



Epidemiologisches Bulletin

24. Januar 2019 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welt-Lepra-Tag 2019

Ein Jahr vor dem Ende der globalen Lepra-Strategie 2016–2020: Gelingt der erhoffte Durchbruch?

Der diesjährige Welt-Lepra-Tag wird am 27. Januar 2019 unter dem Motto: „Beendigung von Diskriminierung, Stigmatisierung und Vorurteilen“ begangen. Hoch relevante Themen, denn gemäß der Internationalen Vereinigung der Lepra-Hilfswerke (ILEP; s. www.ilepfederation.org/what-we-do/zero-discrimination/) existieren nach wie vor in 38 Ländern der Welt insgesamt 179 Gesetze, welche strukturelle Diskriminierung und gesellschaftliche Ausgrenzung von an Lepra erkrankten Menschen ermöglichen. Diese Gesetze verstoßen in vielen Bereichen gegen die Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Im folgenden Artikel werden die aktuellen Daten und Herausforderungen der Lepra-Bekämpfung erörtert. Gleichzeitig wird verdeutlicht, warum das Jahr 2018 – geprägt von entscheidenden Impulsen – auch zuversichtlich stimmt, dass langjährige Hürden der Lepra-Kontrolle bewältigt und die Leiden der Betroffenen gemildert werden könnten.

Die globale Lepra-Strategie der WHO

Die globale Lepra-Strategie 2016–2020 der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](http://www.who.int) hat ambitionierte Ziele in der Lepra-Bekämpfung mit den folgenden drei Indikatoren: 1) keine Grad-2-Behinderungen mehr bei neudiagnostizierten Kindern; 2) die Rate an Neuerkrankungen mit Grad-2-Behinderungen muss unter 1 pro 1 Million Einwohner liegen und 3) weltweit keine diskriminierenden Gesetze mehr gegenüber Lepra-Betroffenen.¹

Wo stehen wir nun aktuell im Vergleich zum ersten Jahr der Lepra-Strategie? Im Jahr 2017 wurden aus insgesamt 150 Ländern **210.671 Menschen neu mit Lepra diagnostiziert**. Dies entspricht lediglich einer moderaten Abnahme von 3,4 % (7.513 Patienten) gegenüber 2016 und ist im Wesentlichen auf einen Rückgang an Neudiagnostizierten aus Südostasien (insbesondere Indien mit 9.321 weniger Fällen) zurückzuführen.² Abbildung 1 zeigt, dass sich die Zahl an Lepra-Neuerkrankungen in den letzten 10 Jahren kaum verändert hat.²

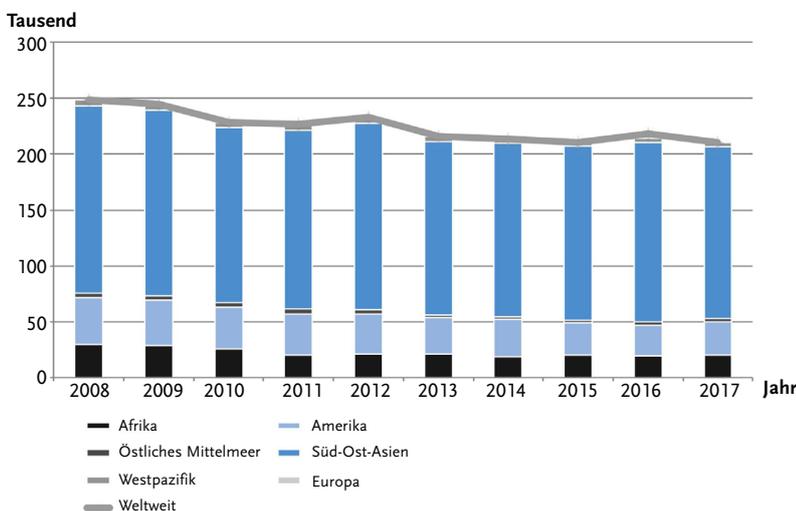


Abb. 1: Trend der Lepra-Neuerkrankungen nach WHO-Regionen, 2008–2017 (modifiziert aus WHO)²

Diese Woche 4/2019

Welt-Lepra-Tag 2019
Ein Jahr vor dem Ende der globalen Lepra-Strategie 2016–2020: Gelingt der erhoffte Durchbruch?

Beginn der Lassafieber-Hochsaison in Nigeria und einigen Nachbarländern

Hinweis auf Veranstaltungen

Errata

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
1. Woche 2018

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 3. KW 2019



Nahezu alle Lepra-Neuerkrankungen im Jahr 2017 (95%) stammen aus 22 Ländern des „globalen Südens“ und werden von der WHO in der Bekämpfung priorisiert. Die meisten neu an Lepra erkrankten Personen wurden aus Indien (126.164), Brasilien (26.875) und Indonesien (15.910) gemeldet – Länder, die bezüglich des Indexes der menschlichen Entwicklung der Vereinten Nationen (*Human Development Index* – HDI) auf den Positionen 130, 79 und 116 von insgesamt 189 rangieren.^{2,3} Lepra ist dafür bekannt, eine armutsassoziierte Krankheit zu sein. Mit Blick auf den HDI zeigt sich, dass der durchschnittliche Fortschritt und die Entwicklung eines Landes nicht notwendigerweise auch den Ärmsten der Bevölkerung zugutekommen.

Unterbrechungen von Lepra-Transmissionen im Fokus

Nach wie vor befinden sich viele Kinder unter den Neuerkrankten – im Jahr 2017 waren es 16.979 – somit betraf **jede 12. Neudiagnose ein Kind.**² Dies entspricht nur einer geringen Abnahme gegenüber dem Jahr 2016. Neuinfektionen bei Kindern sind ein Indikator dafür, dass vor kurzem Transmissionsereignisse stattgefunden haben. Es wird deutlich, dass eine frühzeitige Fallfindung und eine effektive Therapie, welche wichtige Eckpfeiler der globalen Lepra-Strategie darstellen, zur Zeit nicht in vollem Umfang zur Transmissionsunterbrechung genutzt werden.⁴

Die Hauptursache für anhaltende Transmissionen wird der langen Latenzphase der Lepra zugeschrieben, denn diese erlaubt eine Übertragung der Infektion bereits vor einer klinischen Manifestation (sogenannte *silent transmitters*).⁵ Das **Fehlen subklinischer diagnostischer Tests**, durch die bereits eine Lepra-Infektion und nicht erst die -Erkrankung nachgewiesen werden könnte, kommt hier erschwerend zum Tragen. Derzeit befinden sich serologische sowie PCR- und T-Zell-basierte Methoden in fortgeschrittenen Forschungsstadien⁶ – eine zukünftige Anwendung würde es ermöglichen, die anvisierte Transmissionsreduktion von *Mycobacterium leprae* bestätigen/nachweisen zu können. Gleichzeitig könnte eine Therapie gemäß des Infektionsstadiums eingeleitet und somit ein Ausbruch der Krankheit vermieden werden. Einen entscheidenden Beitrag zur fortbestehenden Übertragung bildet aber auch die **späte Fallfindung** von bereits an Lepra erkrankten Patienten aufgrund von ineffizienten Gesundheitssystemen und verlorengangenen Wissen der Diagnose. Ein weiterer Grund für anhaltende Übertragungen findet sich im **zoonotischen Wirtsreservoir** des Lepra-Bakteriums (s. u.), durch das der Infektionsherd auch unabhängig von einer effektiven Behandlung beim Menschen aufrechterhalten wird.⁵

Rate an Neuerkrankungen mit Grad-2-Behinderungen senken

Die Rate an Neudiagnostizierten mit Grad-2-Behinderungen lag im Jahr 2017 bei 1,6 pro 1 Million Einwohner. Ein Erfolg im Vergleich zur Rate (2008) von 2,5 pro 1 Million Einwohner vor 10 Jahren, und eine Entwicklung, welche sich seit 2016 fortsetzt.² Ob dieser Trend jedoch aufrechterhalten und fortgeführt werden kann, um das Ziel von

weniger als einem Neudiagnostizierten mit Grad-2-Behinderung pro 1 Million Einwohner bis zum Jahr 2020 zu erreichen, bleibt fraglich.

Eine Einschätzung des Indikators „keine neudiagnostizierten Kinder mit bereits bestehenden Grad-2-Behinderungen“ wird dadurch erschwert, dass viele Länder den Indikator der Grad-2-Behinderung nicht für das Alter disaggregiert an die WHO melden. Bei den 120 meldenden Ländern zeigt sich jedoch, dass Grad-2-Behinderungen bei neuentdeckten betroffenen Kindern noch in 32 Ländern vorkommen, in fünf Ländern gar in hohem Ausmaß – z. B. in Mosambik, wo nahezu 10% aller Neuerkrankten mit Grad-2-Behinderung Kinder sind.²

Stigmatisierung und Diskriminierung verhindern

Anhaltende Lepra-Transmissionen und zu hohe Raten an Grad-2-Behinderungen verdeutlichen den Bedarf an verbesserten, konzertierten Maßnahmen, um die Betroffenen vor dauerhaften Behinderungen zu schützen, die nicht ausschließlich zu einer körperlichen Beeinträchtigung führen: Obwohl die Krankheit seit mehr als drei Jahrzehnten vollständig heilbar ist, durchlebt die Mehrheit der Lepra-Betroffenen **Stigmatisierung und Diskriminierung**. Neben den sichtbaren Deformierungen findet die Stigmatisierung gegenüber Lepra seine Wurzeln meist in sozio-kulturellen Faktoren, die kontextspezifisch sind.⁷ Scham, Schuld und Furcht vor Diskriminierung sind die charakteristischen Empfindungen. Folgen sind psychische Erkrankungen wie Depression und Angstzustände, aber auch verminderte Diagnose-Bereitschaft sowie eine schlechtere Therapie-Adhärenz.⁷

Zur sozialen Diskriminierung kommt die strukturelle Diskriminierung hinzu. Laut der Internationalen Vereinigung der Lepra-Hilfswerke (ILEP) verfügen weltweit 38 Länder über insgesamt **179 diskriminierende Gesetze** gegenüber Lepra-Betroffenen.⁸ In Indien alleine – seit langem das Land mit der höchsten Zahl neudiagnostizierter Lepra-Fälle – existieren 119 Gesetze, die an Lepra erkrankten Menschen die gesellschaftliche Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Wahlrecht, Wohnort, Beschäftigung, Ehevereinbarungen) deutlich erschweren und zu einer sozialen Marginalisierung führen.

Der globale Anteil an neuentdeckten Lepra-Patientinnen betrug 39% im Jahr 2017 und bleibt damit anhaltend niedrig.² Auch diese **Unterrepräsentanz von Frauen** in den Fallzahlen kann ein Ergebnis von struktureller Diskriminierung in Form von erschwerterem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sein.

Ein wichtiger Ansatz ist es, Lepra Betroffene gemeinsam mit ihrem Umfeld (z. B. den Gemeinden) über ihre Rechte und Ansprüche aufzuklären, damit sie für sich selbst einstehen und eine gesellschaftliche Teilhabe einfordern und erreichen (*Empowerment*).⁹

Laut WHO haben im Jahr 2017 insgesamt 47 Länder Fälle von Diskriminierung gemeldet.² Doch das Fehlen von Meldungen kann nicht zwangsläufig gleichgesetzt werden mit der Abwesenheit von Diskriminierung in einem Land, denn es fehlen standardisierte Systeme zur Erfassung sozialer und struktureller Diskriminierung.² Für die Betroffenen kann aber nur dann der notwendige Schutz sowie das ihnen zustehende Recht gewährleistet werden, wenn die Diskriminierung gegenüber Lepra-Betroffenen öffentliche Transparenz erfährt. Gleichmaßen bedarf es validierter Erhebungsmethoden, um die Ausprägung von Stigmatisierung in verschiedenen Kontexten angemessen zu erheben. Hierzu wurden einige wichtige „Stigma-Tools“ (EMIC-AP; WHOQOL-DIS; LISS) im letzten Jahr entwickelt oder in ihrer Anwendbarkeit validiert.^{7,10}

Neue Entwicklungen im Jahr 2018

Eine wegweisende Entwicklung im Jahr 2018 war die Veröffentlichung der **ersten evidenzbasierten WHO-Richtlinien zur Diagnose, Behandlung sowie Prävention von Lepra**.¹¹ Da es bei der Diagnose keine relevanten Entwicklungen zu verzeichnen gibt, basiert die WHO-Empfehlung weiterhin auf dem klinischen Erscheinungsbild von mindestens einem der drei klassischen Kardinalzeichen für Lepra: hypopigmentierte, sensibilitätsgestörte Hautläsionen; verdickte periphere Nerven; mikroskopischer Erregernachweis in Haut, Nasenschleimhaut oder peripheren Nerven.¹² Methoden für einen serologischen oder molekularbiologischen Nachweis einer Infektion mit *M. leprae* sind derzeit noch unzureichend etabliert und stellen laut WHO eine wichtige Forschungspriorität dar.¹¹

Nach WHO-Richtlinien unterscheidet man zwischen der paucibazillären (tuberkuloiden) Lepra (PB) – verläuft langsamer und gutartiger – und der multibazillären (lepromatösen) Lepra (MB) – die schwerste Form der Krankheit.

Bezüglich des **Behandlungsregimes** wird nun empfohlen, die paucibazilläre (PB) Lepra wie die multibazilläre (MB) Lepra mit drei Medikamenten im Rahmen der *Multi-drug-therapy* (MDT) zu behandeln. Der Unterschied in der Dauer der Therapie bleibt bestehen – sechs Monate bei PB und 12 Monate bei MB Lepra. Im Fall von Rifampicin-resistenter Lepra werden alternative Therapieschemata empfohlen.¹¹ Ein Meilenstein in diesen Richtlinien findet sich in der **Prävention** von Lepra. Hier hat die WHO die Empfehlung der Post-Expositions-Prophylaxe (PEP; Chemoprophylaxe) in Form der Einmalgabe des Antibiotikums Rifampicin (*Single Dose Rifampicin*; SDR) für Kontakte von Lepra-Patienten (inklusive Kinder älter als zwei Jahre) aufgenommen. Voraussetzung ist, dass eine bestehende Lepra- und Tuberkulose-Infektion sowie andere Kontraindikationen ausgeschlossen wurden.¹¹ Diese Empfehlung stützt sich auf die Forschungsergebnisse der COLEP-Studie (*contact transmission and chemoprophylaxis in leprosy*) in Bangladesch¹³ und der Interimsresultate der LPEP-Studie (*leprosy post exposure prophylaxis*) in acht Ländern (Brasilien, Kam-

bodscha, Indien, Indonesien, Myanmar, Nepal, Sri Lanka und Tansania)¹⁴.

Die COLEP-Studie hat gezeigt, dass SDR bei Lepra-Kontakten das Risiko einer Lepra-Erkrankung um 57 % nach zwei Jahren reduziert.¹³ Wird SDR in einer Bevölkerung eingesetzt, die mit BCG (Bacille Calmette-Guérin) immunisiert ist, steigt der Schutz auf 80 % nach zwei Jahren. Die Umsetzbarkeit und Akzeptanz dieser Intervention wurde durch die LPEP-Studie gezeigt, bei der um die 123.000 Kontaktpersonen in insgesamt acht Ländern aufgesucht und auf Lepra gescreent wurden.¹⁴ Unter den Kontakten lag die Rate neu identifizierter Lepra-Erkrankungen mit 329 pro 100.000 Kontaktpersonen deutlich über der weltweiten jährlichen Rate (2,77 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2017) und unterstreicht die Notwendigkeit der Untersuchung von Lepra-Kontaktpersonen.^{2,14}

Die Umsetzung von PEP bringt den positiven Effekt der Einführung von aktiver Fallsuche bei Kontaktpersonen mit sich – jedoch sollte dies selbstverständlich ausschließlich nach Einverständniserklärung des Indexpatienten zur Offenlegung der Erkrankung erfolgen.¹¹ Um die Einwilligung des Lepra-Patienten zu begünstigen und ein ethisches Dilemma zu vermeiden, sind anhaltende Aufklärungskampagnen zur Reduktion von Stigmatisierung gegenüber Betroffenen von Lepra dringend erforderlich. In hochendemischen Regionen kann auch eine flächendeckende Chemoprophylaxe (*blanket approach*) zum Schutz der Betroffenen in Betracht gezogen werden.¹¹

Nächste Schritte sollen die routinemäßige Einführung der Chemoprophylaxe von Kontaktpersonen in die nationalen Lepra-Bekämpfungsprogramme sowie die systematische Stärkung der Evidenzgrundlage von PEP beinhalten. Hierbei gilt es auch, bestehende Bedenken wie das potenziell erhöhte Risiko der Resistenzbildung durch SDR, das laut Experteneinschätzung nicht gegeben ist,¹⁵ mittels einer fundierten Datengrundlage zu adressieren.

Einen wichtigen Beitrag dazu wird auch die vierjährige PEP4LEP-Studie (*PEP for leprosy; 2019–2022*) leisten, welche in den Ländern Mosambik, Äthiopien und Tansania durchgeführt wird. Das Ziel besteht darin, drei verschiedene Implementierungsansätze von PEP auf die höchste Effektivität in Bezug auf Kosten und Logistik sowie auf die bestmögliche Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung zu untersuchen. Dieses Projekt wird von der *European & Developing Countries Clinical Trials Partnership* gefördert und ist das erste Forschungsprojekt zu Lepra, das im Rahmen der 2003 veranlassten europäischen Initiative zur Bewältigung der globalen Gesundheitskrise (ko-finanziert durch die *Europäische Union*) unterstützt wird. In diesem Sinne steht PEP4LEP für einen weiteren positiven Impuls im Jahr 2018, denn es stellt nicht nur einen Meilenstein für das Ziel der Transmissionsunterbrechung dar, sondern symbolisiert auch die gesellschaftliche Kenntnisnahme des Problems der Lepra-Erkrankung und die damit ver-

bundene Verfügbarkeit finanzieller Mittel für dessen verbesserte Erforschung.

Ebenfalls zuversichtlich stimmt der vom *Infectious Disease Research Institute* in Seattle entwickelte **Impfstoff LepVax** – ein chimäres Protein, welches erfolgreich in einer klinischen Studie der Phase 1 in den USA getestet wurde.¹⁶ Derzeit finden Vorbereitungen für weitere klinische Studien in betroffenen Ländern statt. Eine positive Validierung der Effektivität von LepVax würde wichtige Weichen für die angestrebte Prä-Expositions-Prophylaxe der Bevölkerung hochendemischer Regionen stellen.

Somit bietet der diesjährige **20. internationale Lepra-Kongress** auf den Philippinen eine wichtige Plattform, um relevante Forschungserkenntnisse sowie Fortschritte und bestehende Schwierigkeiten in der globalen Leprabekämpfung zu diskutieren.

Ein weiterer wichtiger Impuls ist die 2018 initiierte *Global Partnership for Zero Leprosy* – eine Koalition diverser Akteure (ILEP, WHO als Beobachter, *International Association for Integration, Dignity and Economic Advancement*, Novartis-Stiftung, *Sasakawa Memorial Health* Stiftung) sowie Vertretern nationaler Lepra-Programme und der Wissenschaft. Durch eine global abgestimmte Koordination sollen bestehende wie auch neue Kollaborationsnetzwerke gestärkt und dadurch wesentliche Fortschritte erzielt werden. Drei Bereiche stehen dabei im Fokus:

1. Beschleunigung des Forschungsfortschritts bei Diagnostik und Therapie sowie Strategien der Transmissionsunterbrechung;
2. Identifikation von *best-practice*-Maßnahmen durch Zusammenarbeit mit den Lepra-Nationalprogrammen;
3. erhöhte Anwaltschaft und Ressourcen-Mobilisierung für Lepra.

Beendigung der NTD-Epidemien in den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen aufgenommen

Lepra gehört heute zu den **vernachlässigten Tropenerkrankungen** (NTDs – *neglected tropical diseases*), einem gesundheitspolitischen Überbegriff für armutsassoziierte, Stigma-behaftete Gesundheitsprobleme des „globalen Südens“, denen traditionell zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde.¹⁷ Durch effiziente Öffentlichkeitsarbeit und unermüdliche Interessenvertretung ist es der tropenmedizinischen Gemeinschaft im letzten Jahrzehnt gelungen, Lepra zusammen mit anderen NTDs ins Rampenlicht der internationalen Gesundheitspolitik zu bringen. Als bezeichnend für die gesteigerte Aufmerksamkeit, die den NTDs und damit auch der Lepra mittlerweile geschenkt wird, ist zweifelsohne die 2012 ausgerufene Londoner Deklaration (*London Declaration on Neglected Tropical Diseases*) anzusehen. Die Londoner Deklaration wurde von einer bis dato beispiellos breiten Allianz relevanter Akteure aus dem gesundheitspolitischen und akademischen Bereich sowie dem Pharmasektor unterstützt und setzte in einem detaillierten Plan (*Roadmap*) konkrete epidemiologische

Meilensteine und Umsetzungsziele für die Bekämpfung der NTDs in den kommenden acht Jahren fest. Konkret wurde im Fall der Lepra die globale Elimination (definiert als die registrierte Prävalenz von weniger als 1 Lepra-Fall pro 10.000 Einwohner) für das Jahr 2020 anvisiert.^{18,19} Die durch die Londoner Deklaration mobilisierten Ressourcen und das erweckte Interesse der Weltgemeinschaft trugen unumstritten zur Aufnahme des Zieles der Beendigung der NTD-Epidemien in den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen (*Sustainable Development Goals / SDGs*) bei.

Dies scheint das Potenzial zu haben, den globalen gesundheitspolitischen Kontext an vielen Stellen zu revolutionieren und hat erhebliche positive Wirkungen für die Stärkung der Gesundheitssysteme in endemischen Ländern. Integrative, synergistische und intersektorale Ansätze wie zum Beispiel die strategischen Partnerschaften zwischen dem *Water-Sanitation-Hygiene* (WASH) und dem NTD-Sektor²⁰ sowie innovative symptombezogene Behandlungskonzepte, wie das neulich von der WHO eingeführte Konzept der Haut-NTDs (*skin NTDs*), werden im Rahmen der Bestrebungen für die Elimination bzw. Eradikation der NTDs immer häufiger entwickelt und angewendet.²¹ Hervorzuheben sei in diesem Kontext die Übertragung von im Lepra-Bereich etablierten Praktiken – Erfassung und Bekämpfung von Stigma, Rehabilitation und Befähigung von Patienten (*Empowerment*) – auf andere NTDs und armutsassoziierte Krankheiten.^{6,22} Diese NTD-bezogenen Entwicklungen könnten äußerst förderlich für das Erreichen eines anderen prominenten SDG-Zieles sein, nämlich das der *Universal Health Coverage*. Darunter versteht man den freien Zugang zu umfassender Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung ohne die Gefahr des finanziellen Ruins für betroffene Familien. Unter diesen Aspekten scheint die Bekämpfung der Lepra an gesundheitspolitischer Bedeutung zu gewinnen.

Ausblick

Trotz dieser erfreulichen Entwicklungen ist, wie die epidemiologischen Daten zeigen, das Erreichen einer baldigen Elimination der Lepra eher mit Skepsis zu betrachten. Mangels geeigneter Maßnahmen zur Transmissionsunterbrechung sowie der Verfügbarkeit einer einsatzbereiten Impfung stellen die frühzeitige Fallfindung und Behandlung mittels MDT derzeit die effektivsten Eliminationsmaßnahmen dar. Allerdings werden in letzter Zeit immer häufiger Resistenzen gegenüber der herkömmlichen MDT aus mehreren Endemie-Gebieten gemeldet – eine Tatsache, die Eliminationsbestrebungen erheblich beeinträchtigen könnten.^{23,24,25} Darauf reagierend werden in den neuen WHO-Richtlinien zwar alternative Therapieschemata bei Verdacht auf oder bei nachgewiesenen Resistenzen empfohlen, gleichzeitig wird aber eingeräumt, dass die Evidenzbasis für diese Empfehlungen äußerst schwach sei.¹¹

Neuere Erkenntnisse zum **zoonotischen Potenzial** des Erregers scheinen die Epidemiologie und die Transmission der Lepra weiter zu verkomplizieren. In einer Reihe von

vor kurzem veröffentlichten Studien konnte das Vorhandensein eines neuen Tierreservoirs – der Eichhörnchen auf den britischen Inseln belegt werden.^{26,27} Im Gegensatz zum anderen bekanntem Tierreservoir – dem Gürteltier – wurde noch kein Fall von aktiver Transmission vom Eichhörnchen auf den Menschen beobachtet. Doch es gibt erste Hinweise, dass dieser zoonotische Transmissionsweg eventuell bei der Einführung und Ausbreitung der Lepra auf den britischen Inseln während des Mittelalters eine Rolle gespielt haben könnte.²⁸ Diese Komplexität erfordert es, zukünftig vermehrt **One-Health-Ansätze** anzustreben, bei denen Human- und Veterinärmediziner gemeinsam Lösungen für Gesundheitsprobleme wie Lepra entwickeln und implementieren.²⁹

In Anbetracht dieser neuen Erkenntnisse und in Zusammenschau mit den (noch) bestehenden Wissenslücken bezüglich der Transmissionswege, der langen Latenzphase und der noch optimierungsbedürftigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist ein nüchterner Umgang mit dem Zeitpunkt und per se mit dem Ziel der Elimination der Lepra ratsam. Die fehlende Nachhaltigkeit der eher überstürzten Lepra-Eliminationskampagne in den 1990er-Jahren³⁰ sollte zur Vorsicht mahnen: Bei Lepra-Kontrolle und Eliminationsbestrebungen müssen wir uns eher auf einen Ausdauerlauf einstellen – nicht auf einen Sprint.

Literatur

- WHO: Global Leprosy Strategy 2016–2020: Accelerating towards a leprosy-free world. 2016; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/208824>
- WHO: Global leprosy update, 2017: Reducing the disease burden due to leprosy. *Weekly epidemiological record* 2018; 93: 445–456
- UNDP: Human Development Reports. 2018; <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>
- WHO: Global leprosy update, 2016: Accelerating reduction of disease burden. *Weekly epidemiological record* 2017; 35: 501–520
- Saunderson P: Approaches and challenges in the prevention of leprosy. *Ethiopian Medical Journal* 2019, 57: 75–78
- Adiss DG: Evidence, opportunity, ethics, and the allure of zero leprosy. *Leprosy Review* 2018; 89: 90–101
- Govindharaj PS, Darlong J; Mahato B; Acharya P: A new instrument to measure leprosy internalised stigma: the Leprosy Internalised Stigma Scale (LISS). *Leprosy Review* 2018; 89: 242–255
- IILEP: Zero Discrimination: Table of Discriminatory Laws. 2019; <https://www.ilepfederation.org/what-we-do/zero-discrimination/table-of-discriminatory-laws/>
- Marahatta SB, Amatya R, Adhikari S, Giri D, Lama S, Kaehler N, Rijal KR, Marahatta S, Adhikari B: Perceived stigma of leprosy among community members and health care providers in Lalitpur district of Nepal: A qualitative study. *PLoS One* 2018; 13: e0209676
- De Korte RTV, Pongtiku A, Rantetampang AL, Van Brakel WH: Neglected tropical diseases (NTD) morbidity and disability toolkit validation: A cross-sectional validation study of the EMIC-AP stigma scale for affected persons and the WHOQOL-DIS scale in Papua, Indonesia. *Leprosy Review* 2018; 89: 219–230
- WHO: Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Leprosy. 2018; <http://nlep.nic.in/pdf/WHO%20Guidelines%20for%20leprosy.pdf>
- Ustianowski AP, Lockwood DN: Leprosy: current diagnostic and treatment approaches. *Curr Opin Infect Dis* 2003; 16: 421–427
- Moet FJ, Pahan D, Oskam L, Richardus JH, Group CS: Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 761–764
- Steinmann PCA, Aerts A, Anand S, Arif M, Sao Ay S, Aye TM et al.: The Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: update and interim analysis. *Leprosy Review* 2018; 89: 102–116
- Mieras L, Anthony R, Van Brakel W, Bratschi MW, Van Den Broek J et al.: Negligible risk of inducing resistance in *Mycobacterium tuberculosis* with single-dose rifampicin as post-exposure prophylaxis for leprosy. *Infect Dis Poverty* 2016; 5: 46
- Duthie MS, Pena MT, Ebenezer GJ, Gillis TP et al.: Erratum: Author Correction: LepVax, a defined subunit vaccine that provides effective pre-exposure and post-exposure prophylaxis of *M. leprae* infection. *NPJ Vaccines* 2018; 3: 18
- WHO: Neglected tropical diseases. 2019; <https://www.who.int/neglected-diseases/diseases/en/>
- London Declaration: United to Combat NTDs: London Declaration on Neglected Tropical Diseases. 2017; https://unitingtocombatntds.org/wp-content/uploads/2017/11/london_declaration_on_ntds.pdf
- WHO: Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases: A roadmap for implementation. 2012; https://unitingtocombatntds.org/wp-content/uploads/2017/11/who_ntd_roadmap.pdf
- WHO: Water sanitation and hygiene for accelerating and sustaining progress on neglected tropical diseases: A global strategy 2015–2020. 2015; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-and-ntd-strategy/en/
- WHO: Recognizing neglected tropical diseases through changes on the skin: A training guide for front-line health workers. 2018; <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272723/9789241513531-eng.pdf?ua=1>
- Yotsu RR: Integrated Management of Skin NTDs-Lessons Learned from Existing Practice and Field Research. *Trop Med Infect Dis* 2018; 3
- Beltran-Alzate C, Lopez Diaz F, Romero-Montoya M et al.: Leprosy Drug Resistance Surveillance in Colombia: The Experience of a Sentinel Country. *PLoS Negl Trop Dis* 2016; 10: e0005041
- Contreras Mejia Mdel C, Porto Dos Santos M et al.: Identification of primary drug resistance to rifampin in *Mycobacterium leprae* strains from leprosy patients in Amazonas State, Brazil. *J Clin Microbiol* 2014; 52: 4359–4360
- Liu D, Zhang Q, Sun Y, Wang C et al.: Drug resistance in *Mycobacterium leprae* from patients with leprosy in China. *Clin Exp Dermatol* 2015; 40: 908–911
- Meredith A, Del Pozo J, Smith S, Milne E, Stevenson K, McLuckie J: Leprosy in red squirrels in Scotland. *Vet Rec* 2014; 175: 285–286
- Avanzi C, Del-Pozo J, Benjak A, Stevenson K et al.: Red squirrels in the British Isles are infected with leprosy bacilli. *Science* 2016; 354: 744–747
- Inskip S, Taylor GM, Anderson S, Stewart G: Leprosy in pre-Norman Suffolk, UK: biomolecular and geochemical analysis of the woman from Hoxne. *J Med Microbiol* 2017; 66: 1640–1649
- Zinsstag JS, Schelling E, Waltner-Toews D, Whittaker M; Tanner M: One Health: The theory and practise of integrated health approaches. 2015; <https://www.cabi.org/bookshop/book/9781780643410>
- Lockwood DN, Shetty V, Penna GO: Hazards of setting targets to eliminate disease: lessons from the leprosy elimination campaign. *BMJ* 2014; 348: g1136

Die DAHW – Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V. – ist ein medizinisches und soziales Hilfswerk mit Hauptsitz in Würzburg, das in über 20 Ländern des globalen Südens im Bereich Tuberkulose, Lepra, Buruli Ulkus, Schistosomiasis, Chagas und anderer vernachlässigter Tropenerkrankungen sowie im Bereich Behinderung und Inklusion arbeitet.

■ Dr. Saskia Kreibich | Dr. Karl Philipp Puchner | Christine Straub | Dr. Christa Kasang | Dr. Eva-Maria Schwienhorst-Stich
DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.
Korrespondenz: Saskia.Kreibich@DAHW.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Kreibich S, Puchner KP, Straub C, Kasang C, Schweinhorst-Stich EM: Welt-Lepra-Tag 2019: Ein Jahr vor dem Ende der globalen Lepra-Strategie 2016–2020: Gelingt der erhoffte Durchbruch?
Epid Bull 2019;4:29–33 | DOI 10.25646/5852

Informationsstellen und Ansprechpartner zu Fragen rund um Lepra

Internationale Informationsstellen

- ▶ Informationsportal für Lepra: www.leprosy-information.org
- ▶ Informationsportal für *Neglected Tropical Diseases*: www.infontd.org
- ▶ *International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP): <https://www.ilepfederation.org/>
- ▶ *International Leprosy Association* (ILA): www.leprosy-ila.org
- ▶ *Leprosy Research Initiative* (LRI): www.leprosyresearch.org
- ▶ Weltgesundheitsorganisation: www.who.int/lep/en/

Ansprechpartner in Deutschland

- ▶ Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e. V. (DAHV): www.dahw.de
- ▶ Klinikum Würzburg Mitte, Standort Missioklinik, Tropenmedizinische Abteilung: www.kwm-missioklinik.de/fachabteilungen/tropenmedizin
- ▶ Ludwig-Maximilians-Universität München, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin: www.klinikum.uni-muenchen.de/Abteilung-fuer-Infektions-und-Tropenmedizin/de/
- ▶ Nationales Referenzzentrum für tropische Infektionserreger, Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg: www.bnitm.de

- ▶ Nationales Referenzzentrum für Mykobakterien Borstel: <https://fz-borstel.de/>
- ▶ Robert Koch-Institut: www.rki.de/lepra
- ▶ Übersicht über tropenmedizinische Institutionen sowie Fortbildungsveranstaltungen, Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit: www.dtg.org

Netzwerke für *neglected tropical diseases*

- ▶ Deutsches Netzwerk gegen vernachlässigte Tropenkrankheiten: <https://dntds.de/>
- ▶ *The Global Network for Neglected Tropical Diseases*: <https://www.sabin.org/programs/global-network-neglected-tropical-diseases-0>
- ▶ *The Neglected Tropical Disease NGO Network* (NNN): www.ntd-ngonetwork.org
- ▶ *The Uniting to Combat NTDs coalition of private and public sector organizations*: <https://unitingtocombatntds.org>

Beginn der Lassafieber-Hochsaison in Nigeria und einigen Nachbarländern

Durch breiter verfügbare Diagnostik kann die nationale Surveillance den saisonalen Höhepunkt der Lassavirus-Übertragung in Nigeria zum Ende der Trockenzeit (ca. Mitte Dezember bis Ende März) seit einigen Jahren deutlich abbilden. Fälle werden aber das ganze Jahr hindurch registriert.

Auch im Winter 2018/2019 steigen die Fallzahlen seit Dezember an: In der ersten und zweiten Kalenderwoche 2019 wurden respektive 25 und 35 neue Fälle diagnostiziert, ähnlich der Situation Anfang Januar 2018. Am stärksten betroffen sind aktuell die Bundesstaaten Edo, Ondo, Ebonyi und Bauchi. Detailinformationen zum Auftreten labordiagnostisch bestätigter Fälle sind in den Wochenberichten des [Nigerianischen Centre for Disease Control \(NCDC\)](#) einsehbar.¹ Es ist zu beachten, dass eine Lassavirus-Diagnostik nicht überall im Land gleich gut verfügbar ist.

Gemäß verschiedenen Berichten in ProMED sind in den letzten Wochen auch in Togo und Benin Fälle von Lassafieber registriert worden. Lassafieber wird auch in diesen und weiteren Ländern entlang des Golfs von Guinea nachgewiesen oder ist dort mutmaßlich endemisch.

Das Reservoir von Lassavirus sind Nagetiere. Menschen können erkranken, wenn sie mit Ausscheidungen der Nager, auch in Form von Staub, in Berührung kommen (z. B. orale Aufnahme oder Einatmen). Von der Krankheit betroffen sind meist Menschen in landwirtschaftlich geprägten Gebieten. Die Inkubationszeit beträgt zwischen 3 und

21 Tagen. Infektionen können asymptomatisch bleiben oder als unkomplizierte grippeähnliche Fiebererkrankung ablaufen, es gibt aber auch schwere Verläufe bis hin zum klinischen Bild eines hämorrhagischen Fiebers. Im Jahr 2018 verstarben in Nigeria unter den Erkrankten mit Labornachweis 27 %. Da jedoch leichte Erkrankungen eher nicht diagnostiziert werden, stellt dies eine Überschätzung der Gesamtleitfähigkeit dar. Ausgehend insbesondere von schwer erkrankten Patienten oder den Körpern Verstorbener kann es zu einer Mensch-zu-Mensch-Übertragung der Infektion durch Kontakt zu Körperflüssigkeiten kommen. Hiervon sind insbesondere pflegende Angehörige und medizinisches Personal bedroht. Eine Schutzimpfung ist nicht verfügbar.

Vor allem während der Hauptlassafieber-Saison sollte bei aus der Region einreisenden Patienten mit hohem Fieber und ländlichen Expositionen oder engem Kontakt zu Kranken/Verstorbene neben der Malaria auch Lassafieber differenzialdiagnostisch beachtet werden. Reisende in die Region sollten derartige Expositionen meiden bzw. im Krankheitsfall darauf hinweisen. Weitere Informationen zu Lassafieber finden Sie im [RKI-Ratgeber Lassafieber](#).²

Das Robert Koch-Institut führt keine reisemedizinische Beratung durch.

Literatur

1. <https://ncdc.gov.ng/diseases/sitreprs>
2. <https://www.rki.de/lassa>

Hinweis auf Veranstaltungen

6. Nationale Impfkonzferenz

Hamburg und sein Nachbarland Schleswig-Holstein führen die 6. Nationale Impfkonzferenz unter dem Motto „Impfstrategien im Kontext internationaler Herausforderungen“ durch.

Die 6. Nationale Impfkonzferenz wird einige mit der Internationalisierung einhergehende Aspekte des Impfens aufgreifen und beleuchten sowie versuchen, Lösungsansätze zu finden und Verbesserungen aufzuzeigen, ohne die eigenen nationalen Gegebenheiten außer Acht zu lassen. Dafür bietet Sie allen Akteuren des Impfwesens in Deutschland wieder ein Forum zu einem direkten fachlichen Austausch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Gelegenheit sich in Plenarvorträgen und über Poster-Präsentationen zu informieren, aber auch in Arbeitsgruppensitzungen die Möglichkeit Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen einzubringen.

Termin:	23. bis 24. Mai 2019
Veranstaltungsort:	Besenbinderhof Hamburg
Kongressorganisation:	m:con – mannheim:congress GmbH Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim www.mcon-mannheim.de
Registrierung:	Laura Truzzolino Tel.: 0621.4106-371, E-Mail: laura.truzzolino@mcon-mannheim.de
Zertifizierung:	Die Teilnahme wurde von der Ärztekammer Hamburg wie folgt zertifiziert: 23. Mai 2019, 9 Punkte Kat. B 24. Mai 2019, 6 Punkte Kat. B

Die Teilnahmegebühr beinhaltet eine Abendveranstaltung am 23. Mai 2019 und einen Berichtsband, der im Nachgang der Konferenz (voraussichtlich Oktober 2019) zum Download auf der Homepage zur Verfügung steht. Tageskarten sind nicht vorgesehen.

Bitte nehmen Sie Ihre Teilnehmerregistrierung ausschließlich online über die Konferenzhomepage www.nationale-impfkonzferenz.de/anmeldung vor.

Errata

Epidemiologisches Bulletin Ausgabe 50/2018

Ein Textabschnitt auf Seite 561 der Wissenschaftlichen Begründung der STIKO zur Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff wurde gestrichen, da hier fälschlicherweise eine Studie zu einem anderen Impfstoff berücksichtigt wurde. Dies ist an der entsprechenden Stelle der Veröffentlichung gekennzeichnet.

Epidemiologisches Bulletin Ausgaben 47 bis 50/2018

Im *Epidemiologischen Bulletin* der Ausgaben 47, 48, 49 und 50 des Jahrgangs 2018 waren falsche Seitenzahlen vergeben worden. Dies wurde korrigiert. Alle Ausgaben können auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts unter www.rki.de/epidbull aufgerufen werden.

47/2018: Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2017

48/2018: Ein internationales MDR-TB-Cluster bei jungen Geflüchteten vom Horn von Afrika

49/2018: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen; Cluster von reiseassoziiertes Legionellose auf Mallorca

50/2018: Wissenschaftliche Begründung der STIKO zur Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2019 (Datenstand: 23. Januar 2019)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	42	42	87	1	1	4	5	5	20	0	0	1
Bayern	67	67	89	3	3	1	10	10	18	0	0	0
Berlin	15	15	19	1	1	1	4	4	3	0	0	1
Brandenburg	20	20	20	1	1	0	1	1	3	0	0	0
Bremen	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Hamburg	20	20	28	0	0	0	2	2	5	0	0	0
Hessen	33	33	68	0	0	0	7	7	13	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	10	10	17	0	0	1	5	5	9	0	0	0
Niedersachsen	45	45	82	2	2	2	6	6	15	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	176	176	244	3	3	6	21	21	45	0	0	0
Rheinland-Pfalz	46	46	59	0	0	0	6	6	12	0	0	0
Saarland	9	9	21	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	39	39	60	3	3	4	9	9	17	0	0	2
Sachsen-Anhalt	14	14	11	1	1	1	6	6	12	0	0	0
Schleswig-Holstein	26	26	29	0	0	2	5	5	0	0	0	0
Thüringen	16	16	27	0	0	0	7	7	10	0	0	0
Deutschland	579	579	863	16	16	24	94	94	182	0	0	5

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	0	0	0	191	191	120	4	4	14	5	5	5	0	0	0
Bayern	2	2	0	243	243	362	35	35	21	10	10	8	0	0	0
Berlin	1	1	1	78	78	158	31	31	20	4	4	2	1	1	2
Brandenburg	1	1	1	85	85	102	38	38	20	0	0	2	0	0	0
Bremen	0	0	0	7	7	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Hamburg	0	0	1	40	40	63	4	4	2	3	3	2	0	0	1
Hessen	2	2	2	98	98	114	14	14	13	3	3	2	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	71	71	127	9	9	28	1	1	2	2	2	1
Niedersachsen	2	2	1	193	193	219	18	18	6	3	3	2	2	2	1
Nordrhein-Westfalen	6	6	8	620	620	574	45	45	52	6	6	1	2	2	3
Rheinland-Pfalz	1	1	1	184	184	136	7	7	15	0	0	1	0	0	0
Saarland	0	0	0	17	17	74	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	4	4	7	160	160	260	60	60	64	3	3	3	1	1	1
Sachsen-Anhalt	0	0	0	124	124	133	9	9	35	0	0	1	0	0	1
Schleswig-Holstein	0	0	0	72	72	100	11	11	18	0	0	1	0	0	0
Thüringen	1	1	1	100	100	164	25	25	33	2	2	0	0	0	1
Deutschland	20	20	24	2.283	2.283	2.715	310	310	341	40	40	33	8	8	12

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), **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

1. Woche 2019 (Datenstand: 23. Januar 2019)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	1	1	0	8	8	9	8	8	4	1	1	0	3	3	8
Bayern	1	1	2	6	6	19	11	11	15	0	0	3	5	5	7
Berlin	2	2	3	1	1	1	4	4	6	0	0	0	6	6	6
Brandenburg	0	0	0	0	0	1	1	1	4	0	0	0	0	0	3
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hamburg	0	0	1	0	0	1	1	1	4	0	0	1	5	5	3
Hessen	0	0	1	3	3	7	5	5	10	0	0	3	4	4	9
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3
Niedersachsen	1	1	0	1	1	3	4	4	2	0	0	0	2	2	6
Nordrhein-Westfalen	1	1	8	6	6	5	17	17	19	3	3	1	17	17	22
Rheinland-Pfalz	0	0	1	4	4	4	1	1	0	0	0	3	1	1	5
Saarland	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	3	3	1	3	3	1	1	1	0	4	4	4
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	0	1	1	1	3	1	1	0	0	0	2
Schleswig-Holstein	1	1	0	2	2	3	1	1	2	0	0	1	0	0	1
Thüringen	0	0	0	0	0	1	4	4	1	0	0	0	0	0	0
Deutschland	8	8	17	35	35	56	61	61	73	6	6	12	48	48	80

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.	1.	1.-1.	1.-1.
Baden-Württemberg	0	0	1	1	1	0	0	0	0	6	6	15	43	43	79
Bayern	0	0	3	3	3	3	0	0	0	24	24	40	82	82	63
Berlin	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	4	8	30	30	32
Brandenburg	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	5	7	10	10	7
Bremen	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	4	4	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	7	0	0	11
Hessen	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	10	15	15	15
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	3	3	8
Niedersachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	13	14	14	22
Nordrhein-Westfalen	1	1	1	4	4	1	0	0	0	12	12	26	59	59	71
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	6	10	10	13
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	2	2
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	9	31	31	96
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	12	2	2	9
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	7	5	5	14
Thüringen	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6	6	7	6	6	11
Deutschland	3	3	7	9	9	5	0	0	0	92	92	177	316	316	458

* 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 Faldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2019 (Datenstand: 23. Januar 2019)

Krankheit	2019	2019	2018	2018
	1. Woche	1.–1. Woche	1.–1. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	10	10	22	670
Brucellose	0	0	0	34
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	0	24
<i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	44	44	51	2.791
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	1	52
Denguefieber	9	9	5	599
FSME	2	2	0	584
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	1	0	67
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	31	31	33	843
Hantavirus-Erkrankung	5	5	7	226
Hepatitis D	1	1	0	52
Hepatitis E	45	45	40	3.388
Influenza	427	427	1.319	273.682
Legionellose	25	25	23	1.437
Leptospirose	1	1	5	114
Listeriose	11	11	17	699
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	32	32	58	2.354
Ornithose	0	0	0	9
Paratyphus	0	0	2	29
Q-Fieber	0	0	0	91
Trichinellose	0	0	0	0
Tularämie	0	0	0	51
Typhus abdominalis	0	0	0	56

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 3. Kalenderwoche (KW) 2019

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der ARE ist in der 3. KW 2019 insgesamt gesunken, die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz für Kinder bis 14 Jahre sind allerdings gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen in der 3. KW 2019 im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität. Nach Definition der AGI hat die Grippewelle in der 2. KW 2019 begonnen.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von 46 Ländern und Regionen, die für die 2. KW 2019 Daten an TESSy sandten, berichteten 7, dass die Influenza-Aktivität noch unterhalb der nationalen Schwellenwerte lag. 29 Länder berichteten über eine niedrige Influenza-Aktivität. In 8 Ländern wurde eine mittlere und in 2 Ländern eine hohe Influenza-Aktivität verzeichnet (www.flunewseurope.org/).

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 333 vom 21.1.2019)

Die Ergebnisse im Update der WHO beruhen auf Daten bis zum 6.1.19. In der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre steigt die Influenza-Aktivität weiter langsam an, wobei Influenza A(H1N1)pdm09 insgesamt dominiert. In Europa steigt die Influenza-Aktivität weiter an, bleibt aber insgesamt auf niedrigerem Niveau. Hauptsächlich zirkulieren Influenza-A-Viren (www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/).

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Institut für die 3. KW 2019; <https://influenza.rki.de/>

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seadatj@rki.de
Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistentz: Francesca Smolinski
Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: 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

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