



Epidemiologisches Bulletin

12. Januar 2015 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welt-Lepra-Tag 2015

Lepra – Immer noch eine Herausforderung

Am 25. Januar wird alljährlich der Welt-Lepra-Tag begangen. Den ersten Welt-Lepra-Tag rief der französische Jurist und "Apostel der Leprakranken" Raoul Follereau 1954 anlässlich des fünften Todestages von Mahatma Gandhi aus. Zu Gandhis Ehren findet er seither immer am letzten Sonntag im Januar statt. Da die Lepra weltweit aus der Wahrnehmung zu verschwinden droht, ist es wichtig, immer wieder an diese Krankheit zu erinnern.

Vor 142 Jahren, am 28. Februar 1873, beschrieb der norwegische Arzt und Leprologe Gerhard H. Armauer Hansen erstmals das Bakterium, das Lepra verursacht (Hansen-Bazillus). Lepra ist eine chronische Infektionskrankheit, die durch das Bakterium *Mycobacterium leprae* verursacht wird. Wegen der langsamen Vermehrung kann die Inkubationszeit Monate oder auch Jahre betragen, es wurden sogar Fälle von bis zu 30 Jahren dokumentiert. Aufgrund dieser ungewöhnlich langen Inkubationszeit und dem nicht unerheblichen Anteil an möglichen asymptomatischen Überträgern, aber auch aufgrund fehlenden Wissens, etwa zur Übertragung der Krankheit, ist die Eliminierung weiterhin eine Herausforderung.

Die Eliminierung der Lepra – wie bei den Pocken bereits gelungen und für Poliomyelitis und Masern angestrebt – ist das erklärte Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach Definition der WHO gilt die Lepra dann als eliminiert, wenn sich zu einem bestimmten Stichtag weniger als ein Fall pro 10.000 Einwohner in Behandlung befindet. Nach Angaben der Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe e. V. (DAHV) blieb die Zahl jährlich neu an Lepra erkrankter Menschen in den letzten Jahren weltweit unter 300.000. Jeder elfte neue Lepra-Patient ist ein Kind.

Nachdem die Zahl der weltweiten Neuinfektionen dank internationaler Bemühungen in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen war, ist es in den letzten (zehn) Jahren zu einem Stillstand gekommen. Die Ursachen dafür könnten unter anderem darin liegen, dass die Mittel für Forschung und Prävention reduziert und infolgedessen Lepra-Programme zurückgefahren worden sind.

Aufgrund der Behandlungsmöglichkeiten mit Antibiotika ist Lepra inzwischen in Ländern mit entwickelter Gesundheitsversorgung nahezu ausgerottet. In vielen Entwicklungsländern stellt die Krankheit jedoch weiterhin ein ernstzunehmendes Problem dar. Die meisten Neuerkrankungen gibt es gegenwärtig in Indien, Brasilien und Indonesien. Dabei stammen 95 % der Infektionen aus den 16 Schwerpunktländern Äthiopien, Bangladesch, Brasilien, China, der Elfenbeinküste, Indien, Indonesien, der Demokratischen Republik Kongo, Madagaskar, Myanmar, Nepal, Nigeria, den Philippinen, Sudan, Sri Lanka und Tansania.

Diese Woche 2/2015

[Lepra – Immer noch eine Herausforderung](#)

[Neuberufung von drei Konsiliarlaboratorien](#)

[Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen
Oktober 2014](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
51. Woche 2014](#)

[Zur Situation von Influenza-Erkrankungen in der
51. Woche 2014](#)



In Deutschland gilt die Lepra (nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 7 Abs. 1 ist der Nachweis von *Mycobacterium leprae* meldepflichtig) als eradiziert. Durch eine verbesserte Hygiene, allgemein bessere Lebensbedingungen und einen besseren Ernährungsstatus wurde die Lepra in Europa bereits Anfang des letzten Jahrhunderts ausgerottet (damals ohne den Einsatz von Medikamenten). Die letzten autochthonen Lepra-Erkrankungen wurden in Deutschland Anfang des 20. Jahrhunderts beobachtet.

In den Jahren 2012 (fünf Erkrankungen: Infektionsländer Brasilien (2x), Indien, Kenia und Myanmar) und 2013 (eine Erkrankung: Infektionsland Äthiopien) gab es in Deutschland insgesamt nur sechs importierte Neuerkrankungen.

Für die Infektion mit dem Erreger bedarf es eines langfristigen Kontakts mit einem Infizierten. Man geht davon aus, dass es sich um eine Tröpfcheninfektion handelt, den Übertragungsweg kennt man bis heute jedoch immer noch nicht genau. Der Mensch ist, mit der Ausnahme von zoonotischen Übertragungen durch Gürteltiere (ausschließliches Vorkommen auf dem südamerikanischen Kontinent und die südöstlichen Teile Nordamerikas), das einzige epidemiologisch relevante Reservoir für die Transmission. Nur fünf Prozent aller Menschen können überhaupt an Lepra erkranken, die übrigen Menschen sind genetisch immun. Aber sie können sich infizieren und wahrscheinlich dann auch andere Menschen anstecken (*silent transmitters*), ebenso wie bereits erkrankte Menschen. Dies erschwert die Suche nach Infektionsquellen.

Die meisten Lepra-Infektionen verlaufen klinisch inapparent und sind selbstlimitierend. Lepra ist eine chronische Infektion, die durch einen hauptsächlich Befall der Haut und der peripheren Nerven sowie der Mukosa der oberen Atemwege und der Augen gekennzeichnet ist. Nach WHO-Richtlinien unterscheidet man zwischen der paucibazillären (tuberkuloiden) Lepra (PB) und der multibazillären (lepromatösen) Lepra (MB). Die PB schreitet langsam voran und ist schnell zu heilen. Bei der schweren Form, der infektiösen MB, vermehren sich die Bakterien sehr stark,

die Krankheit schreitet schnell voran und äußert sich besonders durch Geschwüre an Händen, Füßen, an den Ohren oder im Gesicht. Beide Formen der Lepra können, wenn sie zu spät entdeckt werden, zu irreversiblen Schädigungen der Nerven führen.

Lepra ist vollständig heilbar. Wegen der Schädigungen von Nervenbahnen ist es wichtig, eine Lepra-Erkrankung möglichst früh zu entdecken und zu behandeln. Die für die Behandlung vorgesehene Medikamenten-Kombination besteht aus drei Antibiotika: Rifampicin, Dapson und Clofazimin. Sie müssen sechs Monate bei der PB- sowie zwölf Monate bei der MB-Lepra eingenommen werden. Die Kombinationstherapie hat bis heute Gültigkeit und wird von der WHO bereits seit 1981 als Standard-Therapie empfohlen. Auch nach Jahrzehnten des Einsatzes gibt es keine nennenswerten Resistenzen gegen diese Medikamenten-Kombination. Mit Beginn der Therapie ist ein Patient nicht mehr infektiös, die Krankheit ist nach Abschluss komplett ausgeheilt. Schädigungen aufgrund einer zu lange nicht entdeckten Erkrankung bleiben jedoch bestehen: So wird bei mehr als 10 % aller Patienten die Krankheit so spät entdeckt, dass diese bereits bei der Diagnose bleibende körperliche Schädigungen haben.

Es gibt nach wie vor keinen wirksamen Impfstoff, denn das *Mycobacterium leprae* entzieht sich weiterhin einer *in vitro* Anzucht, was sowohl die Impfstoff-Forschung als auch die Weiterentwicklung von Behandlungsoptionen erschwert.

Besonders gravierend sind für die Leprakranken die sozialen Probleme, die mit der Krankheit verbunden sind. Es kommt immer noch vor, dass von Lepra betroffene Menschen in ihrem gesellschaftlichen Umfeld ausgegrenzt werden. Seit Jahrtausenden ist Lepra mit dem ungebrochenen Stigma des „Aussatzes“ behaftet – aus Angst vor Ansteckung ebenso wie aus Abscheu vor dem Anblick der von Spätfolgen betroffenen Gliedmaßen oder des Gesichts. Deshalb ist die Lepra mehr als eine Krankheit. Sie ist eine Herausforderung aus medizinischer, aber auch aus menschlicher Sicht.

Nationale Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien

Neuberufung des Konsiliarlabors für Tularämie

Herr Dr. Splettstößer hat nach langjähriger Tätigkeit die Leitung des Konsiliarlabors am Bundeswehr-Institut für Mikrobiologie in München niedergelegt. Wir danken ihm für seine hervorragenden Leistungen und wünschen ihm für die Zukunft weiterhin alles Gute.

Nach dem Auswahlverfahren wurde die Entscheidung getroffen, das Konsiliarlabor für Tularämie ab dem 1. Januar 2015 unter der Leitung von **Herrn PD Dr. Roland Grunow** am Robert Koch-Institut in Berlin zu etablieren.

Kontaktdaten:

PD Dr. Roland Grunow
Robert Koch-Institut
ZBS 2
Nordufer 20
13353 Berlin
Telefon: 030.18754-2100
Fax: 030.18754-2110
E-Mail: GrunowR@rki.de

Neuberufung des Konsiliarlabors für *Yersinia pestis*

Der langjährige Leiter des Konsiliarlabors für *Yersinia pestis*, Professor Heesemann vom Max von Pettenkofer-Institut in München, ist in den Ruhestand getreten. Wir danken Herrn Professor Heesemann für seine hervorragenden Leistungen und wünschen ihm für die Zukunft beste Gesundheit und weiterhin alles Gute.

Nach dem Auswahlverfahren wurde die Entscheidung getroffen, **Herrn PD Dr. Scholz** zum 1. Januar 2015 als Leiter des Konsiliarlabors für *Yersinia pestis* am Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr in München zu berufen.

Kontaktdaten:

PD Dr. Holger Scholz
Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr (IMB)
Neuherbergsstr. 11
80937 München
Telefon: 089.9926 9228-05
Fax: 089.9926 9239-83
E-Mail: holgerischolz@bundeswehr.org
Homepage: <http://www.instmikrobiobw.de>

Neuberufung des Konsiliarlabors für respiratorische Syncytial-Viren, Parainfluenzaviren, Metapneumoviren (RSV, PIV und hMPV)

Mit großem Bedauern mussten wir zur Kenntnis nehmen, dass der langjährige Leiter des Konsiliarlabors für RSV, PIV und hMPV, Professor Rethwilm, im Juli dieses Jahres verstorben ist. Das Auswahlkomitee hat entschieden, **Frau Dr. Reiche** zum 1. Januar 2015 die Leitung des Konsiliarlabors am Robert Koch-Institut in Berlin zu übertragen.

Kontaktdaten:

Dr. Janine Reiche
Robert Koch-Institut
Seestraße 10
13353 Berlin
Telefon: 030.18754-2558
Fax: 030.18754-2699
E-Mail: reichej@rki.de

Angaben zum Leistungsangebot finden sich in der Liste aller Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlabore (www.rki.de/nrz-kl).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten							Berichtsmonat: Oktober 2014 (Datenstand: 1.1.2015)								
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311-314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria *			Echinokokkose *			Toxoplasm., konn. *		
	2014	2013		2014	2013		2014	2013		2014	2013		2014	2013	
	Okt.	Jan.-Okt.		Okt.	Jan.-Okt.		Okt.	Jan.-Okt.		Okt.	Jan.-Okt.	Okt.	Jan.-Okt.	Okt.	Jan.-Okt.
Baden-Württemberg	42	401	387	33	287	274	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bayern	55	677	509	75	487	370	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Berlin	81	831	691	40	382	434	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	6	73	60	6	54	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	23	43	3	33	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	15	281	281	17	167	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	17	241	315	20	216	224	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	8	81	30	4	54	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	23	303	264	8	166	164	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	53	1.005	1.030	65	679	599	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	9	148	139	11	97	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saarland	4	47	49	2	34	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	16	242	195	19	147	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	8	92	75	11	84	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	2	94	67	5	79	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	5	59	77	1	37	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deutschland	348	4.598	4.212	320	3.003	2.728	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Es stehen derzeit keine Daten zur Malaria, Echinokokkose und zur konnatalen Toxoplasmose zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

51. Woche 2014 (Datenstand: 7.1.2015)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmeopathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	68	6.421	6.174	0	112	143	2	246	267	10	1.329	1.598	0	60	70
Bayern	128	8.069	7.055	5	242	276	17	906	843	27	2.275	2.365	1	93	103
Berlin	56	3.026	2.884	2	82	81	13	693	669	8	630	678	0	89	69
Brandenburg	23	2.481	2.220	1	39	40	13	434	435	1	643	656	0	7	13
Bremen	11	543	422	0	2	9	0	6	10	1	74	92	0	6	1
Hamburg	37	1.968	1.883	0	51	58	4	331	307	4	305	438	1	42	36
Hessen	81	4.616	3.928	1	43	46	5	111	125	13	966	1.148	0	64	55
Mecklenburg-Vorpommern	35	2.109	1.989	1	98	41	15	866	854	3	499	507	0	2	2
Niedersachsen	84	5.598	4.986	3	169	193	11	742	632	21	1.303	1.809	0	19	18
Nordrhein-Westfalen	257	17.962	15.903	9	289	293	30	1.128	1.153	51	3.133	3.871	0	47	58
Rheinland-Pfalz	64	3.861	3.484	0	107	98	6	313	257	8	874	935	0	34	57
Saarland	15	1.236	1.133	0	4	12	0	21	31	4	195	163	0	4	3
Sachsen	102	5.410	5.051	5	208	147	24	1.043	926	17	1.455	1.577	0	27	46
Sachsen-Anhalt	37	1.925	1.751	1	91	77	30	1.013	829	6	895	1.163	0	17	16
Schleswig-Holstein	32	2.495	2.440	0	38	61	5	110	103	4	436	579	0	8	12
Thüringen	34	2.062	1.866	1	35	28	13	292	348	10	925	1.231	0	13	12
Deutschland	1.064	69.787	63.197	29	1.610	1.603	188	8.255	7.790	188	15.939	18.821	2	532	571

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	2	114	136	154	5.863	6.475	14	2.178	2.561	4	473	539	3	72	72
Bayern	2	284	334	349	7.391	9.022	19	4.089	5.089	10	795	817	2	203	140
Berlin	2	74	79	122	3.057	3.010	6	1.428	2.035	6	333	409	1	118	125
Brandenburg	0	117	89	273	4.085	4.379	9	1.690	3.768	2	89	102	0	84	74
Bremen	0	4	18	19	536	472	1	166	261	0	23	23	0	10	10
Hamburg	0	49	67	41	1.770	2.502	6	834	1.774	3	129	149	3	31	20
Hessen	6	156	161	94	3.450	5.068	19	1.923	1.724	2	284	283	0	111	86
Mecklenburg-Vorpommern	5	53	49	321	3.535	4.818	16	1.410	1.901	0	128	117	3	110	67
Niedersachsen	2	235	210	289	5.823	6.959	37	2.267	4.364	1	199	192	1	113	92
Nordrhein-Westfalen	14	408	427	676	12.056	17.059	46	5.689	9.822	11	755	786	3	394	266
Rheinland-Pfalz	4	161	144	143	3.345	4.137	10	1.231	1.944	3	156	167	1	60	48
Saarland	0	19	13	75	756	1.299	1	558	476	1	43	21	0	10	9
Sachsen	4	267	316	435	8.643	10.294	46	3.213	5.184	8	244	278	3	244	180
Sachsen-Anhalt	4	185	168	302	5.287	5.800	15	2.060	2.246	3	97	93	2	63	292
Schleswig-Holstein	2	81	97	83	2.173	2.267	5	845	1.394	0	62	62	0	21	28
Thüringen	3	236	262	314	4.575	4.249	33	2.354	3.513	2	141	87	0	57	52
Deutschland	50	2.444	2.570	3.690	72.363	87.834	283	31.939	48.067	56	3.951	4.125	22	1.701	1.561

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, Mumps, Windpocken, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

51. Woche 2014 (Datenstand: 7.1.2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.
Baden-Württemberg	3	62	90	2	63	58	24	940	890	0	37	39	4	448	541
Bayern	0	94	88	2	134	102	15	1.055	1.055	0	30	46	14	691	590
Berlin	1	34	45	0	70	62	19	590	512	0	21	28	4	338	344
Brandenburg	0	22	20	0	17	9	2	73	67	0	3	3	0	109	101
Bremen	1	5	25	0	10	13	0	33	26	0	5	3	0	48	51
Hamburg	1	21	26	0	44	34	3	139	131	0	8	6	3	143	199
Hessen	1	54	62	3	71	70	16	600	426	0	15	23	12	515	432
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	20	0	8	7	3	48	71	0	7	7	0	58	79
Niedersachsen	4	85	67	0	37	38	2	229	276	1	16	28	1	346	323
Nordrhein-Westfalen	6	152	189	6	163	146	29	910	727	2	69	79	14	1.048	1.020
Rheinland-Pfalz	1	26	58	1	30	51	8	258	234	0	22	23	7	192	172
Saarland	0	16	11	0	14	11	2	120	59	0	1	6	1	52	41
Sachsen	0	24	20	0	22	35	7	328	325	0	7	13	1	137	138
Sachsen-Anhalt	0	19	20	1	24	24	4	87	123	0	3	4	3	118	118
Schleswig-Holstein	0	21	16	0	16	12	8	208	133	0	15	24	0	79	86
Thüringen	2	27	18	0	7	11	3	111	81	1	8	11	2	85	67
Deutschland	20	669	775	15	730	684	145	5.729	5.136	4	267	343	66	4.411	4.308

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken ⁺⁺⁺		
	2014		2013	2014		2014		2014		2014		
	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	51.	1.–51.	51.	1.–51.	51.	1.–51.	
Baden-Württemberg	0	12	64	7	79	0	2	17	1.576	77	3.195	
Bayern	0	113	783	5	127	0	8	55	2.610	109	3.615	
Berlin	36	97	492	0	48	0	3	23	720	23	1.435	
Brandenburg	3	9	59	0	7	0	3	21	619	6	610	
Bremen	0	4	7	0	1	0	0	2	22	8	423	
Hamburg	0	13	18	0	68	0	1	1	213	12	324	
Hessen	0	20	15	0	59	0	1	12	711	20	1.213	
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	1	11	0	0	4	239	10	180	
Niedersachsen	0	7	26	0	47	0	3	16	896	25	1.371	
Nordrhein-Westfalen	3	59	128	2	236	0	4	38	1.783	71	5.040	
Rheinland-Pfalz	0	8	15	0	58	0	3	7	570	19	771	
Saarland	0	2	0	0	6	0	1	1	104	6	138	
Sachsen	0	6	56	0	29	0	2	10	675	30	1.938	
Sachsen-Anhalt	0	10	40	1	8	0	0	5	444	17	496	
Schleswig-Holstein	0	41	13	0	34	0	3	1	191	14	474	
Thüringen	0	0	50	0	11	0	3	11	602	13	454	
Deutschland	42	402	1.767	16	829	0	37	224	11.977	460	21.678	

Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend. ++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

51. Woche 2014 (Datenstand: 7.1.2015)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	51. Woche	1.–51. Woche	1.–51. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	0	1.142	1.967	1.986
Brucellose	2	47	27	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	73	112	112
Dengue-Fieber	13	612	875	878
FSME	1	259	420	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	84	75	77
Hantavirus-Erkrankung	11	515	161	161
Hepatitis D	0	15	32	33
Hepatitis E	20	649	457	458
Influenza	143	7.334	70.203	70.222
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	14	447	406	416
Legionellose	13	847	920	923
Leptospirose	5	156	79	80
Listeriose	14	600	463	468
Ornithose	0	9	10	10
Paratyphus	0	26	55	56
Q-Fieber	1	262	114	115
Trichinellose	0	1	14	14
Tularämie	1	21	20	20
Typhus abdominalis	0	58	90	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Diphtherie

Nordrhein-Westfalen, 54 Jahre, männlich (C. diphtheriae, Wunddiphtherie) (8. Diphtherie-Fall 2014)

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber

- Berlin, 71 Jahre, männlich (Infektionsland Bolivien)
- Bayern, 45 Jahre, weiblich (Infektionsland Philippinen)
- Bremen, 31 Jahre, weiblich (Infektionsland Nicaragua) (154. bis 156. Chikungunya-Fall 2014)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 51. Kalenderwoche (KW)

Die Aktivität der ARE ist bundesweit von der 51. KW 2014 bis zur 1. KW 2015 gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

33 Länder meldeten für die 52. KW 2014 eine geringe klinische Influenza-Aktivität, Malta, die Niederlande, die Slowakei und England berichteten über eine mittlere Influenza-Aktivität. Drei Länder (darunter Finnland, Georgien und Schottland) meldeten einen steigenden Trend, während 17 Länder über einen stabilen und 10 Länder über einen sinkenden Trend berichteten. Weitere Informationen unter: <http://www.flunewseurope.org/>.

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 227 vom 23. Dezember 2014)

In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde weiterhin über eine steigende Influenza-Aktivität berichtet. Während in Nordamerika der saisonale Grenzwert überschritten wurde mit überwiegend Influenza A(H3N2)-Nachweisen, wurde in Teilen von Europa zwar über eine steigende, aber dennoch insgesamt geringe Influenza-Aktivität berichtet. Ausführliche Informationen unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/.

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 51. Kalenderwoche 2014

Impressum

Herausgeber

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

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedorf (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030. 18 754-23 24
E-Mail: Seedorf@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistenten: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030. 18 754-24 55, Fax: -24 59
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

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

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273