Umwelt und Hygiene“ Fachtagung für Mitarbeiter/innen der Gesundheitsämter aus allen Bundesländern in Osnabrück

**Kontakt**

DEMIS-Geschäftsstelle | demis@rki.de | 030 18754–2970  
www.rki.de/demis

**Literatur**

1. Robert Koch-Institut: Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS). *Epid Bull* 2017;30:291–293. DOI 10.17886/EpiBull-2017-039
  2. Robert Koch-Institut: Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, Juli 2017. *Epid Bull* 2017;31:309–310. DOI 10.17886/EpiBull-2017-041
- Michaela Diercke  
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie  
FG 32 Surveillance  
Korrespondenz: demis@rki.de
- Vorgeschlagene Zitierweise:  
Diercke M: Vorstellung aktueller Informationen zu DEMIS. *Epid Bull* 2018;9:91–93 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-010

**Robert Koch-Institut (RKI) – Stellenausschreibung und Publikationshinweis**

**Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE, deutsches FETP)**

Die Ausschreibung für die Stellen für die diesjährige Kohorte in der Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE, deutsches FETP) ist auf der RKI-Internetseite erschienen.

Die Ausbildung richtet sich an WissenschaftlerInnen aus dem humanmedizinischen Bereich, die epidemiologische Methoden für den Infektionsschutz im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) einsetzen wollen.

Alle Ausbildungsinhalte sind an der Praxis orientiert und darauf ausgerichtet, im konkreten Fall die geeigneten Maßnahmen für die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten zu ermitteln und umzusetzen. Inhaltliche Schwerpunkte sind dabei die Untersuchung von Infektionsausbrüchen in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen des ÖGD, das Auswerten von Daten aus der infektionsepidemiologischen Überwachung (Surveillance), die Evaluation von Surveillance-Systemen sowie die Entwicklung und Durchführung von anwendungsbezogenen infektionsepidemiologischen Forschungsprojekten.

Die Teilnehmer werden entweder für zwei Jahre in eine der zuständigen Behörden in den Bundesländern abgeordnet oder sind in der Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI tätig.

Die BewerberInnen sollten eine praktische Tätigkeit im Bereich Public Health in Deutschland oder Europa anstreben. BewerberInnen, die zurzeit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens auf lokaler oder Landesebene tätig sind und für die Zeit der Weiterbildung von ihrem Dienstherrn freigestellt werden, werden bei entsprechender Qualifikation bevorzugt berücksichtigt.

TeilnehmerInnen der PAE haben die Möglichkeit, sich für einen in das Ausbildungsprogramm integrierten *Master of Science in Applied Epidemiology (MSAE)* einzuschreiben, der in Kooperation mit der Charité angeboten wird. Die Regelstudienzeit beträgt zwei Jahre (120 ECTS-Leistungspunkte).

Bewerbungsfrist ist der **11. März 2018**, Beginn der Ausbildung ist am **10. September 2018**.

Die **Stellenausschreibung** finden Sie unter: [www.rki.de/DE/Content/Service/Stellen/Angebote/2018/25\\_18.html](http://www.rki.de/DE/Content/Service/Stellen/Angebote/2018/25_18.html)

Nähere **Informationen** zum Ausbildungsprogramm finden sich unter [www.rki.de/pae](http://www.rki.de/pae).

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**      Berichtsmonat: **Dezember 2017** (Datenstand: 1. März 2018)  
**Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern**  
(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektion*		Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.						
	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016					
	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.	Dez.	Jan.–Dez.					
Baden-Württemberg	55	698	709	–	–	–	9	114	114	3	28	39	0	1	0
Bayern	73	1.023	1.015	–	–	–	13	178	166	0	20	37	0	1	1
Berlin	80	1.333	1.249	–	–	–	4	68	70	0	6	11	0	0	3
Brandenburg	2	102	111	–	–	–	1	22	22	0	1	3	0	0	0
Bremen	4	48	48	–	–	–	0	18	17	0	1	3	0	0	0
Hamburg	22	410	343	–	–	–	6	79	79	1	2	1	0	0	0
Hessen	41	458	507	–	–	–	3	77	73	0	12	17	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	8	92	88	–	–	–	1	11	3	0	1	0	0	0	1
Niedersachsen	42	521	487	–	–	–	2	57	69	0	7	10	0	3	2
Nordrhein-Westfalen	100	1.796	1.683	–	–	–	11	223	238	1	29	32	0	0	0
Rheinland-Pfalz	23	243	227	–	–	–	3	30	49	0	7	13	0	1	2
Saarland	10	68	84	–	–	–	1	6	7	1	3	3	0	0	0
Sachsen	21	300	322	–	–	–	0	22	16	0	0	3	0	0	1
Sachsen-Anhalt	9	139	124	–	–	–	0	17	9	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	7	137	85	–	–	–	7	24	21	1	2	1	0	0	0
Thüringen	8	105	90	–	–	–	0	10	8	1	4	4	0	1	0
<b>Deutschland</b>	<b>505</b>	<b>7.473</b>	<b>7.172</b>	–	–	–	<b>61</b>	<b>956</b>	<b>961</b>	<b>8</b>	<b>123</b>	<b>177</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

\*Aufgrund der Umstellung der Datenbank stehen derzeit keine Daten zu HIV-Infektionen zur Verfügung

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 6. Woche 2018 (Datenstand: 28. Februar 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
Baden-Württemberg	85	664	537	6	23	14	11	104	78	2	8	3
Bayern	124	806	690	8	22	25	32	149	130	0	4	4
Berlin	34	244	209	0	14	10	5	24	33	4	10	2
Brandenburg	19	166	162	0	8	8	6	32	29	0	0	0
Bremen	7	36	35	0	4	0	1	4	4	0	0	1
Hamburg	24	168	156	0	4	3	5	34	25	0	3	6
Hessen	70	479	337	1	7	6	9	81	48	2	9	4
Mecklenburg-Vorpommern	17	127	142	0	2	6	7	33	30	0	1	0
Niedersachsen	73	509	469	4	16	22	19	134	91	1	1	1
Nordrhein-Westfalen	248	1.817	1.949	5	32	37	35	274	199	0	2	6
Rheinland-Pfalz	53	372	338	3	8	16	15	72	42	1	2	1
Saarland	23	118	133	0	3	0	1	9	11	0	0	0
Sachsen	76	459	399	0	17	12	12	88	55	1	3	3
Sachsen-Anhalt	20	147	134	2	15	9	5	54	37	0	0	0
Schleswig-Holstein	25	165	192	1	8	12	3	19	35	0	0	0
Thüringen	32	214	189	2	7	6	6	61	59	0	1	2
<b>Deutschland</b>	<b>930</b>	<b>6.492</b>	<b>6.072</b>	<b>32</b>	<b>190</b>	<b>187</b>	<b>172</b>	<b>1.172</b>	<b>906</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>33</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
Baden-Württemberg	3	15	13	139	853	2.218	17	89	236	5	26	43	2	3	4
Bayern	3	32	36	279	2.144	2.669	25	172	572	17	65	57	1	3	15
Berlin	0	6	10	124	926	867	18	163	114	5	48	49	1	12	15
Brandenburg	4	16	14	93	852	828	16	165	254	1	9	15	0	1	6
Bremen	0	0	2	16	135	62	4	18	20	0	1	5	0	0	0
Hamburg	1	4	4	47	411	335	8	80	116	2	17	16	1	4	6
Hessen	3	19	15	110	720	1.028	13	78	161	4	20	17	3	10	14
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	7	110	966	735	14	96	76	3	11	11	3	13	12
Niedersachsen	3	22	28	247	1.423	1.507	26	105	243	2	12	23	1	10	6
Nordrhein-Westfalen	9	40	62	476	3.220	5.467	44	314	447	8	43	53	3	19	14
Rheinland-Pfalz	5	12	11	108	784	1.647	7	58	107	1	19	14	0	0	1
Saarland	0	4	0	33	240	543	0	7	88	1	3	1	0	2	1
Sachsen	11	73	60	231	1.792	1.713	79	452	412	1	32	20	0	4	8
Sachsen-Anhalt	6	20	29	134	1.043	815	32	234	133	1	9	22	1	10	4
Schleswig-Holstein	0	8	5	96	615	570	10	76	75	0	3	7	0	1	1
Thüringen	5	39	29	108	865	1.149	71	284	195	1	6	5	0	2	4
<b>Deutschland</b>	<b>53</b>	<b>317</b>	<b>325</b>	<b>2.351</b>	<b>16.991</b>	<b>22.155</b>	<b>385</b>	<b>2.392</b>	<b>3.249</b>	<b>52</b>	<b>324</b>	<b>358</b>	<b>16</b>	<b>94</b>	<b>111</b>

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** 6. Woche 2018 (Datenstand: 28. Februar 2018)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	1	11	9	17	73	59	22	97	64	1	8	6	9	67	111
Bayern	3	17	14	35	170	107	25	135	104	0	8	7	14	80	96
Berlin	2	11	43	3	18	15	6	37	30	0	2	2	4	47	46
Brandenburg	0	2	2	0	10	13	4	12	4	1	2	0	5	23	18
Bremen	0	0	1	1	1	0	1	4	0	0	0	1	0	8	5
Hamburg	0	1	4	2	5	8	6	24	12	0	3	0	5	20	23
Hessen	1	9	16	20	75	39	16	66	37	0	4	5	17	69	69
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	0	4	6	0	2	5	0	2	1	1	6	12
Niedersachsen	3	8	15	3	19	13	13	58	35	0	2	4	6	40	33
Nordrhein-Westfalen	4	36	37	13	75	27	27	150	107	4	10	4	22	128	130
Rheinland-Pfalz	1	5	7	4	30	5	5	22	27	0	3	3	2	17	25
Saarland	0	3	2	0	1	1	0	1	2	0	0	1	1	7	6
Sachsen	0	1	7	4	20	38	3	16	13	0	2	1	3	15	21
Sachsen-Anhalt	0	2	3	0	9	2	2	13	8	0	0	0	3	11	15
Schleswig-Holstein	1	2	2	2	17	12	9	26	29	2	3	1	1	13	23
Thüringen	0	0	2	0	2	1	2	11	6	0	1	0	1	9	13
<b>Deutschland</b>	<b>16</b>	<b>109</b>	<b>166</b>	<b>104</b>	<b>529</b>	<b>346</b>	<b>141</b>	<b>674</b>	<b>483</b>	<b>8</b>	<b>50</b>	<b>36</b>	<b>94</b>	<b>560</b>	<b>646</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	1	4	12	0	9	11	0	0	0	24	125	182	102	638	515
Bayern	4	16	2	5	25	27	0	0	0	98	503	447	115	656	753
Berlin	1	5	15	0	4	6	0	0	0	8	83	127	23	170	268
Brandenburg	1	2	0	0	0	1	0	0	0	13	91	115	21	74	110
Bremen	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	8	12	5	37	116
Hamburg	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	55	102	13	71	59
Hessen	0	4	18	1	7	9	0	0	0	30	142	146	28	147	133
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	2	0	0	0	15	64	66	3	31	24
Niedersachsen	0	3	0	4	6	7	0	0	0	21	137	115	44	237	207
Nordrhein-Westfalen	0	3	14	4	14	32	0	2	3	57	291	378	72	495	650
Rheinland-Pfalz	0	0	3	0	3	4	0	0	1	14	98	105	21	84	100
Saarland	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	35	12	3	19	12
Sachsen	0	0	27	0	1	2	0	0	1	21	130	95	43	362	211
Sachsen-Anhalt	0	1	0	0	0	1	0	0	0	33	191	53	3	55	55
Schleswig-Holstein	0	1	4	0	5	3	0	0	0	4	76	39	6	93	105
Thüringen	0	0	4	0	1	3	0	0	0	22	137	81	13	84	67
<b>Deutschland</b>	<b>7</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>77</b>	<b>110</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>373</b>	<b>2.167</b>	<b>2.076</b>	<b>515</b>	<b>3.253</b>	<b>3.385</b>

† Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

**Allgemeiner Hinweis:** Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle aus folgenden Landkreisen (LK) seit der 1. Melde-woche 2017 nicht ausgewiesen: LK Prignitz und LK Teltow-Fläming sowie übermittelte Fälle aus dem Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

6. Woche 2018 (Datenstand: 28. Februar 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	6. Woche	1.–6. Woche	1.–6. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	19	114	70	715
Brucellose	0	3	3	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	2	3	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	46	337	378	2.802
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	3	6	72
Denguefieber	10	44	46	635
FSME	0	0	4	481
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	2	16	95
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	22	156	114	810
Hantavirus-Erkrankung	5	38	91	1.725
Hepatitis D	4	8	1	33
Hepatitis E	67	393	242	2.943
Influenza	15.302	45.164	52.785	95.943
Legionellose	9	107	98	1.281
Leptospirose	0	14	7	128
Listeriose	9	70	96	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	36	282	344	2.785
Ornithose	0	0	1	11
Paratyphus	1	3	4	44
Q-Fieber	3	9	8	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	1	3	0	52
Typhus abdominalis	0	1	6	78

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 8. Kalenderwoche (KW) 2018**

Die Aktivität der ARE ist in der 8. KW 2018 bundesweit nochmals gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen in der 8. KW insgesamt im Bereich stark erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind insgesamt ebenfalls gestiegen.

**Internationale Situation****Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

Von den Ländern, die für die 7. KW 2018 Daten an TESSy sandten, berichteten 8 Länder über eine niedrige, 20 Länder über eine mittlere, 10 (darunter auch Deutschland) über eine hohe und 2 (Albanien und Luxemburg) über eine sehr hohe Influenza-Aktivität ([www.flunewseurope.org/](http://www.flunewseurope.org/)).

**Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs der nördlichen Hemisphäre für die Saison 2018/19**

Die WHO hat am 22.2.2018 die Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffs in der nördlichen Hemisphäre 2018/19 veröffentlicht. Gegenüber der Empfehlung für die Saison 2017/18 wurden die Komponenten gegen Influenza A(H3N2) und Influenza B aktualisiert.

- ▶ Influenza-A(H1N1)-Komponente: ein A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm-ähnliches Virus;
- ▶ Influenza-A(H3N2)-Komponente: ein A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)-ähnliches Virus;
- ▶ Influenza-B-Komponente: ein B/Colorado/06/2017-ähnliches Virus aus der Victoria-Linie.

Für quadrivalente Impfstoffe, die eine zweite B-Komponente enthalten, wird zusätzlich zu den oben genannten ein B/Phuket/3073/2013-ähnliches Virus aus der Yamagata-Linie empfohlen ([www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018\\_19\\_north/en/](http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_19_north/en/)).

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 8. KW 2018  
<https://influenza.rki.de>

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: 030.18754-0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto: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](mailto:Seedatj@rki.de)

Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

▶ Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: [SmolinskiF@rki.de](mailto:SmolinskiF@rki.de)

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

**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). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de/epidbull](http://www.rki.de/epidbull)

**Hinweis:** Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

**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