



Epidemiologisches Bulletin

6. April 2017 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde

Einleitung

Nach Angaben der *Global Burden of Disease Study* zählen psychische Störungen mittlerweile zu den häufigsten Ursachen von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und tragen entscheidend zur globalen Krankheitslast bei, wobei Depressionen im Erwachsenenalter an vorderer Stelle stehen.¹ Die Prävention und Versorgung von Depression sowie die Entstigmatisierung von Betroffenen ist in den Zielen der WHO, der OECD, der Europäischen Kommission und den Nationalen Gesundheitszielen verankert. Psychische Gesundheit ist nicht mehr nur zentrales Anliegen der Gesundheitsversorgung, sondern auch als Querschnittsthema in die Gestaltung der Arbeitswelt einbezogen und in die Maßnahmen zum Arbeitsschutz mit aufgenommen (§ 5 ArbSchG (1) 6.).

Eine unabdingbare Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen ist eine gute Datenlage. Auf der Basis der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und dem zusätzlichen Modul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) aus den Jahren 2008–2011 liegen für Deutschland aussagekräftige Daten zur Depression vor.^{2–6} Während Kostenträger in Deutschland von einem erheblichen Anstieg an Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung aufgrund depressiver Störungen seit über 15 Jahren berichten, wird in den epidemiologischen Daten jedoch kein entsprechender Anstieg der Prävalenz von Depression in der Bevölkerung resümiert.⁷ Dennoch wurde wiederholt festgestellt, dass nur ein geringer Teil der Personen mit einer psychischen Störung auch im Gesundheitssystem entsprechend diagnostiziert wird.^{8,9} Es stellt sich also die Frage, wie sich diese Diskrepanz erklären lässt. In repräsentativen Stichproben wurde bisher nicht untersucht, welche psychischen Störungen Menschen haben, die in der Versorgung unter der Diagnose „Depression“ erfasst werden.

Unser Forschungsziel war es zu untersuchen, inwiefern Personen, die von einer Depressionsdiagnose in ärztlicher oder psychotherapeutischer Versorgung berichten, auch gemäß standardisierter Diagnostik eine Depression oder aber eine andere bzw. gar keine psychische Störung aufweisen.

Methode

Datengrundlage der durchgeführten Analysen sind die Daten aus DEGS1 und DEGS1-MH. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18–79 Jahren. Detaillierte Informationen zum Konzept, dem Design und

Diese Woche 14/2017

Depression in der Bevölkerung:
Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde

Monatsstatistik nichtnamentlicher
Meldungen ausgewählter
Infektionen Januar 2017

Aktuelle Statistik meldepflichtiger
Infektionskrankheiten
11. Woche 2017

Zur Situation von Influenza-
Erkrankungen für die
13. Kalenderwoche 2017

Anlässlich des Gründungsdatums der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1948 findet jährlich am 7. April der **Weltgesundheitstag** statt. Das **Thema für 2017** lautet „**Depression – Let's talk**“ und unterstreicht damit die hohe Wichtigkeit von psychischer Gesundheit als wesentliche Voraussetzung für das individuelle Wohlbefinden, eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Der Zusatz „Let's talk“ weist darauf hin, dass Depressionen immer noch mit Stigmatisierung behaftet sind. Ein wichtiger Schritt ist, darüber zu reden und Depressionen als Bestandteil des Lebens vieler Menschen zu verstehen. Zum Weltgesundheitstag haben die RKI-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler Daten und Fakten zu Depressionen zusammengestellt:

- ▶ www.rki.de/weltgesundheitstag2017
- ▶ www.rki.de/depression
- ▶ www.weltgesundheitstag.de



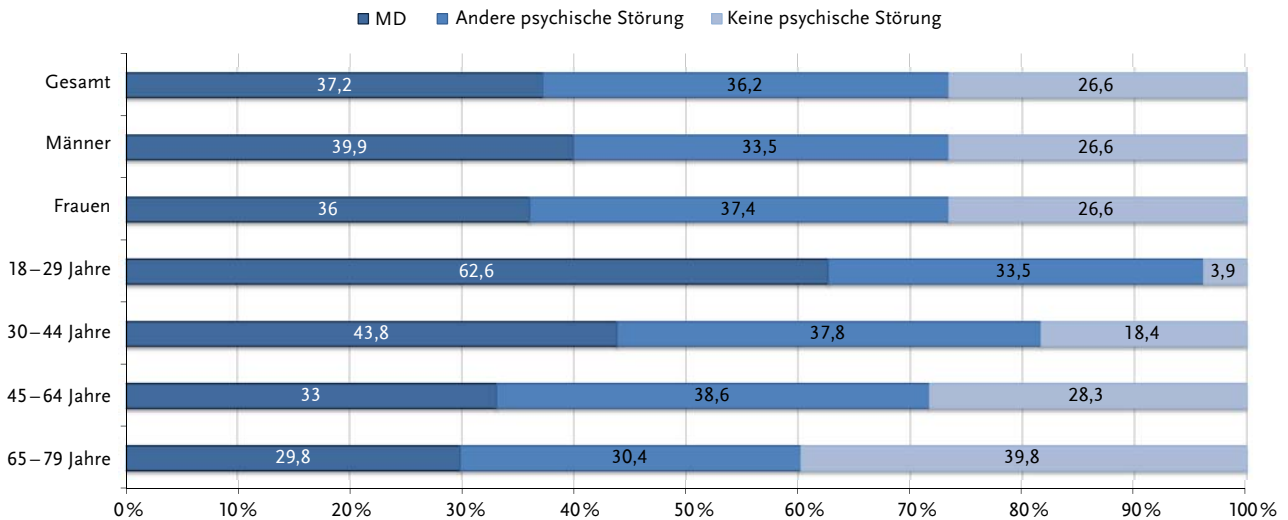


Abb. 1: Anteil der Personen mit einer selbst berichteten diagnostizierten Depression (n = 249), die innerhalb der letzten 12 Monate eine Major Depression (MD), eine andere psychische Störung oder keine psychische Störung gemäß DSM-IV-TR hatten

den Methoden, sowie Details der repräsentativen Stichprobe sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben.^{10–12} Der Interviewabstand von DEGS1 zu DEGS1-MH lag im Median bei sechs Wochen.

Im Rahmen von DEGS1-MH wurde bei insgesamt 4.483 Teilnehmenden ein umfassendes klinisches Interview mit standardisierter Diagnostik durchgeführt. Dabei wurden mit dem *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) psychische Störungen und ergänzende Spezifikationen entsprechend der Kriterien des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*, Textrevision (DSM-IV-TR) für den Zeitraum der letzten 12 Monate computergestützt erfasst.¹² Die Diagnostik der Depression gemäß DSM-IV-TR entspricht weitestgehend der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Die Diagnose „Nikotinabhängigkeit“ wurde bei den Auswertungen nicht als Vorliegen einer psychischen Störung gewertet.

Im Versorgungssystem gestellte Depressionsdiagnosen wurden als Selbstangabe in einem persönlichen Interview durch eine Studienärztin oder einen Studienarzt mit der Frage erfasst: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“ Falls diese Frage bejaht wurde, folgte eine zusätzliche Frage zum Auftreten einer diagnostizierten Depression in den letzten 12 Monaten: „Ist die Depression auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten?“

Ergebnisse

In der Studie erfüllten 6,8% der Studienteilnehmenden innerhalb der letzten 12 Monate die Kriterien für eine Major Depression gemäß DSM-IV-TR, 9,5% der Frauen und 4% der Männer. Eine ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depression (12-Monats-Diagnosen) wurde von 6% der Befragten berichtet, von 8,1% der Frauen und von 3,8% der Männer.

In einem nächsten Analyseschritt wurde untersucht, welche psychischen Störungen sich im klinischen Interview bei denjenigen Studienteilnehmenden feststellen lassen, die von einer ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depression im Versorgungskontext berichten.

Abbildung 1 zeigt für die Personen mit einer selbstberichteten diagnostizierten Depression in den vergangenen 12 Monaten, welcher Anteil dieser Gruppe (1) die Kriterien für eine Major Depression (MD) oder (2) eine andere psychische Störung gemäß DSM-IV-TR erfüllt haben bzw. (3) gemäß der standardisierten Diagnostik keine psychische Störung hatten. Von jenen, die im ärztlichen Interview eine diagnostizierte Depression berichteten, hatten 37,2% eine Major Depression, 36,2% irgendeine andere psychische Störung und 26,6% hatten keine psychische Störung gemäß CIDI-Interview. Hierbei zeigte sich zwischen Männern und Frauen kein Unterschied. Im Vergleich nach Altersgruppen fällt auf, dass nahezu alle jüngeren Personen, die eine diagnostizierte Depression berichten, auch gemäß DSM-IV-TR mit einer Major Depression oder anderen psychischen Störung diagnostiziert werden (96,1%). Im Altersgang nimmt dann der Anteil von Personen zu, die eine im ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgungskontext diagnostizierte Depression angeben, welche durch die Diagnostik gemäß CIDI jedoch nicht bestätigt wird.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Auswertung bestätigen eine hohe Prävalenz von Depression in der Bevölkerung. In der Höhe der Diagnoseraten zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den Daten aus dem Versorgungskontext und jenen, die mittels standardisierter, klinischer Diagnostik geschätzt wurden.

Die gemeinsame Analyse beider Depressionsmaße weist jedoch darauf hin, dass die Übereinstimmung der Diagnoseraten mit zunehmendem Alter der Befragten abnimmt. In Zusammenschau mit Daten aus Krankenkassenstatistiken deutet dies darauf hin, dass im Survey gegenüber dem Versorgungssystem unterschiedliche Personen eine Depressionsdiagnose erhalten. Bei der Interpretation der Differenzen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse auf Selbstangaben der Studienteilnehmenden beruhen und u. a. durch mangelnde Erinnerung oder Unkenntnis bzw. Fehlinterpretation der ärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnose verzerrt sein können.

Auch der hohe Anteil von Diagnosen anderer psychischer Störungen bei Studienteilnehmenden, die eine ärztliche oder psychotherapeutische Depressionsdiagnose berichten, ist erklärungsbedürftig. Hierbei ist denkbar, dass einer depressiven Begleitsymptomatik in der ärztlichen Diagnostik ein zentraler Stellenwert zukommt, sodass sich eine Überbetonung der Depression gegenüber anderen psychischen Störungen zeigt. Andererseits werden Depressionsdiagnosen möglicherweise insgesamt häufiger im Versorgungssystem kodiert, als es die epidemiologische Prävalenz erwarten lassen würde. Die Anwendung von Kodierrichtlinien in der ambulanten Versorgung psychischer Störungen könnte diesbezüglich Aufklärung bringen.

Literatur

1. WHO: Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva WHO 2017; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Maske UE, BATTERY AK, Beesdo-Baum K et al.: Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders* 2016;190,167–177
3. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al.: Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23:304–319
4. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al.: Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015;24:305–313
5. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014;85:77–87

6. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al.: Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2016;87:88–90
7. Jacobi F, Bretschneider J, Müllender S: Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. *Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde*. In K. Kliner, D. Rennert & M. Richter (Hrsg.), *Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche*. BKK Gesundheitsatlas 2015:63–71. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
8. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23:289–303
9. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In S. Pawils & U. Koch (Eds.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin* 2006:3–20. Stuttgart: Schattauer
10. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al.: Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt* 2013;56:620–630
11. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Goesswald A et al.: German health interview and examination survey for adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC public health* 2012;12:730
12. Jacobi F, Mack S, Gerschler A et al.: The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research* 2013;22:83–99

■ Dr. Ulfert Hapke, Julia Bretschneider, Julia Thom
 Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring | FG 26 – Psychische Gesundheit
 Korrespondenz: HapkeU@rki.de
 ■ Vorgeschlagene Zitierweise:
 Hapke U, Bretschneider J, Thom J: Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde. *Epid Bull* 2017;14:121–123 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-018

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten													Berichtsmonat: Januar 2017 (Datenstand: 1. April 2017)		
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.		2017*		2016		
	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	
Baden-Württemberg	-	-	-	19	19	33	13	13	5	1	1	2	0	0	0
Bayern	-	-	-	21	21	57	13	13	14	0	0	7	0	0	0
Berlin	-	-	-	30	30	28	6	6	12	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	-	-	-	4	4	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Bremen	-	-	-	0	0	4	4	4	3	0	0	0	0	0	0
Hamburg	-	-	-	15	15	17	10	10	5	0	0	0	0	0	0
Hessen	-	-	-	9	9	28	7	7	7	0	0	3	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	4	4	5	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Niedersachsen	-	-	-	14	14	24	5	5	5	0	0	1	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	-	-	-	48	48	75	14	14	14	1	1	1	0	0	0
Rheinland-Pfalz	-	-	-	11	11	14	2	2	6	1	1	1	0	0	0
Saarland	-	-	-	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	-	-	-	8	8	11	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	-	-	-	4	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	-	-	-	3	3	5	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Thüringen	-	-	-	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Deutschland	-	-	-	194	194	315	79	79	75	3	3	16	0	0	2

* Es stehen derzeit keine aktuellen Daten zur Syphilis zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2017 (Datenstand: 5. April 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	84	872	993	3	28	21	10	126	216	1	7	11
Bayern	116	1.177	1.358	7	47	33	23	239	252	0	7	18
Berlin	29	342	555	5	22	15	7	53	87	0	5	19
Brandenburg	26	229	309	2	11	12	9	56	71	1	1	0
Bremen	7	67	62	0	4	1	2	13	5	1	2	2
Hamburg	22	245	340	0	11	3	4	40	61	0	7	3
Hessen	66	607	818	0	7	10	10	77	150	0	5	13
Mecklenburg-Vorpommern	19	219	219	0	12	11	2	52	59	0	0	1
Niedersachsen	53	656	1.019	2	49	43	14	167	156	0	0	7
Nordrhein-Westfalen	272	3.105	3.858	4	60	52	38	345	503	2	13	9
Rheinland-Pfalz	47	353	636	1	16	23	12	63	143	0	2	9
Saarland	17	198	198	0	0	1	3	18	18	0	0	2
Sachsen	65	704	913	9	31	18	9	112	124	2	6	1
Sachsen-Anhalt	11	233	334	4	19	15	7	70	98	0	0	3
Schleswig-Holstein	33	324	357	3	20	12	9	64	52	0	0	0
Thüringen	25	322	357	0	10	5	9	82	84	1	1	0
Deutschland	893	9.695	12.328	40	347	275	168	1.578	2.079	8	57	98

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	5	24	22	187	3.193	1.202	90	629	244	6	71	72	0	4	9
Bayern	4	77	74	197	3.981	2.262	218	1.467	634	13	106	142	2	19	18
Berlin	1	15	26	113	1.335	1.046	91	445	448	6	58	77	4	22	16
Brandenburg	2	21	23	64	943	1.276	134	614	709	1	23	26	1	8	10
Bremen	1	6	2	7	81	125	18	74	38	2	9	10	0	1	0
Hamburg	0	8	9	56	571	483	73	409	306	2	27	26	1	10	18
Hessen	1	21	45	63	1.469	906	89	498	370	4	31	49	4	22	23
Mecklenburg-Vorpommern	1	14	12	68	1.197	876	64	272	679	2	17	18	1	18	34
Niedersachsen	2	41	68	99	1.931	1.741	140	698	361	4	37	25	0	11	22
Nordrhein-Westfalen	5	95	136	345	7.998	3.734	258	1.341	865	13	112	134	4	25	47
Rheinland-Pfalz	2	11	46	134	1.730	956	38	187	206	4	17	23	0	3	8
Saarland	0	0	4	32	760	298	17	166	56	0	3	9	0	1	8
Sachsen	3	87	83	166	2.726	2.436	240	1.267	937	7	52	50	0	12	28
Sachsen-Anhalt	2	37	32	110	1.491	1.203	75	478	445	0	33	28	2	12	19
Schleswig-Holstein	3	11	13	42	790	509	47	310	166	2	12	12	1	3	14
Thüringen	4	46	48	114	1.642	1.348	73	559	383	0	11	18	0	6	5
Deutschland	37	517	643	1.802	31.944	20.402	1.671	9.439	6.847	66	620	719	20	177	279

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

11. Woche 2017 (Datenstand: 5. April 2017)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	0	11	28	4	106	56	11	121	127	1	12	12	14	174	167
Bayern	1	24	36	22	207	199	22	199	213	0	13	12	10	162	246
Berlin	8	50	25	7	29	25	7	40	75	0	3	11	0	1	96
Brandenburg	1	5	7	2	19	5	2	6	9	0	4	5	6	27	47
Bremen	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	2	0	5	16
Hamburg	1	6	11	0	10	53	2	24	28	0	0	2	5	38	50
Hessen	2	26	18	7	80	78	10	74	83	1	9	7	10	105	138
Mecklenburg-Vorpommern	1	3	4	2	12	8	2	8	9	0	2	2	4	22	12
Niedersachsen	0	15	30	1	15	32	3	58	75	0	6	10	3	55	85
Nordrhein-Westfalen	3	51	44	4	72	72	13	171	172	1	10	15	17	224	295
Rheinland-Pfalz	0	6	9	5	27	8	3	19	62	1	5	10	3	37	74
Saarland	1	5	3	0	5	2	0	4	10	0	1	0	1	11	6
Sachsen	0	10	5	5	81	82	2	26	49	0	5	4	6	38	48
Sachsen-Anhalt	1	7	8	0	4	11	2	14	22	0	1	3	2	24	35
Schleswig-Holstein	1	4	14	0	22	10	5	55	38	0	2	1	3	40	33
Thüringen	0	2	4	0	2	2	0	10	16	0	0	2	4	32	18
Deutschland	20	228	247	59	696	644	85	831	989	4	74	98	88	998	1.368

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	6	32	0	1	18	23	0	0	1	34	349	222	90	932	1.141
Bayern	4	14	3	2	43	21	0	0	0	68	833	605	140	1.497	1.639
Berlin	1	32	5	0	6	11	0	0	2	9	209	241	41	385	711
Brandenburg	0	1	0	1	4	2	0	0	0	11	194	150	16	163	211
Bremen	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	31	26	10	186	132
Hamburg	1	4	0	1	5	5	0	0	0	8	172	47	6	110	141
Hessen	0	39	1	4	21	14	0	0	0	13	258	208	56	307	392
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	4	2	0	0	0	16	154	51	4	45	57
Niedersachsen	0	2	1	0	17	7	0	1	0	22	209	196	29	327	356
Nordrhein-Westfalen	29	122	5	5	50	29	0	2	1	56	718	490	110	1.138	1.368
Rheinland-Pfalz	0	2	5	0	4	9	0	1	0	18	133	125	15	129	241
Saarland	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4	24	15	1	20	35
Sachsen	0	54	0	0	3	2	0	1	0	15	162	106	59	372	583
Sachsen-Anhalt	0	1	0	0	3	4	0	0	0	7	91	91	5	106	110
Schleswig-Holstein	0	5	1	2	8	8	0	0	1	9	92	41	23	195	184
Thüringen	0	4	0	0	3	3	0	0	0	19	212	223	6	119	68
Deutschland	41	314	21	16	191	141	0	5	5	314	3.849	2.837	612	6.040	7.370

⁺ 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).

Allgemeiner Hinweis: Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle der folgenden Gesundheitsämter (GA) seit der 1. Meldewoche 2017 nicht ausgewiesen: GA Wildeshausen, GA Berlin-Treptow/Köpenick, GA Beeskow, GA Perleberg, GA Luckenwalde und Zentrum für Tuberkulosekranke- und gefährdete Menschen Berlin.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

11. Woche 2017 (Datenstand: 5. April 2017)

Krankheit	2017	2017	2016	2016
	11. Woche	1.–11. Woche	1.–11. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	11	126	124	732
Brucellose	0	4	6	36
Chikungunya-Fieber	0	4	13	74
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	11	22	99
Dengue-Fieber	7	72	218	955
FSME	0	4	5	347
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	19	10	69
Hantavirus-Erkrankung	18	134	38	282
Hepatitis D	0	0	9	33
Hepatitis E	36	435	316	1.991
Influenza	1.610	86.333	40.212	64.437
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	13	205	157	623
Legionellose	9	138	152	992
Leptospirose	0	12	13	93
Listeriose	16	145	140	707
Ornithose	0	1	1	9
Paratyphus	1	6	4	36
Q-Fieber	1	15	95	275
Trichinellose	0	0	2	4
Tularämie	1	4	8	41
Typhus abdominalis	0	10	8	60

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 13. Kalenderwoche (KW) 2017

Die Aktivität der ARE ist in der 13. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität. Die Grippewelle in Deutschland endete nach Definition der AGI in der 11. KW 2017.

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (Flu News Europe)**

Von den 43 Ländern, die für die 12. KW 2017 Daten an TESSy sandten, berichteten 42 Länder (darunter Deutschland) über eine niedrige und ein Land über eine mittlere Influenza-Aktivität (www.flunewseurope.org/).

Aviäre Influenza**Humane Erkrankungen mit aviären Influenza-A(H7N9)-Viren (WHO)**

Die WHO hat am 5.4.2017 die Zahl humaner Fälle mit aviärer Influenza-A(H7N9)-Virusinfektion in China aktualisiert. Danach wurden mit Datenstand vom 31.3.2017 insgesamt 1.364 humane Fälle seit 2013 bestätigt. Die WHO rät Reisenden nach China vom Besuch von Geflügelhaltungen ab. Der Kontakt mit lebenden Tieren auf Geflügelmärkten in den betroffenen Provinzen sollte vermieden werden sowie Tiere, in denen offensichtlich Geflügel geschlachtet wird oder die mit Geflügelkot kontaminiert sind (www.who.int/csr/don/05-april-2017-ah7n9-china/en/).

Ausbrüche hochpathogener aviärer Influenza A(H5N8) bei Geflügel und Wildvögeln in Deutschland und weiteren europäischen Ländern (FLI)

Das FLI hat seine Risikoeinschätzung zur hochpathogenen aviären Influenza A(H5N8) am 31.3.2017 aktualisiert. Nach Einschätzung des FLI weist das Auftreten von hoch pathogenen aviären Influenzaviren (HPAIV) H5N8 in 29 europäischen Staaten und die schnelle Verbreitung darauf hin, dass die räumliche Ausbreitung der Infektion mit großer Dynamik erfolgt ist. Zum ersten Mal seit Beginn der aktuellen Geflügelpest-Epidemie sei die Anzahl neuer Meldungen bei Wildvögeln deutlich zurückgegangen, wohingegen fast täglich neue Ausbrüche aus der geflügeldichtesten Region Deutschlands in Niedersachsen gemeldet würden (www.fli.de/de/aktuelles/tierseuchengeschehen/aviaere-influenza-ai-geflugelpest/). Informationen zu aviärer Influenza, Hinweise für Ärzte sowie Verweise auf weitere Internetquellen zur aktuellen Situation weltweit und in Europa sind auf den RKI-Seiten abrufbar unter: www.rki.de/vogelgrippe.

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 13. KW 2017
<https://influenza.rki.de>

Impressum**Herausgeber**

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

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324

E-Mail: Seedatj@rki.de

Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Das Epidemiologische Bulletin

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

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

Hinweis: Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273