



Epidemiologisches Bulletin

21. September 2015 / Nr. 38

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Poliomyelitis-Fälle in der Ukraine

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-006

Am 1. September 2015 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwei Fälle von Vakzine-abgeleitetem Poliovirus Typ 1 (cVDPV1) in der Ukraine bestätigt. Die akuten schlaffen Lähmungen (AFP) wurden am 30. Juni 2015 und 7. Juli 2015 bei zwei Kindern im Alter von 4 Jahren bzw. 10 Monaten festgestellt. Die Fälle traten im Südwesten des Landes (Oblast Transkarpatien) auf. Das Gebiet grenzt an Rumänien, Ungarn, die Slowakei und Polen.

cVDPVs sind Vakzine-abgeleitete Poliovirusstämme, die vor allem in unzureichend geimpften Bevölkerungsgruppen auftreten und dort zu Polioausbrüchen führen können. Die Impfquoten in der Ukraine sind seit 2009 stark gesunken. Laut Angaben von WHO und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) waren seit dem Jahr 2014 nur 50 % der Kinder gegen Kinderlähmung und andere impfpräventable Erkrankungen geimpft. Aufgrund der substanziellen Impflücken und der in einigen Landesteilen unzureichenden Polioüberwachung schätzt die WHO das Risiko einer weiteren Ausbreitung innerhalb des Landes als hoch ein. Die WHO ist bereits mit Teams vor Ort, um die nationalen Aktivitäten zur Kontrolle des Ausbruchs zu unterstützen.

Es wird allen Ländern empfohlen, die Poliosurveillance bzw. die Überwachung von AFP-Fällen zu intensivieren, um Virusimporte schnell zu erkennen und Gegenmaßnahmen einleiten zu können. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass zum Ausschluss einer Poliovirusinfektion Stuhlproben von Patienten mit Polio-kompatibler Symptomatik an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch-Institut (RKI) zu schicken sind (s. Kasten).

Die Möglichkeit einer Einschleppung von Polioviren nach Deutschland durch Einreisende aus der Ukraine muss ernst genommen werden. Da die große Mehrheit der mit Polioviren Infizierten keine Symptome zeigt, kann das Virus über mehrere Wochen mit dem Stuhl unerkannt ausgeschieden werden. Die Gefahr eines gehäufteten Auftretens von Poliofällen wird aufgrund der ausreichend hohen Polioimpfquoten in Deutschland jedoch als gering eingeschätzt. Vordringlich ist die Überprüfung des individuellen Impfschutzes und ggf. das Nachholen fehlender Impfungen laut Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Aktuelle Informationen siehe auch:

- Weltgesundheitsorganisation zu den Fällen von Poliomyelitis in der Ukraine: <http://www.who.int/csr/don/01-september-2015-polio/en/>
- Empfehlungen der Ständigen Impfkommission: www.stiko.de
- Internetseiten des Robert Koch-Instituts zur Polioimpfung: www.rki.de/polio-impfung

Für diesen Bericht danken wir Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: NeubauerK@rki.de) sowie Dr. Sindy Böttcher (BöttcherS@rki.de); Fachgebiet 15, die auch als **Ansprechpartnerinnen** zur Verfügung stehen.

Diese Woche 38/2015

Poliomyelitisfälle in der Ukraine

Akut behandlungsbedürftige, ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
35. Woche 2015

ARE/Influenza
Zur aktuellen Situation in der
33.–36. Kalenderwoche 2015

Publikationshinweise:
Beiträge zur Gesundheits-
berichterstattung des Bundes



Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

Institution: Robert Koch-Institut
 Fachgebiet 15 – Virale Gastroenteritis- und
 Hepatitisreger und Enteroviren
 Seestraße 10
 13353 Berlin

Ansprechpartner: Dr. Sabine Diedrich (Leitung)

Tel: +49 30 18754–2378

Fax: +49 30 18754–2617

E-Mail: DiedrichS@rki.de

Internet: www.rki.de > Infektionsschutz > Diagnostik in
 NRZ und Konsiliarlaboren > Poliomyelitis und
 Enteroviren

Leistungsübersicht

- ▶ Enterovirusdiagnostik bei Patienten mit aseptischer Meningitis/Enzephalitis und akuten schlaffen Paresen im Rahmen des WHO-Programms zur Eradikation der Poliomyelitis (Nationale Enterovirus-surveillance) mit virologischen (Virusanzucht und Typisierung) und molekularen Methoden (PCR in verschiedenen Genomregionen mit anschließender Sequenzierung);
- ▶ Molekularbiologische Feincharakterisierung ausgewählter Picornavirus-Serotypen zur Aufklärung von Ausbrüchen (Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit) oder für phylogenetische Analysen;
- ▶ Kontrolle der Populationsimmunität und Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei gegebener Indikation mittels Neutralisationstest;
- ▶ Standardisierung und Verbesserung der molekularen Enterovirusdiagnostik (Beispiel: spezifische PCR-Systeme zum Nachweis der verschiedenen Enterovirusgruppen sowie ausgewählter Serotypen);
- ▶ Führung und Abgabe von Referenzmaterial (Virusstämme, Referenzserum für Neutralisationstest);
- ▶ Durchführung von Ringversuchen zum Enterovirusnachweis mittels virologischer (Virusanzucht und Typisierung) und molekularer Verfahren (PCR) in Zusammenarbeit mit INSTAND, Inter-Laborvergleiche zur Qualitätssicherung (Neutralisationstest);
- ▶ Beratung des BMG und der obersten Landesbehörden zur Poliomyelitis und zum Komplex der Enteroviren.

Hinweise

Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. Das Untersuchungsmaterial (Stuhl, Liquor, Serum) sollte auf dem schnellstmöglichen Wege gekühlt transportiert werden.

Hinweise auf Publikationen des Robert Koch-Instituts**GBE kompakt 3/2015: Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst**

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Lebenserwartung deutlich zugenommen. Aufgrund der demografischen Alterung steigt jedoch insgesamt die Zahl älterer Menschen mit alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen. Von diesen sind viele vorübergehend oder dauerhaft auf Hilfe bzw. professionelle Pflege angewiesen. Die dauerhafte Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Personen wird daher zu einem immer wichtigeren Teil der gesundheitlichen Versorgung.

In dieser Ausgabe von GBE kompakt gehen die Autoren zunächst auf die rechtliche und finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger ein. Darauf folgt ein Exkurs zu den Motiven, Belastungen und Ressourcen der Pflegenden. Schließlich wird auf Basis von Daten aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012) darge-

stellt, wie die Pflegelast zwischen Frauen und Männern sowie über die Altersgruppen hinweg verteilt ist und welche Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen besteht. Beachtung finden auch weitere sozio-demografische Merkmale wie die Erwerbstätigkeit und die Bildung der pflegenden Angehörigen. Es folgen Abschnitte zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Pflegepersonen. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse und einem Ausblick auf die sich ändernden politischen Rahmenbedingungen.

Die Ausgabe von GBE kompakt kann nur online auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts abgerufen werden unter www.rki.de > Gesundheitsmonitoring > Gesundheitsberichterstattung > GBE kompakt.

Erscheinungsdatum: 7. September 2014

Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Stand: 14. September 2015)

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-007.2

Unter den derzeitig zahlreich eintreffenden Asylsuchenden kam es in den letzten Wochen zum vereinzelt Auftreten schwerer, seltener, zum Teil mit der Fluchtreise assoziierter Erkrankungen. Daher sollte medizinisches Personal, welches Asylsuchende (sowie Asylbewerber, Flüchtlinge) betreut, auf einige dieser für Deutschland ungewöhnlichen Erkrankungen, die einer raschen infektiologischen Diagnostik und sachkundigen Therapie bedürfen (s. nachfolgende Tabelle), vorbereitet sein.

Ausgehend von einzelnen Fällen der in der Tabelle aufgezählten Erkrankungen ist eine Ausbreitung in die Allgemeinbevölkerung sehr unwahrscheinlich! Einzelne Übertragungen sind bei engem Kontakt aber z.T. möglich. All diesen Erkrankungen ist gemein, dass sie mit unspezifischen grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, Muskel- und Gelenkschmerzen beginnen, weshalb sie, vor allem in frühen Krankheitsstadien, alleine durch klinische Symptome nicht von anderen banaleren Erkrankungen, noch voneinander abgrenzbar sind. In Betracht zu ziehen sind jedoch Inkubationszeiten relativ zum Zeitpunkt des Verlassens des Herkunftslandes und – bei auf der Flucht übertragbaren Infektionen – der Einreise nach Deutschland.

Um ausschließen oder bestätigen zu können, dass es sich bei einer Erkrankung um eine dieser akut behandlungsbedürftigen Infektionen handelt, sollte eine diagnostische Klärung und Therapie des zunächst unklaren Fiebers bei einem Asylsuchenden durch einen sachkundigen Arzt (infektiologische Praxis oder Klinik) unter Berücksichtigung der entsprechenden Umstände (wie Inkubationszeit, Herkunftsland, bzw. Fluchtroute und Fluchtumstände) umgehend eingeleitet werden.

Bei Herkunft aus einem oder Transit durch ein Malaria-Endemiegebiet ist bei Patienten mit Fieber ohne andere ermittelbare Ursache unter diesen Krankheiten die Diagnose **Malaria** bei Weitem am wahrscheinlichsten und eine entsprechende Diagnostik und Therapie ist vordringlich. Bei Malariaverdacht sollte ein „dicker Tropfen“ und ein Blutausstrich angestrebt werden. Der Einsatz von Schnelltesten ist in diesem Kontext nicht ausreichend. Sollte die Diagnostik negativ für Malaria ausfallen, sind die anderen aufgelisteten Infektionen in Betracht zu ziehen. Auch Ko-Infektionen können vorkommen.

Über die aufgelisteten Erkrankungen hinaus ist grundsätzlich herkunftslandunabhängig bei Asylsuchenden damit zu rechnen, dass Gastroenteritiden bedingt durch Trinkwasser und Lebensmittel aus unsicheren Quellen und Atemwegserkrankungen bedingt durch Unterkühlung und dicht gedrängte Reise- oder Lebensbedingungen auftreten können. Auch ist mit Fällen von parasitä-

ren Erkrankungen wie Krätze (Skabies) und die Besiedlung mit Kleiderläusen aufgrund schlechter hygienischer Verhältnisse zu rechnen.

Viel häufiger als an den in der Tabelle genannten Erkrankungen leiden Asylsuchende allerdings unter den gleichen Infektionen, wie die ansässige Bevölkerung (z. B. grippaler Infekt, „Kinderkrankheiten“). Sie haben bei einem durch die Flucht oftmals reduzierten Allgemeinzustand und Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen jedoch ein potenziell erhöhtes Risiko, sich mit den entsprechenden Erregern zu infizieren.

Des Weiteren besteht häufig kein ausreichender Schutz gegen **impfpräventable Erkrankungen**. Bei Nicht-Vorliegen von Impfdokumenten muss von einem nicht vorhandenen Impfschutz ausgegangen werden. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit einigen Jahren, Schutzimpfungen bei Bewohnern von Gemeinschaftsunterkünften möglichst frühzeitig durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder durch vom ÖGD beauftragte Ärzte zumindest zu beginnen und zu dokumentieren, damit eine Vervollständigung der Impfserien durch weiterbehandelnde Ärzte sichergestellt werden kann.

Tuberkulose ist in vielen Herkunftsländern von Asylsuchenden häufiger als in Deutschland. Eine Flucht birgt weitere Expositions-/Infektionsrisiken und Belastungen. Diese, sowie eine eingeschränkte Immunabwehr, begünstigen die Reaktivierung einer latenten tuberkulösen Infektion. Für den Infektionsschutz ist gemäß § 36 Abs. 4 IfSG bei Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft/Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge und Asylbewerber aufgenommen werden sollen, vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose auszuschließen.

Die aktuellen Hauptherkunftsgebiete der Asylsuchenden sind: Syrien, verschiedene Staaten auf dem westlichen Balkan, Irak, Afghanistan, Eritrea, Nigeria, Pakistan, die Russische Föderation und Georgien (Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Stand: Sommer 2015). Die Tabelle führt das Vorkommen der Infektionen in den Herkunftsgebieten auf. Allerdings können manche der Infektionen auch auf der Flucht selbst, und somit unabhängig von einer Exposition im Herkunftsgebiet übertragen werden.

Erstellt durch: Fachgebiet 35 (Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen), Robert Koch-Institut, Berlin, in Zusammenarbeit mit weiteren Stellen im RKI sowie dem Nationalen Referenzzentrum für tropische Infektionserreger, Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg.

Quellen (alphabetisch): CDC, Control of Communicable Diseases Manual, CRM-Handbuch, GIDEON, IfSG, ProMED, spezifische Literatur, WHO – detaillierte Informationen finden Sie u.a. in der RKI-Publikation „Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten,“ (2011), www.rki.de/steckbriefe.

Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Alter	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Symptome, klinische Hinweise			Mensch-zu-Mensch-Übertragung?	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen?	Gesetzliche Arzt-Meldepflicht an Gesundheitsamt	Auf dem Fluchtweg erwerbbar?	Vorkommen, Endemiegebiete					
			Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome					Eritrea/Horn von Afrika	Subsahara-Afrika	Russ. Föd. u. Georgien	Pakistan u. Afghanistan	Syrien u. Irak	Länder des Westlichen Balkans
Alle Altersgruppen	Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i>)	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein	(nur Labor)	Nur in Endemieländern	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
	Läuserückfallfieber (<i>Borrelia recurrentis</i>)	5–15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Selten, nur Sudan	Nein	Selten	Nein	Nein
	Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1–2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten	Ja	Selten	Nein
	Typhus (<i>Salmonella</i> Typhi)	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)	Gebülhtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° (+ Labor)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
	Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Tage bis Monate	Ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Nein (Labor in MV, SN, TH†)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten, nur Georgien	Ja	Selten	Selten
	Viszerale Leishmaniose (<i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	Ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein	Nein	Nein*	Ja	Ja	Teile Ostafrikas	Selten, nur Georgien	Selten	Vor allem Irak	Selten
	Lassafieber (Lassavirus)	6–21 Tage	Ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemieländern	Nein	Nur Westafrika (inkl. Nigeria)	Nein	Nein	Nein	Nein
	Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1–12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° als häm. Fieber* (+ Labor)	Nur in Endemieländern	Nur Äthiopien	Ja	Ja	Ja	Nur Irak	Ja
	Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Eckchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja	Ja	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod°	Ja	Weitverbreitet vorkommend					
	Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	Meist 5–14 Tage	Ja	Selten	Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein	(nur Labor)	Ja						
Vor allem Kleinkinder/Neugeborene	Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein	Ja, in MV, SN, TH† Erkrankung und Tod	Ja						
	Tuberkulöse Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Wochen bis Monate	Ja	Nein	Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° (+ Labor)	Ja						
	Andere bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)	Ja						

* oder gemäß § 6.2 IfSG als „bedrohliche Krankheit“ wenn dies „auf eine schwerwiegende Gefahr der Allgemeinheit hinweist“
° gemäß IfSG § 6.1 sind namentlich zu melden „der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod“ an den aufgeführten Krankheiten
† MV=Mecklenburg-Vorpommern, SN = Sachsen, TH = Thüringen – für Details siehe www.rki.de/falldefinitionen > Falldefinitionen nach LVO

In der Tabelle aufgelistet sind nur Infektionen, die

- in Deutschland nur sehr selten auftreten UND
- mit einem akuten Krankheitsbild einhergehen, welches ggf. bei einer einmaligen Untersuchung auffallen könnte UND
- unbehandelt mit einer hohen Letalität einhergehen können UND
- eine lange Inkubationszeit oder einen langen Krankheitsverlauf haben, oder auf der Flucht erworben werden können

Die folgenden Erkrankungen sind in der Tabelle *nicht* aufgeführt, obwohl auch diese unter Flüchtlingen vorkommen können und grundsätzlich differentialdiagnostisch zu bedenken sind:

- wegen subakuten Verlaufes oder nicht vorhandenem Mensch-zu-Mensch-Übertragungsrisiko: **Polio, Brucellose, Murines Fleckfieber, Alt-Welt-Phlebovirosen, Fünf-Tage-Fieber, Bilharziose, Filariose, Zecken-Rückfallfieber**
- weil auch in Deutschland nicht selten: **Lungentuberkulose, Tularämie, Shigellose, Paratyphus, Hepatitis A, FSME, Masern, Varizellen,**

Septikämien sekundär zu Wundinfektionen (inkl. Milzbrand), Giardiasis und andere Gastroenteritiden

- weil Inkubationszeit sehr kurz und Übertragung auf der Reise unwahrscheinlich oder unmöglich: **Denguefieber, Chikungunyafieber, Gelbfieber, Cholera, Ebola-fieber, Marburgfieber, Beulenpest/Pestsepsis**
- (Unbehandelte) **HIV-Infektionen** und daraus resultierende opportunistische Erkrankungen
- Hautinfektionen: **Lepra, Mykosen, Skabies**

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

35. Woche 2015 (Datenstand: 16.9.2015)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	140	4.331	4.322	5	70	76	48	818	811	1	24	35
Bayern	201	5.678	5.376	4	177	177	45	1.133	1.415	1	71	52
Berlin	71	2.119	1.906	1	52	54	21	321	449	2	44	53
Brandenburg	74	1.612	1.577	3	29	21	12	341	473	1	5	4
Bremen	18	371	359	0	2	0	1	38	32	0	2	3
Hamburg	46	1.228	1.361	2	13	34	9	162	184	1	23	26
Hessen	111	3.008	3.005	2	24	28	25	520	565	1	28	23
Mecklenburg-Vorpommern	61	1.306	1.370	0	43	65	14	248	355	0	0	2
Niedersachsen	177	3.628	3.756	8	119	114	36	732	842	0	4	4
Nordrhein-Westfalen	491	12.186	12.576	8	151	212	87	1.790	2.021	3	26	26
Rheinland-Pfalz	98	2.552	2.565	5	66	65	27	423	506	0	10	13
Saarland	13	729	809	1	7	2	1	78	92	0	0	1
Sachsen	189	3.730	3.405	6	122	139	31	653	1.009	0	19	16
Sachsen-Anhalt	48	1.126	1.228	2	47	57	16	391	625	2	6	9
Schleswig-Holstein	65	1.664	1.709	2	18	24	6	230	295	0	6	2
Thüringen	54	1.351	1.338	1	24	26	22	385	672	0	5	9
Deutschland	1.857	46.635	46.664	50	964	1.094	401	8.267	10.347	12	273	278

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	0	80	75	31	5.256	4.696	15	1.644	1.911	5	269	342	0	24	40
Bayern	8	236	202	58	7.768	5.302	24	2.232	3.697	8	432	544	3	85	101
Berlin	2	44	48	27	1.959	2.031	7	1.266	1.262	10	220	236	12	86	74
Brandenburg	2	56	66	23	2.686	2.355	5	1.642	1.488	1	67	62	2	36	51
Bremen	0	4	3	2	388	449	1	188	150	0	17	16	0	1	6
Hamburg	1	47	37	17	1.322	1.279	5	717	724	0	71	79	3	28	17
Hessen	5	128	97	20	4.078	2.798	12	1.483	1.711	7	138	196	5	62	53
Mecklenburg-Vorpommern	0	33	34	32	2.613	2.035	8	1.232	1.241	1	66	96	6	58	46
Niedersachsen	3	131	160	34	4.841	4.333	17	2.678	1.926	2	88	140	5	55	69
Nordrhein-Westfalen	12	344	277	105	15.322	9.135	26	4.247	5.126	15	313	583	18	163	252
Rheinland-Pfalz	1	108	112	34	4.419	2.657	11	1.013	1.098	3	85	93	0	18	29
Saarland	1	16	13	5	1.313	498	3	226	516	0	21	27	2	5	8
Sachsen	7	200	167	108	7.097	5.316	23	4.521	2.625	10	211	154	15	134	119
Sachsen-Anhalt	4	107	109	60	3.841	2.931	5	2.170	1.849	0	33	66	10	60	30
Schleswig-Holstein	0	28	63	16	1.616	1.694	2	603	687	1	38	42	0	14	11
Thüringen	1	153	160	35	3.351	2.709	13	2.577	2.020	3	86	114	3	30	30
Deutschland	47	1.715	1.624	607	67.888	50.231	177	28.449	28.034	66	2.157	2.790	84	859	936

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

35. Woche 2015 (Datenstand: 16.9.2015)

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
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	3	34	41	0	63	42	6	574	640	2	30	28	7	412	316
Bayern	2	69	62	8	264	96	17	665	745	0	28	25	21	695	471
Berlin	0	24	19	2	41	52	12	287	384	0	9	17	12	244	246
Brandenburg	1	13	14	1	22	13	0	41	48	0	10	4	5	102	73
Bremen	0	1	4	1	1	6	0	3	29	0	1	2	0	51	39
Hamburg	0	9	8	1	26	31	0	74	85	0	7	6	9	121	99
Hessen	4	37	29	7	151	47	6	324	400	0	10	9	9	368	348
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	5	1	9	7	1	28	29	0	5	6	0	28	44
Niedersachsen	2	39	39	2	42	28	3	153	154	1	23	12	8	270	251
Nordrhein-Westfalen	4	107	84	4	150	109	20	572	591	0	35	39	18	783	734
Rheinland-Pfalz	0	19	16	2	32	19	3	160	171	0	19	14	3	186	118
Saarland	0	2	7	0	5	12	1	24	80	0	1	1	0	24	40
Sachsen	0	8	12	1	19	13	3	195	245	0	4	3	3	103	95
Sachsen-Anhalt	0	21	14	1	32	15	1	42	61	0	7	3	6	115	70
Schleswig-Holstein	0	15	10	4	18	12	4	213	101	0	3	12	1	67	51
Thüringen	2	18	15	0	13	2	2	47	86	0	9	5	1	58	48
Deutschland	18	420	379	35	888	504	79	3.403	3.849	3	201	186	103	3.629	3.043

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.	35.	1.–35.	1.–35.
Baden-Württemberg	0	111	9	2	39	45	0	1	1	14	506	1.071	15	2.005	2.747
Bayern	1	156	94	1	100	93	0	6	7	25	1.376	1.824	23	3.071	2.934
Berlin	1	1.238	11	0	30	39	0	5	3	3	437	482	18	1.104	1.143
Brandenburg	0	102	2	0	8	6	0	0	3	7	389	405	8	418	492
Bremen	0	0	4	0	5	1	0	0	0	0	30	12	4	233	346
Hamburg	0	86	13	0	42	17	0	0	1	3	94	124	4	351	244
Hessen	0	62	19	0	20	44	0	0	1	8	304	465	13	877	923
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	1	0	8	7	0	0	0	0	124	133	7	188	138
Niedersachsen	0	45	6	3	32	32	0	1	2	13	392	592	16	1.139	1.021
Nordrhein-Westfalen	1	65	22	3	132	196	0	3	2	28	1.070	1.243	43	2.975	3.763
Rheinland-Pfalz	0	6	3	1	30	35	0	1	3	3	206	404	12	494	536
Saarland	0	0	1	0	6	4	0	0	1	3	34	71	0	72	81
Sachsen	0	270	3	0	11	18	0	0	1	5	218	467	9	1.382	1.428
Sachsen-Anhalt	0	71	4	0	11	4	0	0	2	2	158	299	8	267	392
Schleswig-Holstein	0	39	39	0	27	19	0	2	2	2	110	141	1	315	326
Thüringen	0	165	0	0	8	9	0	1	3	4	316	463	2	348	281
Deutschland	3	2.432	231	10	509	569	0	20	32	120	5.765	8.197	183	15.241	16.796

+ 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

35. Woche 2015 (Datenstand: 16.9.2015)

Krankheit	2015 35. Woche	2015 1.–35. Woche	2014 1.–35. Woche	2014 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	2	347	980	1.167
Brucellose	1	28	30	47
Chikungunya-Fieber	2	77	85	162
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	41	63	90
Dengue-Fieber	14	446	418	626
FSME	4	165	196	265
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	44	55	85
Hantavirus-Erkrankung	13	661	320	571
Hepatitis D	0	12	13	17
Hepatitis E	13	781	430	671
Influenza	3	77.050	6.949	7.508
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	5	385	314	461
Legionellose	21	533	485	859
Leptospirose	1	48	101	160
Listeriose	9	461	386	608
Ornithose	0	5	7	9
Paratyphus	0	21	15	26
Q-Fieber	0	258	192	262
Trichinellose	0	8	1	1
Tularämie	1	16	5	21
Typhus abdominalis	1	38	28	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Läuserückfallfieber**

1. Bayern, 18 Jahre, männlich
2. Bayern, 16 Jahre, männlich
3. Rheinland-Pfalz, 20 Jahre, männlich
(5. bis 7. Läuserückfallfieber-Fall 2015)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 33.–36. Kalenderwoche (KW) 2015

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist von der 33. bis zur 36. Kalenderwoche (KW) 2015 bundesweit stabil geblieben, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden zwischen der 33. und der 36. KW 2015 in 18 (44%) von 41 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. In 16 (39%) Proben wurden Rhinoviren und in zwei (5%) Proben humane Metapneumoviren identifiziert. Nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurden im Berichtszeitraum bislang elf und seit der 40. MW 2014 wurden 70.503 klinisch-laboridiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt (Datenstand: 8.9.2015; <https://influenza.rki.de/>).

Internationale Situation

- Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance:
Von der 32. KW bis 35. KW 2015 wurde aus allen Ländern eine niedrige Influenza-Aktivität an TESSy (*The European Surveillance System*) berichtet (www.flunewseurope.org/).
- Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 244 vom 24.8.2015):
Informationen finden Sie unter: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en

Quelle: Influenza-Monatsbericht der AG Influenza des RKI für die 33.–36. Kalenderwoche 2015

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 Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18 754–23 24
E-Mail: Seedatj@rki.de
- Dr. med. Markus Kirchner, Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: KirchnerM@rki.de
- Redaktionsassistent: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18 754–24 55
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

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