



# Epidemiologisches Bulletin

6. Dezember 2018 / Nr. 49

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen

Das Infektionsepidemiologische Jahrbuch 2017 ist erschienen und kann online auf der Homepage des Robert Koch-Instituts (RKI) unter [www.rki.de/jahrbuch](http://www.rki.de/jahrbuch) aufgerufen werden. Daten zu den mitten im Jahr 2016 mit der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung eingeführten Meldepflichten liegen für 2017 erstmals für das gesamte Kalenderjahr vor und werden daher im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch 2017 in neuen Kapiteln präsentiert. Dazu zählen u. a. Infektionen bzw. Kolonisationen mit *Acinetobacter* spp. und Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit sowie Arbovirus-Erkrankungen.

Leider standen aufgrund des Umbaus der Datenbank und der Automatisierung von Bewertungsprozessen zum Redaktionsschluss am 1. März 2018 keine Daten zu HIV-Infektionen zur Verfügung, sodass diese nicht in der Druckausgabe veröffentlicht werden konnten.

Im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch wird nicht nur die epidemiologische Situation der verschiedenen meldepflichtigen Krankheiten dargestellt, sondern es werden in den Eingangskapiteln krankheitsübergreifend Indikatoren ausgewertet, die Hinweis darauf geben, wie gut das Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) umgesetzt wird (vgl. Kapitel 3). Dazu zählen u. a. die Vollständigkeit der Angaben bei einzelnen erfassten Variablen und die Zeitnähe der Erfassung. Die regelmäßige Evaluation des Meldesystems ist wichtig, um die Daten besser interpretieren zu können und das System kontinuierlich zu verbessern.<sup>1</sup>

### Vollständigkeit

Die Vollständigkeit der Daten im Meldesystem gibt wichtige Hinweise auf die Datenqualität. Im Meldesystem werden verschiedene Angaben zu den Einzelfallmeldungen erhoben, die die Gesundheitsämter in die Lage versetzen sollen, weitere Ermittlungen bei den betroffenen Personen durchzuführen und die nötigen Infektionsschutzmaßnahmen anzuordnen. Die gemeldeten und von den Gesundheitsämtern ermittelten Informationen werden in eine Melde- und Übermittlungssoftware eingegeben und in pseudonymisierter Form an die zuständigen Landesbehörden und von dort an das RKI übermittelt. Die übermittelten Angaben werden epidemiologisch ausgewertet und durch das RKI veröffentlicht. Dabei werden einige Informationen für alle Einzelfälle erhoben, wie z. B. Alter, Geschlecht, Hospitalisierung, Tod und Zugehörigkeit der einzelnen Fälle zu Ausbrüchen. Andere Informationen, wie Symptome, Impfstatus, Labormaterial und -methode, werden entsprechend den Erregereigenschaften und der Falldefinitionskategorie nur für einen Teil der Fälle angegeben.

Die Vollständigkeit der Datensätze hängt auch davon ab, wie vollständig die Angaben auf den Meldebögen durch die Ärzte und Labore sind und inwieweit die notwendigen Informationen den Gesundheitsämtern bei der Ermittlung zur Verfügung gestellt werden. So sind die Angaben zu Alter und Geschlecht bei nahezu 100 % der Fälle vorhanden. Auch die Angaben, die zur Erfüllung der Falldefinition erforderlich sind, wie die Verfügbarkeit von klinischen Informationen und Laborangaben, sind bei über 98 % vollständig. Angaben, die teilweise von den Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern ermittelt werden müssen, z. B. zur

Diese Woche 49/2018

[Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen](#)

[Bitte um Einsendung von Clostridium-difficile-Proben](#)

[Cluster von reiseassoziiertes Legionellose auf Mallorca](#)

[Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen September 2018](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 46. Woche 2018](#)

[Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 48. KW 2018](#)



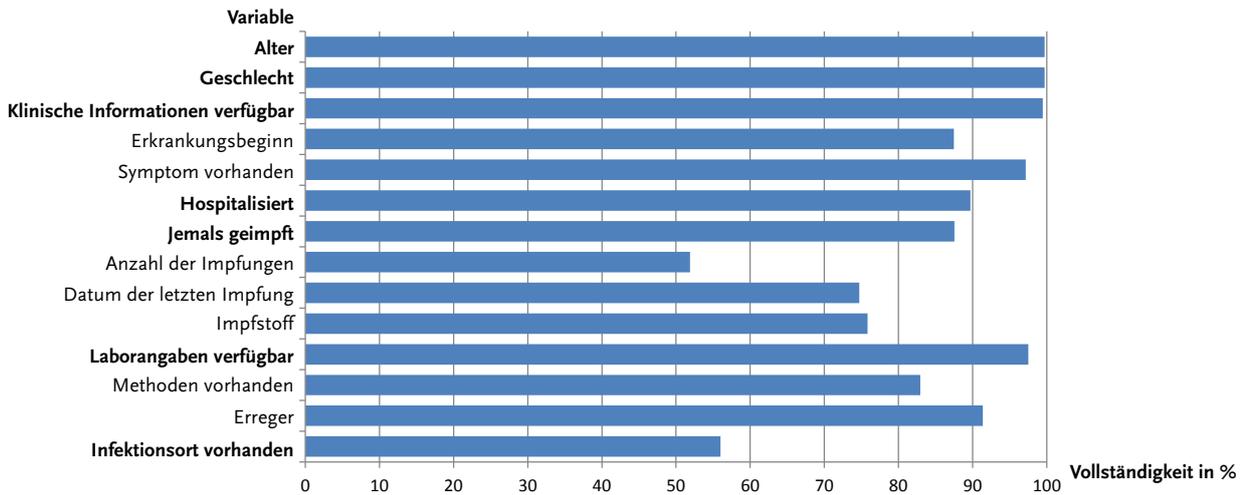


Abb. 1: Vollständigkeit der übermittelten Angaben zu ausgewählten Variablen, Deutschland, 2017

Bewertung des Impfstatus oder Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsort, liegen dagegen nur in 88 % bzw. 56 % der Fälle vor. Auch bei den Übermittlungskategorien, bei denen lediglich der Erregernachweis durch das diagnostizierende Labor meldepflichtig ist und alle zusätzlichen klinischen und epidemiologischen Informationen durch die Gesundheitsämter ermittelt werden müssen, z. B. invasive MRSA-Infektionen, werden ähnlich hohe Vollständigkeiten erreicht (s. Abb. 1).<sup>2</sup>

**Zeitnähe**

Wie zeitnah die Meldedaten zur Verfügung stehen, hat entscheidenden Einfluss auf ihren Nutzen für den Infektionsschutz, da sich gerade die epidemiologische Situation von Infektionskrankheiten kurzfristig ändern kann und frühzeitige Interventionen notwendig werden können. Nicht nur die Gesundheitsämter, sondern auch die zuständigen Landesbehörden und das RKI sind auf frühzeitige Informationen zur epidemiologischen Lage angewiesen, denn vielfach haben z. B. Krankheitsausbrüche Auswirkungen über die Grenzen von Bundesländern und Staaten hinaus. Zum Teil können Ausbrüche erst durch die bundesweite Zusammenführung von Meldedaten erkannt werden, weil sich die einzelnen Fälle über mehrere Kreise so verteilen, dass dort diese Häufung gar nicht wahrgenommen werden kann.

Die Meldungen durch Ärzte oder Labore müssen innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Gesundheitsamt vorliegen. Die gemeldeten Erkrankungen und Erregernachweise, die die Falldefinition erfüllen, müssen vom Gesundheitsamt spätestens am folgenden Arbeitstag an die zuständige Landesbehörde sowie von dort

spätestens am folgenden Arbeitstag an das RKI übermittelt werden. Diese Fristen wurden im Jahr 2013 durch das „Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV-Durchführungsgesetz)“ angepasst und haben zu einer deutlichen Verbesserung der Zeitnähe geführt.<sup>3</sup>

**Verzug auf dem Melde- und Übermittlungsweg**

Die erste Verzögerung betrifft die Zeitspanne vom Erkrankungsdatum (Erkrankungsbeginn) bis zum Diagnosedatum. Sie hängt von Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung, vom Verhalten des Erkrankten und von der Art der Diagnosestellung ab und lässt sich demgemäß nur schwer beeinflussen. Vom Beginn der Erkrankung bis zum Diagnosedatum betrug die Verzögerung im Jahr 2017 im Median 4 Tage. Bei den mittleren 50 % der Fälle, also jenen zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil, vergingen zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnosestellung 2–7 Tage.

Der Verzug auf dem Meldeweg, definiert als Zeitraum zwischen Diagnosedatum und Meldedatum, sollte gemäß § 9 Abs. 3 IfSG 24 Stunden nicht überschreiten. Der Median lag wie auch im Vorjahr bei 1 Tag (25. bis 75. Perzentil 0–3 Tage). Weitere Verzögerungen können durch die Bearbeitung im Gesundheitsamt (Zeitraum zwischen Meldedatum und Falleingabedatum im Gesundheitsamt) verursacht werden. Im Median belief sich der Verzug auf 0 Tage (25. bis 75. Perzentil 0–1 Tag). Der Verzug auf dem Übermittlungsweg (Zeitraum zwischen dem Falleingabedatum und Eingangsdatum am RKI) betrug im Median 1 Tag (25. bis 75. Perzentil 0–1 Tag).

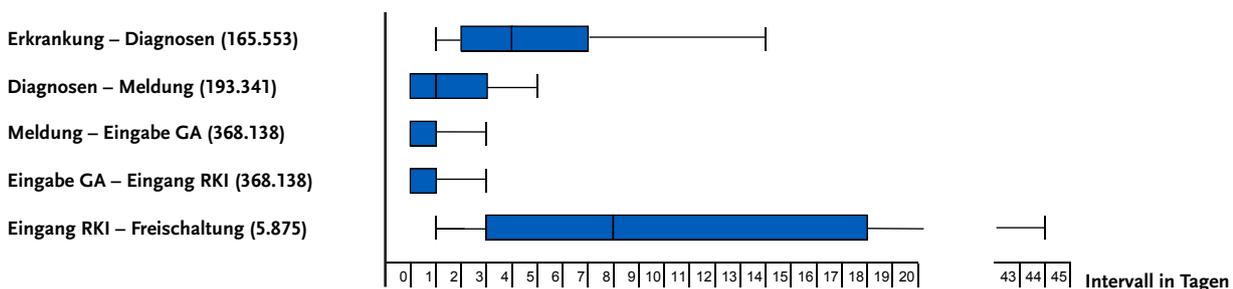


Abb. 2: Melde- und Übermittlungsverzug der namentlich meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweise, Deutschland, 2017 (Anzahl der ausgewerteten Fälle in Klammern)

Eine weitere Verzögerung kann sich durch die Datenaufbereitung und Qualitätskontrolle, die der bundesweiten wöchentlichen Veröffentlichung der Daten vorangeht, ergeben (Zeitraum zwischen Eingangsdatum am RKI und Freischaltungsdatum). Fälle, die einer Einzelfallkontrolle unterliegen, werden mit größerem Verzug veröffentlicht. Der Median lag bei 8 Tagen (25. bis 75. Perzentil 3–18 Tage). Der Verzug der Freischaltung kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Dazu zählen z. B. die Dauer der initialen Qualitätsprüfung am RKI, die Komplexität einzelner Fälle, die aufgrund der Qualitätskontrolle zunächst zurückgehalten werden und erst nach Korrektur durch das zuständige Gesundheitsamt zur Veröffentlichung freigegeben werden, sowie technische Schwierigkeiten auf der Ebene der Gesundheitsämter, die dazu führen können, dass die geforderten Korrekturen in Einzelfällen mehrere Wochen dauern (s. Abb. 2, S. 536).

#### Literatur

1. Krause G: From evaluation to continuous quality assurance of surveillance systems. *Euro Surveill* 2006 Nov;11(11):3–4. doi: 10.2807/esm.11.11.00657-en
2. Schönfeld V, Diercke M, Gilsdorf A, Eckmanns T, Walter J: Evaluation of the statutory surveillance system for invasive MRSA infections in Germany, 2016–2017. *BMC Public Health* 2018 Aug 24;18(1):1063. doi: 10.1186/s12889-018-5971-y
3. Schumacher J, Diercke M, Salmon M, Czogiel I, Schumacher D, Claus H, Gilsdorf A: Timeliness in the German surveillance system for infectious diseases: Amendment of the infection protection act in 2013 decreased local reporting time to 1 day. *PLoS One* 2017; 12(10): e0187037. Published online 2017 Oct 31. doi: 10.1371/journal.pone.0187037

■ Michaela Diercke  
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie | Team Meldewesen (Teamleiter/-in) | FG 32 Surveillance  
Korrespondenz: [DierckeM@rki.de](mailto:DierckeM@rki.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:  
Diercke M: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen. *Epid Bull* 2018;49:535–537 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-058.1

#### Bitte um Einsendung von Clostridium-difficile-Proben

Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für *Clostridium (C.) difficile* bittet um Einsendungen von Proben von Patienten mit einem schweren klinischen Verlauf einer *C.-difficile*-Infektion. Es können sowohl Stuhl als auch isolierte *C.-difficile*-Stämme eingesendet werden.

Ziel ist es eine repräsentative, bundesweite, molekulare Surveillance für die schwer verlaufenden Infektionen aufzubauen. Das NRZ typisiert die Stämme kostenfrei. Wir bitten die Gesundheitsämter bei gemeldeten *Clostridium-difficile*-Erkrankungen mit schwerem Verlauf, die Labore zu veranlassen, eine entsprechende Probe an das NRZ zu schicken und

den Fragenbogen auf unserer Internetseite auszufüllen ([www.uk.s. eu/clostridium](http://www.uk.s. eu/clostridium)). Darüber hinaus werden Untersuchungen von Proben bei Ausbruchuntersuchungen kostenfrei durchgeführt. Sehr gerne beraten wir Sie auch zu klinischen, hygienischen und wissenschaftlichen Fragestellungen rund um *C. difficile*.

Nationales Referenzzentrum für *Clostridium difficile*  
Universitätsklinikum des Saarlandes  
Postanschrift (Labor):  
Kirrberger Straße //Gebäude 43 | 66424 Homburg/Saar

#### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: September 2018 (Datenstand: 1. Dezember 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.		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	Sep.	Jan.–Sep.		Sep.	Jan.–Sep.		Sep.	Jan.–Sep.		Sep.	Jan.–Sep.		Sep.	Jan.–Sep.	
Baden-Württemberg	53	521	529	22	264	281	17	97	87	3	27	21	0	0	0
Bayern	70	701	772	20	306	408	15	100	141	1	24	18	0	0	1
Berlin	97	891	1.056	19	268	297	10	55	54	0	4	5	0	0	0
Brandenburg	7	94	85	2	47	49	2	9	18	0	0	1	0	0	0
Bremen	10	49	29	7	37	24	2	11	18	0	2	1	0	0	0
Hamburg	26	348	317	12	98	136	12	64	59	0	6	1	0	0	0
Hessen	42	420	336	14	130	171	9	55	66	0	8	10	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	62	73	1	40	37	0	2	8	0	1	1	0	0	0
Niedersachsen	47	336	378	15	156	166	4	43	47	1	15	6	0	0	3
Nordrhein-Westfalen	134	1.288	1.409	57	441	507	29	174	182	0	12	24	0	0	0
Rheinland-Pfalz	28	206	186	6	63	102	3	27	22	0	5	7	0	0	1
Saarland	6	56	44	1	20	26	0	2	5	0	0	3	0	0	0
Sachsen	20	194	228	13	92	87	0	11	19	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	7	91	101	7	38	43	0	7	17	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	10	125	107	5	34	30	0	16	15	0	3	1	0	0	0
Thüringen	5	67	77	0	20	26	0	5	10	0	2	3	0	0	1
<b>Deutschland</b>	<b>565</b>	<b>5.449</b>	<b>5.727</b>	<b>201</b>	<b>2.054</b>	<b>2.390</b>	<b>103</b>	<b>678</b>	<b>768</b>	<b>5</b>	<b>109</b>	<b>102</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 46. Woche 2018 (Datenstand: 6. Dezember 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	106	5.727	5.964	8	241	180	37	1.463	1.207	3	69	32
Bayern	176	7.608	7.804	4	296	275	38	1.746	2.134	5	77	73
Berlin	72	2.526	2.323	2	95	116	9	455	464	8	143	54
Brandenburg	46	1.940	1.829	2	80	51	9	390	366	0	14	13
Bremen	13	459	450	1	10	8	1	77	60	0	2	2
Hamburg	46	1.549	1.549	1	48	43	6	293	293	0	48	46
Hessen	95	4.244	3.997	1	53	50	10	723	737	1	59	31
Mecklenburg-Vorpommern	37	1.744	1.785	1	36	48	7	304	349	0	4	3
Niedersachsen	83	5.231	5.174	3	238	229	17	1.085	1.331	0	18	7
Nordrhein-Westfalen	292	14.808	17.576	9	310	298	57	2.408	2.511	1	48	42
Rheinland-Pfalz	61	3.768	3.434	5	135	107	12	835	614	2	29	19
Saarland	21	1.172	1.142	0	10	7	16	172	109	0	2	4
Sachsen	98	4.864	4.449	8	187	136	24	822	1.100	1	67	26
Sachsen-Anhalt	36	1.584	1.521	3	105	122	12	486	501	0	2	10
Schleswig-Holstein	49	2.204	2.143	2	78	74	1	326	385	0	9	10
Thüringen	57	1.992	1.868	2	68	48	8	554	703	0	11	13
<b>Deutschland</b>	<b>1.289</b>	<b>61.426</b>	<b>63.018</b>	<b>52</b>	<b>1.990</b>	<b>1.793</b>	<b>265</b>	<b>12.141</b>	<b>12.866</b>	<b>21</b>	<b>602</b>	<b>385</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	0	79	85	101	4.075	4.922	11	862	2.284	10	291	335	0	96	76
Bayern	3	258	281	166	7.370	6.524	22	1.675	4.308	9	519	515	2	142	155
Berlin	2	90	66	78	3.173	2.935	10	1.077	1.941	13	418	382	1	100	130
Brandenburg	1	99	90	129	3.107	2.617	13	1.264	2.837	2	68	98	3	59	85
Bremen	0	4	16	4	401	185	0	92	218	0	21	19	0	11	7
Hamburg	1	31	56	44	1.477	1.377	2	676	1.277	1	143	115	0	63	69
Hessen	4	173	141	54	2.896	2.782	5	758	1.934	4	184	197	0	81	101
Mecklenburg-Vorpommern	2	68	62	126	3.063	2.281	11	1.034	2.035	1	78	87	2	115	132
Niedersachsen	2	169	184	112	4.770	3.596	13	1.255	2.714	7	149	163	5	118	95
Nordrhein-Westfalen	10	361	395	314	11.834	12.775	35	2.754	5.398	12	483	509	12	428	321
Rheinland-Pfalz	2	116	101	82	3.347	3.966	22	574	1.175	1	112	103	1	66	33
Saarland	0	15	16	29	837	1.189	1	139	405	1	22	15	0	9	4
Sachsen	18	339	326	225	6.518	5.379	31	4.855	4.402	7	240	242	7	179	129
Sachsen-Anhalt	3	113	166	200	4.143	3.454	11	1.623	2.074	2	76	85	0	95	182
Schleswig-Holstein	0	33	58	44	1.849	1.260	6	722	1.044	1	61	59	1	23	28
Thüringen	3	181	218	194	3.811	3.113	12	2.640	2.753	2	60	45	0	58	28
<b>Deutschland</b>	<b>51</b>	<b>2.129</b>	<b>2.261</b>	<b>1.902</b>	<b>62.681</b>	<b>58.362</b>	<b>205</b>	<b>22.002</b>	<b>36.810</b>	<b>73</b>	<b>2.925</b>	<b>2.969</b>	<b>34</b>	<b>1.643</b>	<b>1.577</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 sind und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)), **2. Kumulativwerte im laufenden Meldejahr**, **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 46. Woche 2018 (Datenstand: 6. Dezember 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
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	0	67	63	29	704	402	17	842	642	3	38	33	7	599	622
Bayern	5	95	133	25	1.177	825	17	985	842	0	37	45	16	727	731
Berlin	2	81	158	4	194	153	7	263	269	0	17	18	3	352	372
Brandenburg	1	32	35	1	69	66	0	76	61	0	8	9	2	145	151
Bremen	0	7	8	2	30	10	3	43	11	0	1	4	1	45	42
Hamburg	1	23	37	2	59	64	0	121	133	0	13	2	3	158	205
Hessen	1	100	106	6	388	331	9	455	358	0	17	16	7	546	504
Mecklenburg-Vorpommern	3	21	19	1	23	34	2	40	42	0	4	4	0	75	78
Niedersachsen	1	68	58	4	146	106	11	403	270	0	15	23	8	370	299
Nordrhein-Westfalen	7	269	325	15	538	377	32	1.190	850	1	64	47	19	1.078	1.067
Rheinland-Pfalz	4	40	41	4	328	215	3	218	171	0	18	18	5	194	223
Saarland	0	13	25	1	24	21	1	27	29	0	3	2	0	38	45
Sachsen	0	23	29	4	206	248	3	174	184	0	15	8	1	141	193
Sachsen-Anhalt	2	21	19	0	49	72	2	74	73	0	8	6	3	148	117
Schleswig-Holstein	2	32	18	3	112	98	4	205	198	0	10	8	3	121	121
Thüringen	0	17	12	1	16	9	2	66	66	0	6	5	5	91	99
<b>Deutschland</b>	<b>29</b>	<b>909</b>	<b>1.086</b>	<b>102</b>	<b>4.064</b>	<b>3.032</b>	<b>113</b>	<b>5.182</b>	<b>4.200</b>	<b>4</b>	<b>274</b>	<b>248</b>	<b>83</b>	<b>4.829</b>	<b>4.869</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	0	86	46	2	45	45	0	0	0	29	928	1.299	90	3.165	2.720
Bayern	0	102	46	0	125	108	0	2	0	49	2.437	3.046	127	3.772	4.556
Berlin	0	29	68	1	11	29	0	0	0	6	456	647	27	1.087	1.371
Brandenburg	0	12	8	0	4	14	0	0	0	13	491	764	3	327	559
Bremen	0	2	3	0	5	3	0	0	0	1	73	92	2	220	341
Hamburg	0	14	8	1	11	15	0	0	1	6	319	549	4	371	383
Hessen	0	24	76	1	41	72	0	0	0	7	690	842	25	893	957
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	6	7	0	0	0	3	234	557	4	131	142
Niedersachsen	1	18	14	1	44	51	0	0	1	5	617	764	31	1.189	1.203
Nordrhein-Westfalen	0	209	520	1	90	151	0	7	5	41	1.984	3.110	72	3.113	3.811
Rheinland-Pfalz	0	9	21	0	27	34	0	0	5	9	484	718	14	578	597
Saarland	0	0	2	1	7	4	0	0	0	1	113	171	0	89	91
Sachsen	0	6	69	0	7	12	0	1	1	18	719	779	35	1.484	1.352
Sachsen-Anhalt	0	9	9	1	7	14	0	0	0	7	785	611	1	276	332
Schleswig-Holstein	0	5	10	0	24	20	0	2	0	10	374	385	11	561	681
Thüringen	0	1	6	0	6	7	0	0	5	8	705	677	18	359	380
<b>Deutschland</b>	<b>1</b>	<b>527</b>	<b>907</b>	<b>9</b>	<b>460</b>	<b>586</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>213</b>	<b>11.411</b>	<b>15.016</b>	<b>464</b>	<b>17.619</b>	<b>19.479</b>

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

**Allgemeiner Hinweis:** LK Teltow-Fläming und das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwenden veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

46. Woche 2018 (Datenstand: 6. Dezember 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	46. Woche	1.–46. Woche	1.–46. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	20	620	606	717
Brucellose	0	28	38	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	10	32	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	46	2.512	2.481	2.809
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	52	73	76
Denguefieber	15	492	579	635
FSME	4	559	464	486
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	65	94	97
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	10	737	695	811
Hantavirus-Erkrankung	4	174	1.689	1.731
Hepatitis D	4	45	26	36
Hepatitis E	63	3.034	2.591	2.951
Influenza	70	272.096	94.251	96.000
Legionellose	23	1.278	1.145	1.282
Leptospirose	0	108	116	129
Listeriose	17	629	694	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	37	2.133	2.521	2.808
Ornithose	0	7	11	11
Paratyphus	1	25	38	44
Q-Fieber	1	81	98	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	1	34	49	52
Typhus abdominalis	0	51	72	78

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**Cluster von reiseassoziiertes Legionellose auf Mallorca**

Am 22. November 2018 wurde von ELDSNet – dem Europäischen Netzwerk für reiseassoziiertes Legionellose am ECDC in Stockholm – die Meldung einer sich schnell entwickelnden Häufung (*rapidly evolving Cluster*) im Zusammenhang mit einem Hotelaufenthalt in Cala Ratjada, Mallorca/ Spanien, herausgegeben.

Drei der fünf mit dem Cluster assoziierten Fälle (ein Deutscher und zwei Spanier) waren im November innerhalb von nur zwei Wochen erkrankt.

Die zuständigen spanischen Gesundheitsbehörden wurden bereits über die aktuelle Häufung in Kenntnis gesetzt, damit vor Ort entsprechende Untersuchungen und Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden können. Ebenso wurden Reiseveranstalter von ELDSNet über das gehäufte Auftreten von Erkrankungsfällen im Zusammenhang mit der betreffenden Unterkunft informiert. Aus Deutschland sind uns gegenwärtig keine weiteren Fälle im Zusammenhang mit der derzeitigen Häufung bekannt geworden.

Das Robert Koch-Institut (RKI) bittet bei Fällen von Legionärskrankheit – wie auch sonst immer – eine Reiseanamnese für die 2–10 Tage vor Erkrankungsbeginn (wahrscheinlicher Infektionszeitraum) zu erheben. Sollten in diesem Zusammenhang weitere Fälle bekannt werden, die nach einem Aufenthalt in Cala Ratjada, Mallorca erkrankten, bitten wir, diese – wie auch alle anderen reiseassoziierten Erkrankungsfälle – auf dem üblichen Meldeweg und mit der Information zu Hotel, Adresse und Aufenthaltsdauer an das RKI zu übermitteln, damit sie an ELDSNet weitergegeben werden können.

Ansprechpartner für Rückfragen sind Dr. Bonita Brodhun (BrodhunB@rki.de) und Dr. Udo Buchholz (BuchholzU@rki.de).

**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 48. Kalenderwoche (KW) 2018****Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage**

Die Aktivität der ARE ist in der 48. KW 2018 in fast allen Bundesländern gestiegen, die Werte des Praxisindex lagen in der 48. KW insgesamt im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind im Vergleich zur Vorwoche insgesamt gestiegen.

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

Alle 47 Länder und Regionen, die für die 47. KW 2018 Daten an TESSy sandten, berichteten über eine niedrige Influenza-Aktivität. Weitere Informationen sowie Karten zur Influenza-Intensität und -Ausbreitung, zum Trend und zum dominierenden Influenztyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: [www.flunewseurope.org/](http://www.flunewseurope.org/).

**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)

► Redaktionsassistentz: 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 (Online) 2569-5266