



Epidemiologisches Bulletin

26. Januar 2015 / Nr. 4

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Die neuen Falldefinitionen 2015

Am 1. Januar 2015 ist die neue Version der Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern in Kraft getreten.

Ein Überblick über die wichtigsten Änderungen wurde vom RKI bereits im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht.¹ Im folgenden Beitrag werden Besonderheiten bei der Umsetzung der neuen Falldefinitionen in SurvNet@RKI erläutert. Außerdem wird diskutiert, wie sich die Falldefinitionsänderungen auf die Fallzahlen auswirken können.

Umsetzung in SurvNet@RKI

Die umfangreichen Änderungen in den Falldefinitionen ziehen umfangreiche Änderungen in der Software nach sich. Gleichzeitig wurden die Falldefinitionsänderungen zum Anlass genommen, einige Strukturänderungen in SurvNet@RKI zu implementieren.

Die Umstellung der Landesstellen und Gesundheitsämter auf die neue Software-Version erfolgt seit Mitte Januar 2015. Nur Gesundheitsämter mit der neuen Version können gemäß den neuen Falldefinitionen übermitteln. Gesundheitsämter mit alter Software übermitteln weiterhin Fälle gemäß den alten Falldefinitionen, da sie technisch keine Möglichkeit haben, die veränderten Variablen einzugeben und zu übermitteln.

Falldefinitionsversion als Eigenschaft des Falls

Jedem Fall wird die Falldefinitionsversion zugeordnet, in der er erfasst wird. Hierbei werden Fälle, die in alten Software-Versionen erfasst werden, entsprechend der alten Falldefinition zugeordnet und übermittelt. Grundsätzlich besteht für das Gesundheitsamt die Möglichkeit, einen Fall, der nach dem 1. Januar 2015 aufgrund der verwendeten Software noch entsprechend der alten Falldefinition angelegt wurde, zu aktualisieren und ihm dabei die neue Falldefinitionsversion zuzuordnen, falls in der Zwischenzeit die Umstellung auf die neue Software-Version erfolgt ist. Wegen der damit verbundenen Mehrarbeit sollte von dieser Möglichkeit aber nur in besonderen Fällen Gebrauch gemacht werden.

Veröffentlichung gemäß Referenzdefinition

Für Routine-Statistiken des RKI (z.B. Wochenstatistiken im *Epidemiologischen Bulletin*) werden seit jeher nur Fälle gezählt, die die Referenzdefinition erfüllen. Ob ein Fall die Referenzdefinition erfüllt, wird – ebenso wie die Einordnung gemäß Falldefinition – unter Verwendung der dort installierten Software im Gesundheitsamt bewertet. Dies bedeutet, dass die Referenzdefinition in einem Amt mit alter Software-Version nach alten Regeln und in einem Amt mit neuer Software-Version nach den neuen Regeln als erfüllt bzw. nicht erfüllt bewertet wird. Grundsätzlich wäre bei Fällen, die mit alter Falldefinitionsversion angelegt und übermittelt wurden, eine Neubewertung der Referenzdefinition am RKI möglich. Dies würde jedoch zu Diskrepanzen bei

Diese Woche 4/2015

Neue Falldefinitionen treten ab Januar 2015 in Kraft – die wichtigsten Änderungen

Hinweis auf Ausschreibung für die neue EPIET- und EUPHEM-Kohorte

Erratum

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
1. Woche 2015

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



der Fallzählung zwischen RKI, Landesstelle und Gesundheitsamt führen und geschieht deshalb bis auf Weiteres nicht.

Zusammenlegen von Übermittlungskategorien

In der neuen SurvNet-Version werden einige Übermittlungskategorien zusammengelegt, um die Eingabe für den Bearbeiter im Gesundheitsamt zu erleichtern und Fehleinordnungen von Fällen sowie das Löschen und Umklassifizieren von Fällen zu vermeiden. Für folgende Erreger bzw. Krankheiten gibt es im Gegensatz zu früheren SurvNet-Versionen jeweils eine gemeinsame Kategorie: Adenovirus (jetzt einschließlich Adenovirus-Länderverordnung, andere Adenovirus-Erkrankungen), Creutzfeldt-Jakob-Krankheit – CJK – (jetzt einschließlich vCJK), Influenza (jetzt einschließlich aviäre Influenza bzw. zoonotische Influenza), Röteln (jetzt einschließlich Röteln, konnatal). Innerhalb der Übermittlungskategorie kann dann zwischen verschiedenen klinischen Formen oder labordiagnostischen Nachweisen unterschieden werden. Die Übermittlungskategorie Hepatitis Non A–E ist entfallen. Beim Anlegen von neuen Fällen sind die alten Kategorien nicht mehr auswählbar, sie können jedoch bei Abfragen als Auswertekategorie ausgewählt werden.

Erweiterung von Übermittlungskategorien

Zusätzlich wurden neue Kategorien eingeführt oder alte Übermittlungskategorien erweitert. Einige Fälle, die vorher bei den weiteren bedrohlichen Krankheiten erfasst wurden, können nun in jeweils eigenen Kategorien eingegeben werden, z. B. Astrovirus, Enterovirus, Parainfluenza, Respiratorisches-Synzytial-Virus (RSV). Diese Kategorien dienen vor allem der Dokumentation von Fällen im Gesundheitsamt, werden jedoch nicht automatisch an das RKI übermittelt (s. u.). Beim Anlegen eines neuen Falls sind diese Kategorien nicht unter „IfSG“, sondern unter „weitere“ zu finden.

Einige Übermittlungskategorien wurden zudem erweitert. Nun ist es z. B. möglich, neben den schweren Verlaufsformen von *Clostridium-difficile*-Infektionen auch andere Nachweise von *C. difficile*, die in einigen Bundesländern gemäß Landesmeldeverordnung meldepflichtig sind oder im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen dem Gesundheitsamt bekannt werden, in derselben Übermittlungskategorie zu dokumentieren.

Berechnung des klinischen Bildes aus den Einzelkriterien

In den Übermittlungskategorien Adenovirus, *Clostridium difficile*, Dengue und Windpocken wird die Krankheitsform, die sich teilweise aus den Unterschieden in der Meldepflicht gemäß IfSG oder Landesmeldeverordnung ergibt, automatisch aus den Angaben zu Symptomen und Labormethoden berechnet. Dies soll die Arbeit im Gesundheitsamt erleichtern, da mit der neuen Software-Version hier neben den gemäß IfSG meldepflichtigen Tatbeständen auch Fälle erfasst werden können, die gemäß Landesmeldeverordnung in einigen Bundesländern meldepflichtig sind. Hierbei gilt, dass bei Fällen, die gemäß

beiden Rechtsgrundlagen meldepflichtig sind, die IfSG-Meldepflicht Vorrang hat.

Regeln für die Übermittlung von Fällen

Nur Fälle, die im jeweiligen Bundesland gemäß IfSG bzw. Landesmeldeverordnung meldepflichtig sind, werden vom Gesundheitsamt automatisch an die zuständige Landesbehörde und von dort weiter an das RKI übermittelt. So wird z. B. der Nachweis von Parainfluenza in Sachsen übermittelt, in Bayern jedoch nicht. Das bayerische Gesundheitsamt kann diese Kategorie jedoch für die eigene Dokumentation von Fällen nutzen, die dem Gesundheitsamt z. B. im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen bei respiratorischen Ausbrüchen bekannt werden. Besteht im Gesundheitsamt der Wunsch, den Fall auch der Landesstelle zu übermitteln, da er z. B. besonders interessant ist, kann die Übermittlung über die Landesstelle an das RKI manuell veranlasst werden. Auch Ausbrüche können manuell veranlasst übermittelt werden. Dies schließt dann die Übermittlung aller zugehörigen Fälle ein.

Fälle der Übermittlungskategorie *E.-coli*-Enteritis werden nicht mehr automatisch an die zuständigen Landesbehörden oder das RKI übermittelt. Bei Bedarf kann jedoch auch hier die Übermittlung manuell veranlasst werden.

Auswirkungen auf die Fallzahlen

Änderungen der Falldefinitionen können Einfluss auf die Anzahl der übermittelten Fälle und auf ihre Einordnung nach Falldefinitions-kategorie haben. Bei einigen Übermittlungskategorien hat sich zudem die Referenzdefinition geändert; dies kann ebenfalls zu deutlichen Änderungen der publizierten Fallzahlen führen. In Tabelle 1 ist dargestellt, bei welchen Übermittlungskategorien welche Falldefinitions-kategorien an das RKI übermittelt werden (hellblau und dunkelblau) und welche die Referenzdefinition erfüllen (dunkelblau). Gleichzeitig kann der Übersicht entnommen werden, bei welchen Übermittlungskategorien ein spezifisches und unspezifisches Krankheitsbild unterschieden wird.

Zählung labordiagnostisch nachgewiesener Infektionen

Bei einem Großteil der Übermittlungskategorien, bei denen nur der direkte Erregernachweis aus normalerweise sterilem klinischen Material, z. B. Blut oder Liquor, als labordiagnostischer Nachweis zählt, erfüllen nun auch die Falldefinitions-kategorien D (labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild) und E (labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild) die Referenzdefinition. Um die möglichen Auswirkungen abzuschätzen, wurden die im Jahr 2013 gemeldeten Fälle analysiert. Die Referenzdefinitionsänderung (D, E) betrifft z. B. bei Meningokokken nur 2% aller 2013 übermittelten Fälle. Bei Hepatitis B hingegen ist zu erwarten, dass sich die Fallzahlen deutlich erhöhen, da z. B. im Jahr 2013 64% aller übermittelten Fälle zur Falldefinitions-kategorie D und E gehörten (siehe Tab. 2, Seite 28).

Tab. 1: Übersicht über die Falldefinitions-kategorien, die übermittelt werden (hell- und dunkelblau) und die die Referenzdefinition erfüllen (dunkelblau), nach Übermittlungskategorie

Übermittlungskategorie	(Klinische) Form	Falldefinitions-kategorien 2015				
		A	B	C	D	E
Adenovirus-Konjunktivitis						
Botulismus						
Brucellose						
<i>Campylobacter</i> -Enteritis						
Cholera						
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	CJK					
	variante CJK					
Denguefieber						
Diphtherie	spezifisch					
	unspezifisch					
Ebolafieber – virales hämorrhagisches Fieber	spezifisch					
	unspezifisch					
<i>E.-coli</i> -Enteritis*						
EHEC-Erkrankung						
Fleckfieber						
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)						
Gelbfieber – virales hämorrhagisches Fieber	spezifisch					
	unspezifisch					
Giardiasis						
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Erkrankung						
Hantavirus-Erkrankung						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Hepatitis C						
Hepatitis D						
Hepatitis E						
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom), enteropathisch	spezifisch					
	unspezifisch					
Influenza	saisonal, pandemisch					
	zoonotisch		**			
Keuchhusten						
Kryptosporidiose						
Lassafieber – virales hämorrhagisches Fieber	spezifisch					
	unspezifisch					
Läuserückfallfieber						
Legionellose						
Lepra						
Leptospirose						
Listeriose, invasive Erkrankung						
Marburgfieber – virales hämorrhagisches Fieber	spezifisch					
	unspezifisch					
Masern						
Meningokokken, invasive Erkrankung	spezifisch					
	unspezifisch					
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Erkrankung						
Milzbrand						

* Fälle werden nicht mehr automatisch an die zuständige Landesbehörde und das RKI übermittelt. ** Alle Fälle, die als zoonotische Influenza erfasst werden, werden über die zuständige Landesbehörde an das RKI übermittelt. Obwohl es gegenwärtig noch keine Referenzdefinition gibt, würden derartige Fälle voraussichtlich publiziert werden.

Fortsetzung auf Seite 28

(Fortsetzung Tabelle 1)

Übermittlungskategorie	(Klinische) Form	Falldefiniionskategorien 2015				
		A	B	C	D	E
Mumps	spezifisch					
	unspezifisch					
Norovirus-Gastroenteritis			***			
Ornithose						
Paratyphus						
Pest						
Poliomyelitis	spezifisch					
	unspezifisch					
Q-Fieber						
Rotavirus-Erkrankung						
Röteln, postnatale Infektion						
Röteln, konnatale Infektion	spezifisch					
	unspezifisch					
Salmonellose						
Shigellose						
Tollwut						
Trichinellose						
Tuberkulose						
Tularämie						
Typhus abdominalis						
Virale Hämorrhagische Fieber, andere	spezifisch					
	unspezifisch					
Windpocken	spezifisch					
	unspezifisch					
Yersiniose						

*** Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankungen sind gemäß Falldefinition nicht definiert und nicht zur Übermittlung vorgesehen. Dennoch werden in der Übermittlungssoftware Fälle, die zu einem Ausbruch gehören oder manuell als klinisch-epidemiologisch bestätigt werden, in dieser Kategorie gespeichert und übermittelt, jedoch nicht für die epidemiologischen Analysen am RKI berücksichtigt.

Aufgrund der erfahrungsgemäß verzögerten Umstellung der Gesundheitsämter auf eine neue Software-Version werden die in den RKI-Statistiken ausgewiesenen Fälle erst nach und nach gemäß neuer Referenzdefinition bewertet. Zunächst werden Fälle, die auf der Grundlage der alten Referenzdefinition basieren, den größten Teil ausmachen. Erst mit Einführung der neuen Software-Version in mehr und mehr Gesundheitsämtern wird sich ihr Anteil zugunsten von Fällen gemäß neuer Referenzdefinition verringern.

Damit wird die Interpretation der Daten deutlich komplizierter.

Übermittlung von nur klinisch diagnostizierten Erkrankungen

Für einige Übermittlungskategorien, bei denen gemäß § 6 IfSG bereits der Verdachtsfall durch den Arzt an das Gesundheitsamt zu melden ist, werden nun auch Fälle der Falldefiniionskategorie A übermittelt, z. B. Botulismus, vi-

Übermittlungskategorie	Fälle gesamt	Falldefiniionskategorie D		Falldefiniionskategorie E	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung	444	19	4%	9	2%
Hepatitis B	1.947	827	42%	429	22%
Hepatitis D	71	35	49%	3	4%
Listeriose	531	55	10%	11	2%
Meningokokken, invasive Erkrankung	348	7	2%	-	-

Tab. 2: An das RKI in ausgewählten Übermittlungskategorien übermittelte Fälle sowie Anzahl und Anteil der Fälle in den Falldefiniionskategorien D und E, Deutschland 2013 (Datenstand: Jahrbuch für 2013)

rale hämorrhagische Fieber; diese erfüllen aber nicht die Referenzdefinition. Da in diesen Übermittlungskategorien nicht sehr häufig Erkrankungen auftreten und diese auch nur selten vom Arzt bei Verdacht an das Gesundheitsamt gemeldet werden, ist kein großer Einfluss auf die Anzahl der übermittelten Fälle zu erwarten. Und da diese Fälle nicht die Referenzdefinition erfüllen, werden sie in den Routine-Statistiken des RKI nicht veröffentlicht.

Sonstige Änderungen

Die meisten anderen Änderungen der Falldefinitionen sind Ergänzungen oder Streichungen einzelner labordiagnostischer Methoden oder klinischer Kriterien. Dies sollte bei Trendanalysen berücksichtigt werden; jedoch ist infolge dieser Änderungen kein deutlicher Anstieg oder Abfall der Fallzahlen zu erwarten.

Ausblick

Wie die Erfahrungen mit der Einführung der neuen meldepflichtigen Krankheiten 2013 sowie früherer Falldefinitionen gezeigt haben, wird auch die Umsetzung der neuen

Falldefinitionen einige Zeit in Anspruch nehmen und zum Teil die Daten schwerer interpretierbar machen. Nach acht Jahren war aber eine Überarbeitung der Falldefinitionen dringend notwendig, um sie der Entwicklung von Wissenschaft und Technik anzupassen. Die Falldefinitionen werden derzeit gedruckt und allen Gesundheitsämtern zugesandt. Dies kann allerdings noch bis in den Februar 2015 dauern. Die aktuellen Falldefinitionen sowie eine Übersicht über die wichtigsten Änderungen sind auch auf der Internetseite www.rki.de/falldefinitionen abrufbar.

Literatur

1. Diercke M, Benzler J, Schöneberg I, Mücke I, Altmann D, Claus H, Gilsdorf A, Mitarbeiter der Abteilung für Infektionsepidemiologie: Falldefinitionen für die Surveillance meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57 (9): 1107–1110; doi: 10.1007/s00103-014-2023-3

Für diesen Bericht danken wir dem Fachgebiet Surveillance sowie dem Fachgebiet Datenmanagement aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie im Robert Koch-Institut. Als **Ansprechpartner** steht Dr. Justus Benzler zur Verfügung (E-Mail: Benzlerj@rki.de).

Hinweis auf Ausschreibung für die neue EPIET- und EUPHEM-Kohorte

Das *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) hat die Stellen für den Jahrgang 2015 der zweijährigen Ausbildungsprogramme EPIET (*European Programme for Intervention Epidemiology Training*) und EUPHEM (*European Public Health Microbiology Training Programme*) ausgeschrieben.

Bewerbungsfrist ist der 2. Februar 2015, Arbeitsbeginn ist der 15. September 2015.

Die Ausbildung findet in nationalen und regionalen Public-Health-Instituten der EU-Mitgliedsstaaten statt und beinhaltet unter anderem folgende Schwerpunkte: Untersuchung von Ausbrüchen, Surveillance von Infektionskrank-

heiten, angewandte Forschung sowie die Kommunikation von wissenschaftlichen Ergebnissen.

Nähere Informationen zu den Ausbildungsprogrammen finden Sie unter

- ▶ <http://www.epiet.org>
 - ▶ http://ecdc.europa.eu/en/activities/training_activities/EUPHEM/Pages/index.aspx
- und zur Bewerbung unter
- ▶ <http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/jobs/Pages/fellowships.aspx>

Ansprechpartner in Deutschland ist Frau Dr. Alpers (E-Mail: AlpersK@rki.de)

Erratum zur Ausgabe 2/2015 des *Epidemiologischen Bulletins* (Editorial anlässlich des Welt-Lepra-Tages)

Bei der von der WHO empfohlenen Therapie ist Clofazimin bei der Paucibazillären-Lepra (PB-Lepra) nicht Bestandteil der Therapie.

Die für die Behandlung vorgesehene Medikamenten-Kombination besteht aus drei Antibiotika: Rifampicin, Dapson und Clofazimin bei der Multibazillären-Lepra (MB-Lepra) und muss zwölf Monate eingenommen werden.

Bei der PB-Lepra besteht die für die Behandlung vorgesehene Medikamenten-Kombination aus zwei Antibiotika: Rifampicin und Dapson, diese muss sechs Monate eingenommen werden.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2015 (Datenstand: 21.1.2015)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose					
	2015	2014	1.-1.	2015	2014	1.-1.	2015	2014	1.-1.	2015	2014	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.	1.-1.	
Baden-Württemberg	50	50	70	1	1	0	8	8	11	1	1	0	1	1	0
Bayern	69	69	84	2	2	4	6	6	22	2	2	0	2	2	0
Berlin	32	32	28	0	0	0	3	3	13	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	15	15	14	2	2	1	3	3	18	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	21	21	20	0	0	1	1	1	3	1	1	0	1	1	0
Hessen	40	40	41	0	0	0	5	5	1	1	1	0	1	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	9	9	15	1	1	0	3	3	4	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	44	44	37	2	2	1	10	10	16	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	142	142	158	2	2	3	32	32	21	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	22	22	34	2	2	1	8	8	10	0	0	0	0	0	0
Saarland	4	4	11	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Sachsen	37	37	35	0	0	1	12	12	18	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	10	10	16	0	0	1	5	5	6	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	30	30	26	0	0	0	3	3	5	0	0	0	0	0	0
Thüringen	12	12	26	0	0	0	5	5	7	0	0	0	0	0	0
Deutschland	540	540	618	12	12	13	105	105	157	5	5	0	5	5	0

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015	2014	1.-1.	2015	2014	1.-1.	2015	2014	1.-1.	2015	2014	1.-1.	2015	2014	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.	1.-1.	
Baden-Württemberg	0	0	1	185	185	282	12	12	29	5	5	4	0	0	0
Bayern	5	5	3	237	237	229	8	8	43	1	1	2	0	0	1
Berlin	2	2	1	68	68	120	42	42	12	2	2	5	0	0	1
Brandenburg	1	1	1	85	85	167	11	11	16	3	3	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	12	12	7	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	40	40	32	4	4	5	1	1	1	0	0	0
Hessen	1	1	1	86	86	98	7	7	15	2	2	2	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	80	80	50	10	10	9	1	1	1	0	0	1
Niedersachsen	1	1	4	167	167	192	19	19	24	1	1	7	2	2	1
Nordrhein-Westfalen	4	4	2	435	435	442	54	54	75	5	5	7	2	2	1
Rheinland-Pfalz	0	0	0	102	102	101	8	8	14	2	2	0	0	0	1
Saarland	0	0	0	27	27	14	0	0	6	1	1	0	0	0	0
Sachsen	1	1	2	146	146	149	19	19	37	0	0	3	1	1	2
Sachsen-Anhalt	3	3	4	94	94	118	10	10	18	1	1	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	2	2	1	41	41	45	5	5	10	1	1	1	0	0	0
Thüringen	0	0	0	104	104	94	12	12	21	1	1	1	0	0	0
Deutschland	20	20	21	1.909	1.909	2.147	223	223	338	27	27	34	5	5	9

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 4/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2015 (Datenstand: 21.1.2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	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	0	0	2	6	6	3	2	2	1	3	3	6
Bayern	2	2	1	1	1	1	6	6	15	0	0	2	9	9	9
Berlin	1	1	2	1	1	0	7	7	2	0	0	3	5	5	3
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Hamburg	1	1	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Hessen	1	1	1	0	0	0	2	2	2	0	0	0	4	4	4
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Niedersachsen	1	1	2	0	0	0	3	3	2	1	1	1	0	0	5
Nordrhein-Westfalen	1	1	0	2	2	2	1	1	5	1	1	0	8	8	12
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	1	4	4	2	2	2	0	1	1	1
Saarland	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	1	1	0
Sachsen-Anhalt	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
Schleswig-Holstein	1	1	0	0	0	0	6	6	0	0	0	1	0	0	1
Thüringen	0	0	0	0	0	0	4	4	2	0	0	1	0	0	0
Deutschland	9	9	6	6	6	7	42	42	37	8	8	10	36	36	46

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	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	1	0	0	0	0	0	0	6	6	15	17	17	64
Bayern	1	1	0	1	1	9	0	0	0	15	15	25	30	30	43
Berlin	35	35	0	0	0	0	0	0	0	5	5	6	16	16	14
Brandenburg	2	2	2	0	0	0	0	0	0	8	8	4	8	8	11
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	10
Hamburg	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	5	5	3
Hessen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3	3	4	4	17
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Niedersachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11	2	15	15	19
Nordrhein-Westfalen	1	1	0	0	0	8	0	0	0	11	11	13	39	39	69
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	4	4	9
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	5	6	6	27
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	4	10
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	8	8	3
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	12	12	3
Deutschland	40	40	3	2	2	18	0	0	0	73	73	87	175	175	304

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

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

1. Woche 2015 (Datenstand: 21.1.2015)

Krankheit	2015	2015	2014	2014
	1. Woche	1.–1. Woche	1.–1. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	3	3	25	1.147
Brucellose	0	0	0	47
Chikungunya-Fieber	0	0	0	159
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	0	76
Dengue-Fieber	2	2	6	623
FSME	1	1	1	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	1	0	85
Hantavirus-Erkrankung	3	3	4	542
Hepatitis D	1	1	0	15
Hepatitis E	8	8	11	662
Influenza	134	134	21	7.480
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	11	11	15	459
Legionellose	8	8	7	859
Leptospirose	0	0	0	158
Listeriose	4	4	9	608
Ornithose	0	0	0	9
Paratyphus	3	3	1	26
Q-Fieber	0	0	0	262
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	1	1	0	21
Typhus abdominalis	0	0	1	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Botulismus

Nordrhein-Westfalen, 49 Jahre, männlich
(42. Meldewoche 2014; Lebensmittelbedingter Botulismus; 6. Botulismus-Fall 2014)

Cholera

Rheinland-Pfalz, 26 Jahre, weiblich (Infektionsland: Ghana)
(40. Meldewoche 2014; 1. Cholera-Fall 2014)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 3. Kalenderwoche (KW) 2014

Die Aktivität der akuten ARE ist bundesweit in der 3. KW 2015 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die hohe Influenza-Positivenrate im NRZ und die wachsende Zahl an übermittelten Erkrankungen weisen auf eine steigende Influenza-Aktivität hin.

Zur Wirksamkeit des Influenzaimpfstoffes in der Saison 2014/15: Die US-CDC haben eine vorläufige Schätzung der Impfeffektivität der aktuellen Saison in den USA veröffentlicht. Sie empfehlen trotz der geringen Impfeffektivität die Influenzaimpfung. Als weitere wichtige Maßnahme verweisen sie auf den Einsatz antiviraler Arzneimittel und den potenziell größeren *Public-Health*-Effekt dieser Arzneimittel im Kontext der reduzierten Wirkung der Influenzaimpfung in der aktuellen Saison (s. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6401a4.htm>).

Das RKI verweist auf die gemeinsame Stellungnahme der GfV, DVV und PEG zu Indikationen einer Therapie mit Neuraminidasehemmern (NAH) (s. <http://www.g-f-v.org/sites/default/files/newsletter%2007-2014%20Neuraminidasehemmer-GfVDVPEG.pdf>).

- Befürwortung des gezielten Einsatzes von NAH zur Vorbeugung der Influenza bei Ausbruchsgeschehen, da alle Studien inklusive der letzten Publikation der *Cochrane Collaboration* deren Wirksamkeit belegen.
- Die Indikation zur Behandlung einer unkomplizierten Influenzainfektion ohne Grunderkrankungen u./o. ohne Risikofaktoren mit NAH kann auf Basis der verfügbaren Studiendaten nicht generell, sondern muss individuell durch den behandelnden Arzt gestellt werden.
- Die Behandlung mit NAH von Influenzapatienten mit Grunderkrankungen u./o. Risikofaktoren ist indiziert, da in Beobachtungsstudien, die nicht von der *Cochrane Collaboration* erfasst wurden, ein positiver Effekt auf die Verhinderung von Komplikationen in diesen Gruppen gezeigt wurde. Auch sollten mangels fehlender Alternativen alle Patienten behandelt werden, die bereits einen schweren klinischen Verlauf (z. B. Pneumonie, ARDS) aufweisen. Die Behandlung sollte möglichst frühzeitig einsetzen, ihr Beginn erscheint aber auch noch nach mehr als 2 Tagen eine Wirksamkeit zu zeigen.

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 3. Kalenderwoche 2015

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 Seedorf (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedorf@rki.de

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

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski,
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
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