



Epidemiologisches Bulletin

9. Februar 2015 / Nr. 6

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Krebserkrankungen in Deutschland – Wie sieht die aktuelle Entwicklung aus?

In den letzten Jahrzehnten zeigt sich für Krebserkrankungen insgesamt eine steigende Tendenz in den absoluten Erkrankungszahlen. Wesentlicher Grund dafür ist der zunehmende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, vor allem durch die kontinuierlich steigende Lebenserwartung. Das Erkrankungsrisiko bei den meisten Krebsarten steigt mit zunehmendem Alter.

Rechnet man diesen Effekt heraus („altersstandardisierte Raten“), sind Zahlen in Deutschland zumindest seit dem Jahr 2000 in der Summe relativ stabil. Seit etwa 2008 ist sogar eher ein leichter Rückgang zu erkennen. Dazu tragen vor allem die überwiegend rückläufigen Trends der häufigsten in Tabelle 1 aufgeführten Krebsarten bei. Die Ausnahme bildet Lungenkrebs bei Frauen, hier steigen die Erkrankungsraten weiterhin an.

Frauen		Männer	
Brust (C50)	69.700	Prostata (C61)	64.500
Darm (C18–C21)	28.700	Lunge (C33–C34)	35.100
Lunge (C33–C34)	17.600	Darm (C18–C21)	34.300
Krebs gesamt (C00–C97 ohne C44)	228.300	Krebs gesamt (C00–C97 ohne C44)	255.300

Tab. 1: Die geschätzte Zahl der häufigsten Krebsneuerkrankungen in Deutschland nach Geschlecht, 2011 (Bei den Zahlen für Krebs gesamt ist wie international üblich der häufige, aber selten lebensbedrohliche „weiße Hautkrebs“ nicht berücksichtigt.)

Bei den einzelnen Krebsarten zeigen sich allerdings zum Teil deutliche Veränderungen nach oben oder nach unten. Da sich Entstehungsmechanismen, Risikofaktoren und auch die Diagnosemöglichkeiten zwischen den verschiedenen Tumorarten unterscheiden, wirken sich Veränderungen im Lebensstil und in den diagnostischen Möglichkeiten unterschiedlich auf die Häufigkeit einzelner Krebsarten aus. Aufgrund der oft langen Latenzzeiten werden Veränderungen, etwa der Rauch- oder Ernährungsgewohnheiten, jedoch häufig erst nach Jahrzehnten in der Krebsstatistik sichtbar.

Beim Magenkrebs beispielsweise zeigen sich in Deutschland seit mehr als 30 Jahren kontinuierlich sinkende Erkrankungsraten. Dies könnte unter anderem auf veränderte Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen sein, vor allem durch verbesserte Konservierungsmethoden von Lebensmitteln. Stark gesalzene, gepökelte und geräucherte Nahrungsmittel können die Tumorentstehung begünstigen. Im Zeitalter des Kühlschranks werden diese Methoden in geringerem Ausmaß angewandt. Auch die rückläufige Prävalenz von *Helicobacter pylori*-Infektionen in den westlichen Industrieländern dürfte eine Rolle spielen. Bei Darmkrebs sinken die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten etwa seit Beginn des Jahrtausends. Die Ursachen hierfür sind nicht eindeutig. Möglicherweise trägt die Einführung der Darmspiegelung als Früherkennungsmaßnahme dazu bei, Ernährungsgewohnheiten oder andere Faktoren können eine

Diese Woche 6/2015

Zur aktuellen Entwicklung der Krebserkrankungen in Deutschland

Publikationshinweis des RKI:
Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie

Vorgehensweise zur Übermittlung einer TB bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen
November 2014

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
3. Woche 2015

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



Neuerkrankungen pro 100.000 Personen

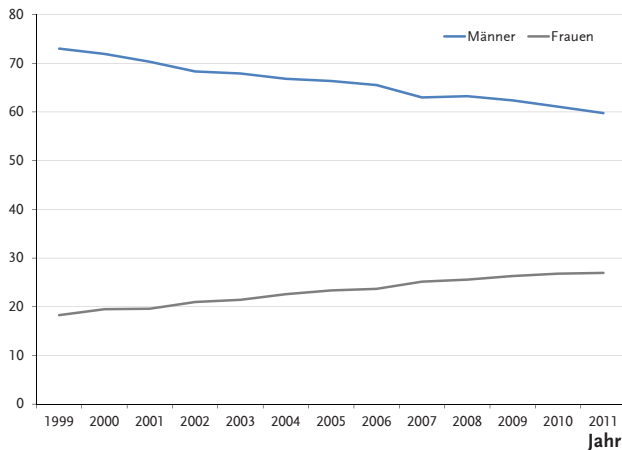


Abb. 1: Entwicklung der Neuerkrankungsrate an Lungenkrebs in Deutschland 1999 bis 2011, nach Geschlecht (jährliche Neuerkrankungen pro 100.000 Personen, altersstandardisiert nach Europastandard)

zusätzliche Rolle spielen. Eindeutig ist hingegen der Effekt des Rauchens auf Lungenkrebs. Bei Männern hat sich der Tabakkonsum in den letzten Jahrzehnten verringert, was sich auch in rückläufigen Neuerkrankungsraten widerspiegelt. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts haben hingegen zunächst immer mehr Frauen zur Zigarette gegriffen, sodass sich bei ihnen seit einiger Zeit steigende Erkrankungsraten zeigen (s. Abb. 1). Rauchen beeinflusst als Risikofaktor noch weitere Krebsarten, beispielsweise Kehlkopf- und Blasenkrebs. Auch hier zeigt sich bei Männern ein Rückgang der Erkrankungsraten.

Beim Schilddrüsenkrebs hingegen sind etwa seit der Jahrtausendwende kontinuierlich steigende Erkrankungsraten zu beobachten. Hiervon sind überwiegend junge Erwachsene, vor allem Frauen, betroffen. Die Zunahme betrifft ausschließlich den papillären Typ mit sehr guter Prognose. Dieser Trend ist in ähnlichem Ausmaß auch in vielen anderen Ländern zu beobachten und wird am ehesten auf bessere bzw. intensivere medizinische Diagnostik zurückgeführt, etwa im Rahmen der Abklärung anderer Schilddrüsenenerkrankungen.

Langfristig sind auch die Erkrankungsraten beim Leberkrebs (Männer) und Bauchspeicheldrüsenkrebs (Männer und Frauen) angestiegen, hier sind die Gründe noch weitgehend unklar. Die Zahlen beim malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs) haben ebenfalls bei beiden Geschlechtern über eine lange Zeit deutlich zugenommen.

Dies lässt sich auf eine vermehrte Belastung mit UV-Licht zurückführen, unter anderem bedingt durch verändertes Freizeitverhalten. Zusätzlich gab es einen kurzfristigen Anstieg nach Einführung des Hautkrebscreenings im Jahr 2008. Seitdem wurden deutlich mehr Melanome – vor allem im frühen Stadium – diagnostiziert.

Generell kann die Einführung von Früherkennungsmaßnahmen die Erkrankungsraten kurz- und langfristig beeinflussen, wobei auch hier, je nach Krebsart, die Auswirkungen sehr unterschiedlich sein können. Entscheidend ist dabei, in welchem Stadium die Maßnahme ansetzt. Werden überwiegend Frühstadien entdeckt, wie etwa beim Mammografie-Screening, steigen die Erkrankungsraten kurzfristig stark an, um dann jedoch wieder zu sinken und sich, wahrscheinlich auf einem etwas höheren Niveau als vor der Einführung, einzupendeln. Das Ziel dieser Maßnahme ist eine frühere Diagnose und damit verbunden bessere Behandlungschancen. Werden im Rahmen einer Screeningmaßnahme bereits präkanzeröse Strukturen (Vorstufen der Erkrankung) erkannt und können entfernt werden, kann sich dies in langfristig sinkenden Erkrankungszahlen widerspiegeln. Dies ist allerdings bisher praktisch nur beim Gebärmutterhals- sowie beim Darmkrebs möglich.

Datengrundlage

Das Zentrum für Krebsregisterdaten schätzt jährlich die Zahl der Krebserkrankungen in Deutschland, die Basis bilden Daten aus den epidemiologischen Krebsregistern der Bundesländer. Da die Erfassung in Deutschland erst seit kurzem flächendeckend ist, liegen noch nicht aus allen Bundesländern belastbare Daten vor. Dies macht derzeit noch eine Schätzung der bundesweiten Zahlen erforderlich.

Die Zahlen sind online über eine interaktive Datenbankabfrage zugänglich. Auf der Website www.krebsdaten.de/ abfrage lassen sich eigene Tabellen mit den zur Verfügung stehenden Daten gestalten. Es finden sich detaillierte Informationen zu Erkrankungs- und Sterberaten sowie zur Prävalenz und zu den Überlebensraten für verschiedene Krebserkrankungen. Die Daten werden jährlich aktualisiert. Die nächste Aktualisierung ist ab Mitte Februar verfügbar.

Für diesen Bericht danken wir Ina Schönfeld vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: SchoenfeldI@rki.de).

Hinweise auf Publikationen des Robert Koch-Instituts

Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie Fachwörter – Definitionen – Interpretationen

In einem neuen, vom Robert Koch-Institut herausgegebenen Fachwörterbuch soll ein Beitrag zum einheitlichen Gebrauch der Fachsprache geleistet werden. Aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden rund 850 Begriffe oder Bezeichnungen als Hauptstichworte ausgewählt (durch wichtige Synonyme und Ableitungen ergänzt), definiert und z.T. interpretiert. In Ergänzung der einschlägigen Lehrbücher steht damit eine geeignete Grundlage für Aus-, Fort- und Weiterbildung und die berufliche Praxis zur Verfügung.

Autor des Fachwörterbuches ist Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl, der am Ende eines langen beruflichen Wirkens im Öffentlichen Gesundheitsdienst zuletzt am RKI tätig gewesen ist und dort Ende der Neunzigerjahre das *Epidemiologische Bulletin* ins Leben gerufen und jahrelang die Redaktion inne hatte. Die erarbeitete Sammlung von *Termini technici* wurde von ihm in einem ausführlichen Dialog mit heute am RKI tätigen Fachkollegen erarbeitet und ergänzt.

Das Fachwörterbuch kostet 9,85 Euro und kann bei der Pressestelle des RKI (presse@rki.de) bestellt werden. Es ist auch im Internet unter www.rki.de/fachwoerterbuch abrufbar.

Vorgehensweise zur Übermittlung einer Tuberkulose bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten

In Bezug auf Tuberkulose-Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten (z. B. als Tourist, Besuch bei Freunden/Verwandten, Aufenthalt als Au-Pair oder im Rahmen eines Studienseesters) und bei denen während ihres Aufenthaltes in Deutschland eine Tuberkulose (TB) diagnostiziert wird, kommt es immer wieder zu der Frage, ob solche Fälle auch zu melden bzw. zu übermitteln seien.

Da nicht auszuschließen ist, dass ein solcher TB-Patient während seines Aufenthaltes andere Personen in Deutschland angesteckt hat und er somit zu einem Indexfall für diese Personen wird – sollten sie an einer TB erkranken – ist es sinnvoll, auch die sich nur vorübergehend oder kurzfristig in Deutschland aufhaltenden TB-Patienten in der Meldesoftware zu erfassen und auch zu übermitteln. Dies ist insbesondere mit Blick auf ggf. einzuleitende Umgebungsuntersuchungen notwendig, denn ohne diese Meldung würde der Indexpatient unbekannt bleiben.

Vor diesem Hintergrund gilt folgende Vorgehensweise:

- ▶ Eine **Meldepflicht** von Seiten des Labors/behandelnden Arztes an das für den vorübergehenden Aufenthaltsort des Patienten zuständige Gesundheitsamt besteht **immer**.
- ▶ Eine **Übermittlung** vom zuständigen Gesundheitsamt über die Landesstelle an das RKI sollte ebenfalls **immer** erfolgen – unabhängig davon, wie lange oder kurz der

Patient sich in Deutschland aufgehalten hat. Auch ist es dabei unerheblich, ob ggf. eine TB-Diagnose bereits im Heimatland erfolgt ist und die TB somit dort bereits bekannt ist.

Diese Melde- und Übermittlungspflicht gewährleistet, dass die Gesundheitsämter entsprechende Umgebungsuntersuchungen einleiten können und dadurch weitere Erkrankte bzw. Infizierte im Umfeld des Erkrankten frühzeitig erkannt werden können.

Durch die oben genannte Vorgehensweise kann es ggf. zu einer Doppelerfassung der Fälle auf europäischer bzw. weltweiter Ebene kommen, die hier bewusst in Kauf genommen wird. Die Public-Health-Relevanz (Erfassung möglicher Indexpatienten, die in Deutschland weitere Personen anstecken und daraus resultierende Schutzmaßnahmen durch das Gesundheitsamt => Umgebungsuntersuchungen) wird hier höher gewertet als der (geringe) Einfluss auf die Fallzahlen auf europäischer oder weltweiter Ebene – zumal davon auszugehen ist, dass angesichts einer großen Zahl von weltweiten Untererfassungen die Doppelerfassungen von Fällen – nämlich ggf. im Heimatland und in Deutschland – eine eher zu vernachlässigende Rolle spielen.

Beitrag aus dem Robert Koch-Institut, Fachgebiet „Respiratorisch übertragbare Erkrankungen“ (FG 36). **Ansprechpartnerin** ist Dr. Bonita Brodhun (E-Mail: BrodhunB@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten							Berichtsmonat: November 2014 (Datenstand: 1.2.2015)								
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
	Nov.	Jan.–Nov.		Nov.	Jan.–Nov.		Nov.	Jan.–Nov.		Nov.	Jan.–Nov.		Nov.	Jan.–Nov.	
Baden-Württemberg	41	458	434	34	328	299	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bayern	75	792	567	59	563	409	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Berlin	94	966	769	34	418	480	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	4	79	61	8	62	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bremen	3	28	49	6	39	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	23	324	315	20	189	148	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	30	277	336	27	246	256	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	7	91	35	12	66	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	29	344	293	19	189	184	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	108	1.154	1.130	70	760	675	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	14	170	155	8	106	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saarland	3	57	51	0	35	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	21	274	220	15	165	132	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	4	102	82	4	88	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	6	102	74	7	86	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	3	65	84	2	40	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deutschland	465	5.283	4.655	325	3.380	3.026	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2015 (Datenstand: 4.2.2015)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015	2014		2015	2014		2015	2014		2015	2014	
3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	
Baden-Württemberg	188	359	339	0	1	7	20	32	59	2	4	2
Bayern	211	418	383	6	12	10	28	51	90	1	3	3
Berlin	90	186	129	4	4	5	3	9	55	1	2	2
Brandenburg	57	121	74	2	5	2	7	26	43	0	0	1
Bremen	11	27	20	0	0	0	2	4	3	0	0	2
Hamburg	43	104	111	0	0	2	3	7	12	0	2	3
Hessen	106	242	214	1	1	0	12	27	23	0	3	0
Mecklenburg-Vorpommern	33	69	68	1	3	1	9	18	31	0	0	0
Niedersachsen	129	293	277	7	13	7	17	44	71	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	448	1.056	1.079	2	10	8	49	139	119	1	1	0
Rheinland-Pfalz	87	211	204	3	6	1	12	37	41	0	0	2
Saarland	33	72	74	0	0	1	0	2	4	0	0	0
Sachsen	100	255	214	0	1	7	16	55	48	1	1	0
Sachsen-Anhalt	23	53	65	1	2	3	8	20	35	0	0	0
Schleswig-Holstein	63	152	166	0	0	1	4	8	19	0	0	0
Thüringen	33	85	109	2	2	0	11	25	33	0	0	0
Deutschland	1.658	3.708	3.527	29	60	55	201	504	686	6	16	16

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015	2014		2015	2014		2015	2014		2015	2014		2015	2014	
3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	3.	1.-3.	1.-3.	
Baden-Württemberg	2	3	5	235	613	738	27	55	104	9	17	28	0	0	2
Bayern	6	16	16	409	993	774	32	63	184	12	20	22	4	5	4
Berlin	0	3	5	120	283	360	12	66	71	8	18	24	2	4	9
Brandenburg	3	5	5	173	443	438	30	62	71	4	19	3	1	1	3
Bremen	0	0	0	12	36	29	0	3	4	2	3	2	0	0	0
Hamburg	0	0	5	73	165	150	2	12	22	1	4	4	0	0	2
Hessen	3	7	6	163	387	366	30	67	73	7	10	13	3	5	5
Mecklenburg-Vorpommern	3	5	3	184	437	276	16	35	93	3	6	12	1	3	2
Niedersachsen	3	5	16	250	725	614	30	76	94	4	7	12	2	5	5
Nordrhein-Westfalen	8	20	16	735	2.026	1.332	75	211	250	2	13	39	4	6	7
Rheinland-Pfalz	4	5	6	218	542	339	9	29	47	2	4	8	0	0	1
Saarland	0	2	1	71	169	66	4	9	44	0	1	2	0	0	0
Sachsen	3	4	14	360	853	812	69	166	233	10	12	10	1	3	6
Sachsen-Anhalt	6	16	6	197	450	401	44	76	54	2	3	4	1	1	1
Schleswig-Holstein	2	4	4	68	166	178	13	25	35	1	4	7	0	0	0
Thüringen	7	8	12	191	451	364	68	125	81	5	7	7	1	1	1
Deutschland	50	103	120	3.465	8.745	7.244	463	1.082	1.461	72	148	197	20	34	48

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

3. Woche 2015 (Datenstand: 4.2.2015)

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
	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.
Baden-Württemberg	1	2	0	0	0	5	9	23	29	0	2	3	2	14	26
Bayern	5	10	4	5	8	9	12	19	49	2	2	4	18	30	38
Berlin	0	1	2	0	2	6	14	26	17	1	1	4	7	19	15
Brandenburg	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	4	4
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	7
Hamburg	1	2	0	0	2	3	2	5	1	0	0	0	5	12	6
Hessen	2	5	5	2	3	2	11	24	29	0	0	1	9	23	13
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	1	1	1	1	1	3	0	1	1	2	4	1
Niedersachsen	2	7	8	1	2	3	0	3	9	2	3	3	7	20	25
Nordrhein-Westfalen	6	8	2	4	8	5	8	19	32	1	3	4	18	46	58
Rheinland-Pfalz	0	0	2	1	1	2	3	8	8	0	2	1	11	17	7
Saarland	0	0	0	0	0	1	1	2	3	0	0	0	0	0	3
Sachsen	0	2	0	3	3	1	0	4	26	0	0	0	1	9	5
Sachsen-Anhalt	2	4	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1	3	5	4
Schleswig-Holstein	0	1	0	0	1	0	6	20	7	0	0	2	2	5	4
Thüringen	0	0	0	0	2	1	1	5	10	0	0	1	2	4	3
Deutschland	19	42	25	17	33	40	68	161	231	6	15	25	87	214	219

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken *		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.	3.	1.–3.	1.–3.
Baden-Württemberg	0	3	1	3	4	2	0	0	0	27	43	86	-	-	-
Bayern	7	15	1	1	2	19	0	1	1	50	104	148	-	-	-
Berlin	68	153	1	1	2	1	0	0	0	27	49	35	-	-	-
Brandenburg	12	19	2	1	1	1	0	0	0	18	46	26	-	-	-
Bremen	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	-	-	-
Hamburg	0	1	0	2	4	0	0	0	0	2	12	16	-	-	-
Hessen	0	1	0	2	3	6	0	0	0	23	39	32	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	0	0	1	0	0	0	0	8	14	3	-	-	-
Niedersachsen	2	19	1	1	1	1	0	0	0	19	44	56	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	2	6	0	8	15	36	0	1	0	44	85	114	-	-	-
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	1	7	0	0	0	11	16	30	-	-	-
Saarland	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4	1	-	-	-
Sachsen	0	2	0	0	0	1	0	0	1	17	29	27	-	-	-
Sachsen-Anhalt	3	6	2	0	0	1	0	0	0	4	9	26	-	-	-
Schleswig-Holstein	1	2	0	2	3	1	0	0	0	1	3	9	-	-	-
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	30	34	-	-	-
Deutschland	96	228	10	22	38	77	0	2	2	263	528	644	-	-	-

* 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).

* Es stehen derzeit keine Daten zur Statistik der Windpocken zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

3. Woche 2015 (Datenstand: 4.2.2015)

Krankheit	2015	2015	2014	2014
	3. Woche	1.–3. Woche	1.–3. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	6	12	94	1.140
Brucellose	0	1	1	47
Chikungunya-Fieber	9	15	0	159
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	6	76
Dengue-Fieber	11	22	33	626
FSME	2	5	3	261
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	3	3	85
Hantavirus-Erkrankung	12	27	9	554
Hepatitis D	0	2	0	16
Hepatitis E	23	45	25	668
Influenza	1.028	1.601	172	7.485
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	12	51	34	461
Legionellose	15	42	27	860
Leptospirose	1	3	2	160
Listeriose	14	33	28	608
Ornithose	0	0	5	9
Paratyphus	1	4	2	26
Q-Fieber	2	4	8	262
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	0	1	0	21
Typhus abdominalis	1	1	1	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 5. Kalenderwoche (KW) 2015

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 5. Kalenderwoche (KW) 2015 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich deutlich erhöhter ARE-Aktivität. Die Influenza-Positivenrate im NRZ und die erhöhte ARE-Aktivität zeigen die weiter steigende Grippe-Aktivität in Deutschland an. Gemäß der Definition der Arbeitsgemeinschaft Influenza, die sich an der Positivenrate orientiert, begann die diesjährige Grippewelle in der 2. KW 2015.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

36 Länder sendeten für die 4. KW 2015 Daten an TESSy (The European Surveillance System). Die Influenzasaison hat begonnen, vorwiegend in den west- und mitteleuropäischen Ländern. In 16 Ländern wurde eine weiterhin geringe (niedrigster Wert der Aktivitätseinstufung) und in 18 Ländern eine mittlere Influenza-Aktivität verzeichnet. Albanien, Belgien, Italien und Portugal berichteten bereits über eine hohe Influenza-Aktivität mit einer regionalen bis weit verbreiteten Aktivität sowie über einen steigenden Trend. Informationen: <http://www.flunewseurope.org/>

Literaturhinweis

Das Europäische Zentrum für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) hat eine Risikoeinschätzung zum Verlauf der Influenzasaison 2014/15 veröffentlicht. Darin werden folgende Punkte behandelt:

- ▶ Die Influenzasaison in Europa begann in der 1. KW 2015.
- ▶ Influenza A(H3N2)-Viren zirkulieren dominant in Europa, die meisten charakterisierten Viren unterscheiden sich von der entsprechenden Komponente im aktuellen Influenzaimpfstoff.
- ▶ Aufgrund der nicht gut passenden A(H3N2)-Impfstoffkomponente wird eine reduzierte Wirksamkeit des Impfstoffs erwartet, darauf deuten auch erste Untersuchungen zur Wirksamkeit aus Nordamerika hin.
- ▶ Postexpositionsprophylaxe und möglichst frühzeitige Behandlung mit Neuraminidasehemmern sollten Patienten in Risikogruppen angeboten werden.

ECDC Risk Assessment, Seasonal influenza in the EU/EEA countries, 2014 – 2015, January 2015, in englischer Sprache abrufbar unter: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/seasonal-influenza-risk-assessment.pdf>

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 5. 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 erbitten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273