



Epidemiologisches Bulletin

26. September 2019 / Nr. 39

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Untersuchung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu Tuberkulose bei Asylbewerbern in Bayern

Die infektionshygienische Kontrolle bei der Unterbringung von Asylsuchenden und unbegleiteten Minderjährigen (uM) in Gemeinschaftsunterkünften ist eine wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

Laut [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) zählt die Tuberkulose (TB) bei Asylsuchenden, neben Hepatitis B und Windpocken, zu den am häufigsten gemäß den §§ 6, 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelten meldepflichtigen Infektionskrankheiten.¹

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Häufigkeit und dem Zeitpunkt der TB-Diagnose bei Asylsuchenden in Bayern und geht der Frage nach, wie effektiv das in Bayern etablierte TB-Screening-Verfahren ist.

Im vorliegenden Beitrag werden unter dem Begriff „Asylsuchende“ sowohl Personen die beabsichtigen einen Asylantrag zu stellen bzw. sich im Asylverfahren befinden, als auch Schutz- und Bleibeberechtigte zusammengefasst.

Einleitung

Laut Schätzungen der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) erkrankten 2017 weltweit 10 Millionen Menschen an TB. 1,6 Millionen starben laut [Global Tuberculosis Report 2018](#) an den Folgen der Krankheit.² Tuberkulose gehört damit global zu den zehn häufigsten Todesursachen. Über 95 % der Erkrankten und an TB Verstorbenen stammen dabei aus Entwicklungsländern. Im Jahr 2017 traten 62 % der neu diagnostizierten TB-Fälle in Asien auf und 25 % in Afrika. Sechs Hochprävalenzländer machten dabei 60 % der Neuerkrankungen aus: Indien, Indonesien, China, Nigeria, Pakistan und Südafrika.²

Zu den besonders vulnerablen Risikogruppen für eine TB zählen Menschen mit HIV-Infektion, aber auch Säuglinge und Kinder unter fünf Jahren sowie alte Menschen. Das Übertragungsrisiko erhöht sich bei schlechten hygienischen Bedingungen oder wenn viele Menschen zusammen auf engem Raum leben. So tragen auch die Bedingungen der Flucht mit körperlichen und seelischen Strapazen sowie die Unterbringung in großen Auffanglagern mit oftmals unzureichenden hygienischen Verhältnissen zu einem höheren Infektions- und Erkrankungsrisiko bei.³

Die Anzahl der nach IfSG an das RKI übermittelten TB-Fälle nahm nach jahrelangem rückläufigem Trend ab 2013 zu. Dieser Anstieg kann insbesondere in den Jahren 2014 und 2015 mit den Migrationsbewegungen (z.T. aus TB-Hochprävalenzregionen) und der großen Anzahl gesetzlich vorgeschriebener TB-Screeninguntersuchungen bei Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte erklärt werden.³ Der Flüchtlingsstrom nach Deutschland war 2015 besonders stark: Mit knapp 6.000 nach IfSG übermittelten Erkrankungen betrug der Zuwachs gegenüber dem Vorjahr nahezu 30%.³ Im Jahr 2018 wurden dem RKI insgesamt 5.429 TB-Fälle übermittelt, welche die Referenzdefinition erfüllten, entsprechend einer Inzidenz von 6,5 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.³ Der Anteil an allen TB-Patienten, die nicht in Deutschland geboren wurden, ist in den letzten Jahren gestiegen und betrug zuletzt (2018) 73,9 %.

Diese Woche 39/2019

Untersuchung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu Tuberkulose bei Asylbewerbern in Bayern

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
36. Woche 2019



Gemäß § 62 AsylG i. V. m. und § 36 Abs. 4 IfSG sind um Asylsuchende Personen, die in eine Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft aufgenommen werden, verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Thorax-Röntgenaufnahme zu dulden.

In Bayern erfolgt spätestens am dritten Tag nach Aufnahme und Registrierung des Asylsuchenden in der Aufnahmeeinrichtung die TB-Untersuchung, ab Vollendung des 15. Lebensjahres mittels einer Röntgenaufnahme der Lungen und ab Vollendung des 10. bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie bei Schwangeren mittels eines anderen geeigneten Verfahrens (z. B. *Interferon-Gamma-Release-Assay* [IGRA]).⁴ Kinder unter zehn Jahren werden nicht systematisch auf TB untersucht, sondern Anlassbezogen (z. B. nach Exposition gemäß dem standardisierten Vorgehen bei Umgebungsuntersuchungen oder bei entsprechender Symptomatik).

In der vorliegenden Arbeit wurden die an das [Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit \(LGL\)](#) gemäß § 11 IfSG übermittelten TB-Fälle bei Asylsuchenden im Einjahreszeitraum September 2015 bis September 2016 ausgewertet, um zu ermitteln, wie viele TB-Fälle bei Asylsuchenden unmittelbar durch das in Bayern etablierte Screening-Verfahren und wie viele zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert wurden.

Methode

Insbesondere auch, um eine Weiterverbreitung der TB in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende zu verhindern, unterliegen diese gem. § 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Die TB ist nach den §§ 6, 7 IfSG meldepflichtig. Untersuchungsergebnisse müssen demnach gem. § 8 IfSG namentlich durch den behandelnden Arzt bzw. das diagnostizierende Labor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden. Bei einem positiven TB-Befund ermittelt das Gesundheitsamt u. a. Alter, Geburtsland, Geschlecht und weitere Details zur Erkrankung des Patienten. Die an das Gesundheitsamt der Hauptwohnung gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle einer behandlungsbedürftigen TB sowie Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 11 IfSG entsprechen, werden spätestens am folgenden Arbeitstag anonymisiert an die zuständige Landesbehörde (in Bayern gem. § 66 Zuständigkeitsverordnung (ZustV) an das LGL) weitergeleitet.⁵ Von dort werden sie an das RKI übermittelt.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die von den 76 Gesundheitsämtern Bayerns an das LGL gemäß § 11 IfSG übermittelten TB-Erkrankungen analysiert. Verfügbar waren diese Daten in der Meldedatenbank des LGL mittels der Meldesoftware [SurvNet@RKI](#).⁶

Von allen zwischen September 2015 und September 2016 übermittelten TB-Fällen fand eine Vorauswahl statt, bei denen vermutet werden konnte, dass es sich um Asylsuchende handelte und folgende Kriterien erfüllt waren: als „Anlass der Diagnose“ war „Asylbewerber/in oder Geflüchteter/e, Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft“ angegeben; in dem

Zusatzfeld zur Erfassung des Asylstatus war bei „Angaben zu Asylsuchenden“ „Asylsuchend“ angekreuzt.; im Feld „Diagnose Anlass“ war als Geburtsland z. B. „Syrien“, angegeben. Folgende Informationen wurden für die Auswertung berücksichtigt: Erkrankungsbeginn, Beginn der Symptome, Datum der Diagnosestellung, Geburtsdatum, Alter, Geschlecht, Geburtsland, asylsuchend ja/nein, unbegleitete/r Minderjähriger/e ja/nein, Anlass der Diagnose, Datum der Gesundheitsuntersuchung, Datum der Ankunft in Deutschland.

Die so für die Analyse ermittelten möglicherweise relevanten Datensätze wurden den zuständigen bayerischen Gesundheitsämtern mit der Bitte um Überprüfung bzw. Ergänzung fehlender Angaben zugesandt.

Die nach IfSG teilweise nicht zur Übermittlung vorgesehenen Felder „Beginn der Symptome“, „Datum der Diagnosestellung“, „Unbegleitete/r Minderjährige/r ja/nein“, „Datum der Gesundheitsuntersuchung“ und „Datum der Ankunft in Deutschland“ wurden für die Untersuchung von den Gesundheitsämtern, sofern bekannt, ergänzt.

Um die Zeiträume zwischen Aufnahmeuntersuchung und Diagnose zu ermitteln und zu erheben wie viele TB-Fälle erst im weiteren Verlauf diagnostiziert wurden, wurde aus den Datumsangaben der Zeitabstand zwischen der Ankunft in Deutschland bzw. der Gesundheitsuntersuchung und der Diagnosestellung errechnet (Berechnung der Differenz in Monaten). Die Daten der Ankunft in Deutschland und der Gesundheitsuntersuchung wurden dabei analog verwendet, da gemäß Regelung des [Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege \(StMGP\)](#) die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG bis drei Tage nach Aufnahme und Registrierung des Asylsuchenden in einer Aufnahmeeinrichtung und somit kurz nach der Ankunft in Deutschland durchgeführt werden soll.⁴ Sofern das Datum der Diagnosestellung nicht bekannt war, wurde stellvertretend der Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome verwendet.

Betrug die Differenz zwischen der Ankunft in Deutschland bzw. der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG und der Diagnosestellung zwei Monate oder mehr, wurde die Diagnosestellung als unabhängig von der § 62 Untersuchung eingestuft. Dabei wurden auch Fälle miteinbezogen, die im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung diagnostiziert wurden. Fälle mit fehlenden Zeitangaben wurden ausgeschlossen (s. Flussdiagramm, Abb. 1).

Das Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung wurde errechnet aus der Differenz in Monaten zwischen Geburtsdatum und Alter bei Diagnosestellung. Für die Häufigkeitsberechnung wurden die gemeldeten Erkrankungszahlen in Relation zu den für den Untersuchungszeitraum geschätzten Asylbewerberzahlen gesetzt, die dem LGL vom [Bayerischen](#)

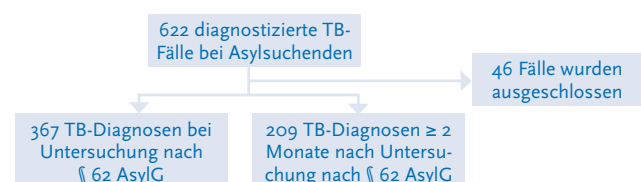


Abb. 1: Flussdiagramm der in der Analyse berücksichtigten TB-Fälle

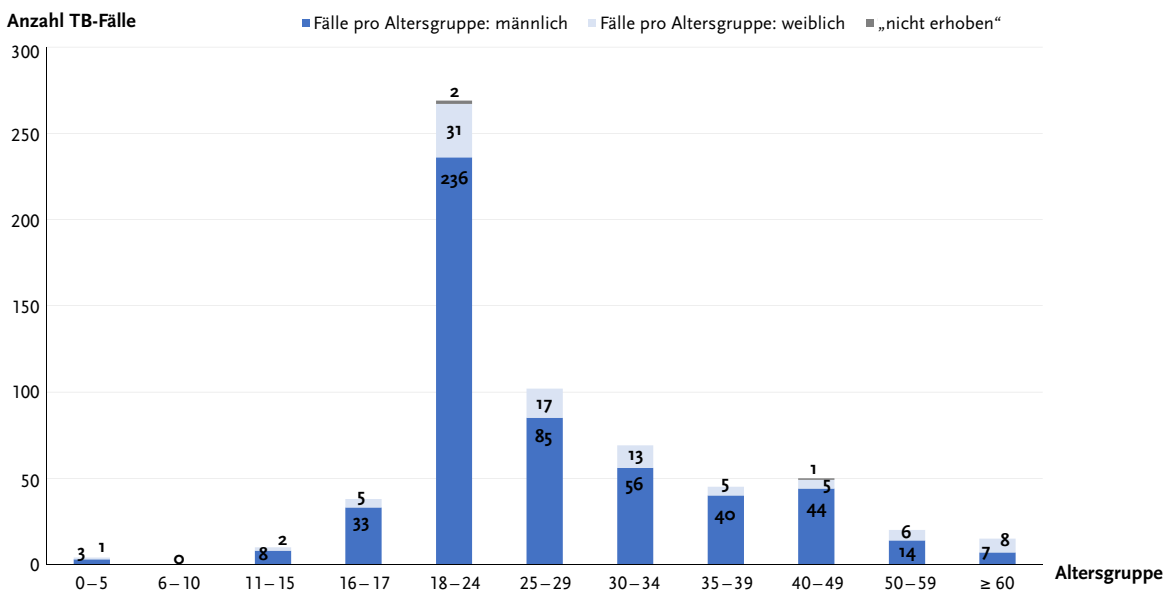


Abb. 2: Anzahl der TB-Fälle bei Asylsuchenden nach Altersgruppe in Jahren, Bayern, 2015/2016 (n = 622)

Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) für die neun häufigsten Herkunftsländer (HKL) (Syrien, Afghanistan, Irak, Nigeria, Eritrea, Pakistan, Iran, Ukraine, Äthiopien) zur Verfügung gestellt wurden.

Ergebnisse

Im Zeitraum von September 2015 bis September 2016 (KW 40/2015–KW 35/2016) wurden 622 TB-Fälle bei Asylsuchenden diagnostiziert, davon waren 613 TB-Fälle älter als 15 Jahre. Die Fallzahlen waren in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen am höchsten (43,2% der Fälle). Insgesamt 68,0% der gemeldeten TB-Fälle betrafen unter 30-Jährige (s. Abb. 2).

In 85% der Fälle waren die Betroffenen männlich. Die meisten Fälle fanden sich bei Asylsuchenden aus Somalia (n = 150), Afghanistan (n = 89) und Äthiopien (n = 84). 62% der Fälle stammten aus den afrikanischen Ländern Somalia, Äthiopien, Eritrea, Senegal, Nigeria, Mali, Sierra Leone, Demokratische Republik Kongo, Guinea und Uganda. Aus Syrien, dem Land mit der größten Anzahl an Asylsuchenden im beobachteten Zeitraum, stammten 46 Fälle (7%).

Bei 367 der 622 (59%) Fälle wurde die TB-Diagnose eindeutig im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft in Deutschland oder auch in einem anderen Land der EU gestellt. Bei 209 der 622 (33,6%) Fälle (davon 204 > 15 Jahre) wurde die Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt (≥ 2 Monate), also nicht im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG diagnostiziert. Bei 46 der 622 Fälle (7,4%) fehlten hierzu die Datenangaben. Der Anteil der TB-Fälle, die zeitlich nach der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG aufgetreten sind, lag zwischen 33,6% und 41,0% (abhängig davon, ob die 46 Fälle ohne Angaben ausgeschlossen oder als potenziell nachfolgend diagnostiziert berücksichtigt werden). Der Median der Zeitspanne von Gesundheitsuntersuchung bis zur Diagnose lag bei 9, das 25%-Quartil bei 5 und das 75%-Quartil bei 19 Monaten. 62,2% der Erkrankungsfälle (n = 130), die bei der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG nicht entdeckt wurden bzw. noch nicht erkrankt waren, traten erst 12 Monate nach der Erstuntersuchung auf (s. Abb. 3).

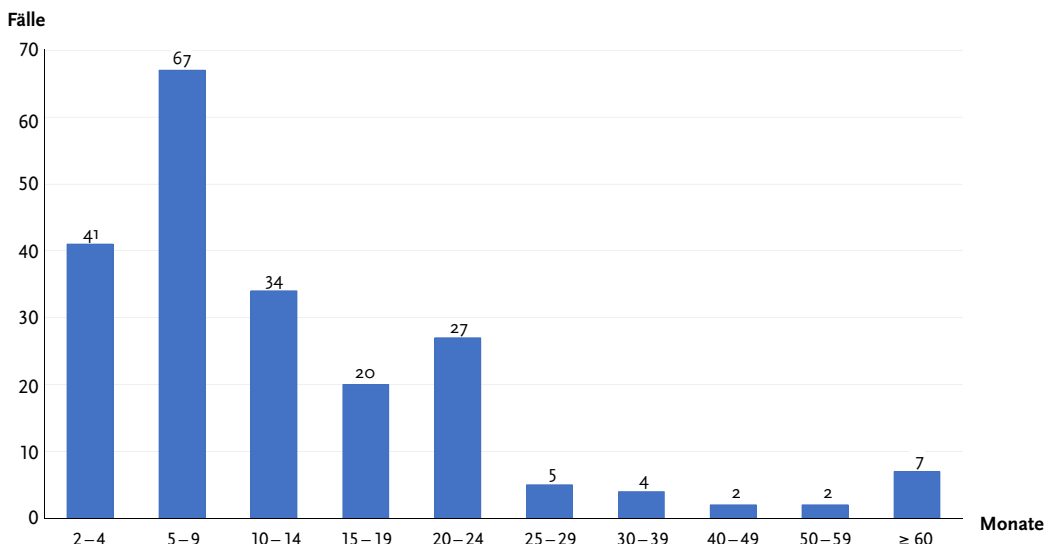


Abb. 3: Anzahl der TB-Fälle, bei Asylsuchenden, die nicht im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung diagnostiziert wurden (≥ 2 Monate nach der Gesundheitsuntersuchung), Bayern, 2015/2016 (n = 209)

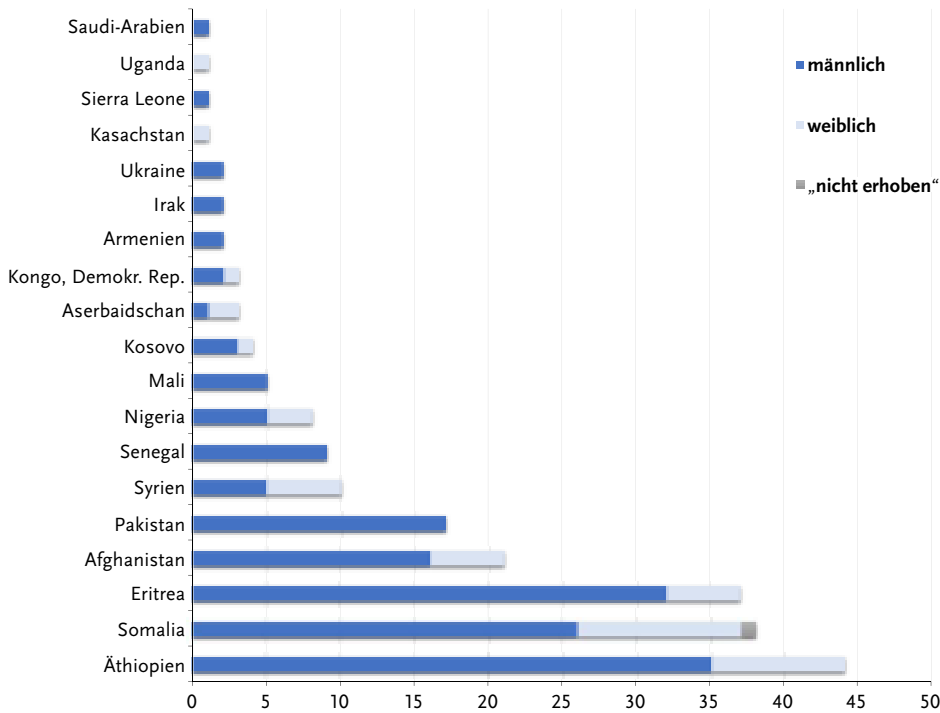


Abb. 4: Fülle mit „nachfolgender“ Diagnose (≥ 2 Monate nach der Gesundheitsuntersuchung), nach Geburtsland, Bayern, 2015/2016 (n= 209)

Bei den meisten der 209 TB-Fälle, die ≥ 2 Monate nach der Gesundheitsuntersuchung gem. § 62 AsylG festgestellt wurden, waren Menschen betroffen, die aus Äthiopien, Somalia, Eritrea und Afghanistan stammten (s. Abb. 4).

Der Anteil an Diagnosen, die mindestens 2 Monate nach der Gesundheitsuntersuchung gem. § 62 AsylG festgestellt wurden, unterschieden sich hinsichtlich Geburtsland und Zeitabschnitten (s. Tab. 1). So wurden 52% der TB-Fälle

aus Äthiopien durchschnittlich erst nach 8,9 Monaten und 26% der TB-Fälle aus Somalia erst nach durchschnittlich 18,8 Monaten diagnostiziert. Die Ursachen dafür sind unklar, und aufgrund der kleinen Fallzahlen lassen sich daraus keine eindeutigen Rückschlüsse ziehen.

Diskussion

Durch das im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG vorgeschriebene Screening sollen infek-

Geburtsland	Anzahl TB-Fälle (> 15 J.)	Spätere TB-Diagnose (≥ 2 Monate nach GU)	Anteil späterer Diagn./Anzahl TB-Fälle (> 15 J.)	Durchschnittliche Zeitdifferenz (Monate)
Syrien	44	9	20%	8,7
Afghanistan	87	21	24%	13,2
Aserbaidshjan	7	2	29%	12,7
Nigeria	23	7	30%	7,9
Pakistan	47	17	36%	15,8
Eritrea	66	37	56%	11,7
Kosovo	5	4	80%	35
Somalia	149	38	26%	18,8
Äthiopien	84	44	52%	8,9
Ukraine	10	2	20%	7,5
Senegal	27	9	33%	17,8
Mali	13	5	38%	5,8
Irak	7	2	29%	24
Sierra Leone	12	1	8%	97
Armenien	4	1	25%	7
Uganda	1	1	100%	74
Kongo, Dem. Rep.	7	2	29%	7,3
Kasachstan	1	1	100%	15
Saudi-Arabien	1	1	100%	6
Gesamt	595	209		

Tab. 1: Anteil von TB-Diagnosen bei Asylsuchenden, die nicht im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung (GU) diagnostiziert wurden (≥ 2 Monate nach der Gesundheitsuntersuchung) nach Geburtsland und durchschn. Zeitdifferenz zwischen Gesundheitsuntersuchung und Diagnose, Bayern, 2015/2016

tiöse Lungentuberkulosen bei Asylsuchenden bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft zeitnah zur Ankunft in Deutschland erkannt/diagnostiziert werden. In Bayern wurden mittels Screening zwischen September 2015 und September 2016 wenigstens 59 % aller nach IfSG gemeldeten bzw. an das LGL übermittelten TB-Fälle bei Asylsuchenden entdeckt. Die Auswertung zeigt aber auch, dass wenigstens 33,6 % der TB-Fälle erst 2 Monate oder später nach der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG durch passive Fallfindung aufgrund von Symptomen oder im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen entdeckt wurden. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass sich die Asylsuchenden zum Zeitpunkt der Gesundheitsuntersuchung noch in der Inkubationszeit befanden oder eine latente tuberkulöse Infektion vorhanden war. Die Erkrankung war noch nicht erkennbar oder eine Infektion bzw. Reaktivierung einer vorherigen Infektion bzw. früheren TB-Erkrankung fand dann erst in der Folgezeit statt.

Die schwierigen Bedingungen im Rahmen der Flucht, der damit verbundene Aufenthalt vieler Menschen unter zum Teil engsten räumlichen und oft auch mangelhaften hygienischen Verhältnissen begünstigen eine Übertragung von Infektionskrankheiten wie TB. Auch sprachliche Barrieren können zusätzlich dazu beitragen, einen notwendigen rechtzeitigen Arztbesuch zu verhindern.³

Eine gesetzlich vorgeschriebene *Follow-Up*-Untersuchung oder freiwillige Angebotsuntersuchungen könnten unter Umständen dazu beitragen einen Teil der später diagnostizierten Fälle früher zu detektieren. In Anbetracht des damit verbundenen enormen logistischen und finanziellen Aufwands und der deutlich rückläufigen Zahl an Asylsuchenden erscheint der Benefit eines zusätzlichen Screenings derzeit gering. So sind nach dem aktuellen Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) die jährlichen Antragszahlen (Erst- und Folgeanträge) von 476.649 im Jahr 2015 und 745.545 im Jahr 2016, auf 222.972 im Jahr 2017 und in den Monaten Januar bis April 2018 auf 63.972 gesunken.⁷ Die Feststellung des Aufenthaltsorts von Asylsuchenden im Rahmen der nach IfSG gesetzlichen Möglichkeiten ist nur auf Asylsuchende beschränkt, die in Gemeinschaftsunterkünften leben. Die Umsetzung eines gesetzlich vorgeschriebenen Follow-Up-Screenings, mit der eine Angebotsuntersuchung einfacher umzusetzen wäre für Personen, die anderweitig untergebracht sind, ist deshalb ohne Gesetzesänderung nicht möglich. Ein TB-Zweitscreening wäre jedoch ebenfalls nur eine weitere Momentaufnahme zur Erfassung der TB-Krankheitslast bei Asylsuchenden.

Um TB stärker ins Bewusstsein zu rücken, sollte die behandelnde Ärzteschaft für das Thema sensibilisiert werden (Stichwort „Think TB“). Es sollte immer bedacht werden, dass ein unauffälliges Ergebnis des Thorax-Röntgen-Screenings bei den Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 AsylG eine Erkrankung in den Folgemonaten und Jahren nicht ausschließt. Eine ausführliche Information Asylsu-

chender über TB und erste Anzeichen der Erkrankung ist neben aktiven Screening-Maßnahmen ein weiterer wichtiger Ansatz zur frühen Diagnose und Unterbrechung möglicher Infektionsketten. Dies ermöglicht TB-gefährdeten Menschen die Bedeutung einer raschen Erkennung im Fall einer Erkrankung zu verstehen und bereits bei ersten Symptomen Hausärzte oder das Gesundheitsamt aufzusuchen. Zu diesem Zweck wurde vom StMGP und dem LGL ein Informationsblatt „Tuberkulose rechtzeitig erkennen und behandeln“ für Asylsuchende in 19 Sprachen veröffentlicht (www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/asylbewerber_gesundheit/index.htm).

Literatur

1. Robert Koch-Institut: Asylsuchende und Gesundheit. Bericht über meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden. Robert Koch-Institut 2018. Online verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/meldepflichtige_Infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 21.3.2019
2. World Health Organization (WHO): Global tuberculosis report 2018
3. Stadtmüller S, Schröder J, Ehlers S: Eine Schätzung der Prävalenz von Tuberkulose bei Asylsuchenden in Deutschland. *Epid. Bull.* 2017;43:487–491. DOI 10.17886/EpiBull-2017-059
4. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Gesundheitsuntersuchungsverwaltungsvorschrift: Vollzug des § 62 des Asylgesetzes; Gesundheitsuntersuchung, GesUVV. Fundstelle: Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Allgemeines Ministerialblatt 15.2.2017. Online verfügbar unter www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVV_2126_2_G_087/true, zuletzt geprüft am 21.3.2019.
5. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Fachliche Weisung: Vollzug des § 62 Asylgesetz (AsylG); Gesundheitsuntersuchung hier: Konkretisierung des Datenflusses. München, 30.5.2016. E-Mail an Regierungen Bayern und Sachgebiete Gesundheit des LGL, StMAS, BayLfd, BAMF 2016
6. Robert Koch-Institut: Software-SurvNet@RKI. Robert Koch-Institut 2018. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Software/software_inhalt.html, zuletzt aktualisiert am 1.1.2018, zuletzt geprüft am 21.3.2019
7. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: April 2018 Tabellen, Diagramme, Erläuterungen. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infotek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2018.html?nn=7952222, 2018. zuletzt geprüft am 21.3.2019

Danksagung

Wir danken den bayerischen Gesundheitsämtern für ihre Unterstützung in der Bereitstellung ihrer Falldaten.

■ Dr. Nikolaus Ackermann | Eva Hierl | Dr. Katharina Schönberger | Prof. Dr. Bernhard Liebl | Prof. Dr. Dr. Andreas Sing
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Korrespondenz: Nikolaus.Ackermann@lgl.bayern.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Ackermann N, Hierl E, Schönberger K, Liebl B, Sing A: Untersuchung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu Tuberkulose bei Asylbewerbern in Bayern.
Epid Bull 2019;35:407–411 | 10.25646/6272

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 36. Woche 2019 (Datenstand: 25. September 2019)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	116	3.546	4.564	6	157	184	41	878	1.023	1	41	41
Bayern	215	5.142	5.910	6	155	220	76	1.113	1.238	0	52	48
Berlin	56	1.898	1.904	6	71	63	17	359	329	2	90	82
Brandenburg	55	1.446	1.511	1	31	70	6	312	294	1	11	11
Bremen	17	306	339	0	1	9	1	36	63	0	1	1
Hamburg	34	1.217	1.186	1	29	41	7	226	211	1	45	38
Hessen	138	2.854	3.348	2	41	41	32	634	531	0	32	46
Mecklenburg-Vorpommern	49	1.212	1.322	3	31	26	7	289	225	0	2	1
Niedersachsen	151	3.674	4.161	8	160	184	25	914	818	2	11	11
Nordrhein-Westfalen	396	10.184	11.763	11	214	233	86	1.762	1.692	2	44	28
Rheinland-Pfalz	94	2.557	3.029	7	102	97	20	503	579	0	23	21
Saarland	25	754	916	1	8	10	4	82	96	0	1	1
Sachsen	142	3.364	3.735	0	91	153	23	570	574	0	34	41
Sachsen-Anhalt	49	1.179	1.204	2	55	83	8	400	324	0	10	1
Schleswig-Holstein	61	1.600	1.744	2	45	62	8	251	221	1	6	6
Thüringen	69	1.473	1.543	0	43	55	18	495	396	1	12	5
Deutschland	1.667	42.411	48.184	56	1.235	1.531	379	8.826	8.614	11	415	382

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	2	57	74	51	4.498	3.423	14	1.368	760	4	246	213	1	62	54
Bayern	2	183	194	45	7.032	6.268	26	3.348	1.507	12	370	398	5	73	85
Berlin	0	36	66	33	2.524	2.535	53	2.924	993	6	347	310	1	73	73
Brandenburg	3	50	81	45	2.242	2.289	6	3.718	1.187	4	85	54	0	67	46
Bremen	0	5	2	5	236	352	4	160	91	0	7	17	0	6	9
Hamburg	1	16	23	17	887	1.194	2	1.162	656	4	141	121	3	36	51
Hessen	3	129	127	29	3.221	2.469	6	1.372	696	3	165	143	3	76	62
Mecklenburg-Vorpommern	0	21	49	33	1.927	2.414	6	1.506	961	1	72	60	7	114	76
Niedersachsen	2	85	127	33	4.527	4.097	21	3.258	1.104	2	111	114	1	75	83
Nordrhein-Westfalen	4	270	275	158	11.133	9.881	45	3.979	2.434	17	356	347	22	270	301
Rheinland-Pfalz	1	82	78	36	3.354	2.864	13	1.041	508	6	90	95	1	29	45
Saarland	0	2	13	17	599	660	4	278	127	0	33	14	1	2	6
Sachsen	3	197	272	123	5.323	5.078	17	4.291	4.542	6	172	177	3	94	117
Sachsen-Anhalt	5	84	85	83	2.955	2.935	9	1.873	1.524	1	56	59	4	60	70
Schleswig-Holstein	1	38	21	7	1.251	1.615	4	1.032	664	0	43	47	0	20	15
Thüringen	4	158	131	40	2.640	2.874	17	2.450	2.519	4	47	44	1	29	51
Deutschland	31	1.414	1.618	755	54.359	50.956	247	33.762	20.275	70	2.341	2.213	53	1.086	1.144

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 sind und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. www.rki.de/falldefinitionen), **2. Kumulativwerte im laufenden Meldejahr**, **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 36. Woche 2019 (Datenstand: 25. September 2019)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	1	49	51	15	603	512	23	771	674	3	30	29	5	420	504
Bayern	2	65	64	19	927	932	19	731	753	0	34	32	10	504	607
Berlin	3	65	36	12	228	136	5	232	212	1	14	13	7	258	302
Brandenburg	0	31	17	4	61	58	2	52	61	0	5	8	3	68	123
Bremen	0	6	5	3	50	18	1	40	25	0	1	0	3	38	37
Hamburg	1	29	15	0	39	45	2	97	100	1	9	11	3	150	129
Hessen	2	48	70	21	406	304	15	381	366	0	9	15	11	384	467
Mecklenburg-Vorpommern	0	15	9	2	33	16	2	32	30	0	2	4	1	35	62
Niedersachsen	4	51	48	11	237	100	19	418	313	1	20	14	4	256	278
Nordrhein-Westfalen	4	161	203	26	662	397	32	1.036	922	0	30	54	21	755	895
Rheinland-Pfalz	0	35	25	8	242	246	7	187	178	0	8	13	1	144	173
Saarland	2	12	10	1	36	15	1	46	20	0	1	2	0	26	36
Sachsen	0	22	11	3	97	173	2	141	145	0	9	11	0	109	133
Sachsen-Anhalt	0	6	17	1	49	45	0	83	48	0	3	6	3	98	121
Schleswig-Holstein	0	16	12	3	180	79	10	199	165	0	13	9	3	81	100
Thüringen	0	27	12	1	47	13	1	47	51	0	3	4	0	47	63
Deutschland	19	638	605	130	3.897	3.089	141	4.495	4.063	6	191	225	75	3.375	4.031

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.
Baden-Württemberg	0	72	80	0	30	31	0	0	0	16	564	714	36	2.687	2.518
Bayern	2	69	96	1	70	109	0	2	1	34	1.653	1.985	41	3.916	3.000
Berlin	0	22	27	0	25	8	0	2	0	10	270	361	16	1.195	877
Brandenburg	1	2	12	0	9	4	0	0	0	7	265	415	17	386	264
Bremen	0	1	1	0	6	3	0	0	0	2	45	65	2	197	190
Hamburg	0	17	14	0	9	8	0	0	0	4	221	251	9	392	305
Hessen	0	26	23	1	37	28	0	1	0	11	397	585	21	858	724
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	3	4	0	0	0	10	290	208	1	158	105
Niedersachsen	1	84	12	0	30	32	0	2	0	11	295	524	33	1.066	945
Nordrhein-Westfalen	0	127	201	0	71	73	0	5	5	27	1.203	1.592	64	3.081	2.469
Rheinland-Pfalz	0	36	9	2	28	25	0	0	0	10	280	407	16	522	455
Saarland	0	0	0	0	3	6	0	1	0	3	30	102	7	85	75
Sachsen	0	16	6	0	6	6	0	0	1	17	589	602	14	1.342	1.236
Sachsen-Anhalt	0	3	7	0	5	3	0	0	0	10	371	712	3	184	230
Schleswig-Holstein	0	5	5	0	23	16	0	1	2	2	137	308	10	403	471
Thüringen	0	5	1	0	2	4	0	0	0	10	346	601	6	271	283
Deutschland	4	485	495	4	357	360	0	14	9	184	6.957	9.434	296	16.747	14.150

* Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

Allgemeiner Hinweis: LK Teltow-Fläming und das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwenden veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Faldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

36. Woche 2019 (Datenstand: 25. September 2019)

Krankheit	2019	2019	2018	2018
	36. Woche	1.–36. Woche	1.–36. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	5	485	480	676
Brucellose	1	20	25	37
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	16	17	26
<i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	39	1.597	2.076	2.826
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	27	60	81
Denguefieber	20	744	366	613
FSME	7	326	488	584
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	7	50	52	67
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	5	673	616	851
Hantavirus-Erkrankung	35	1.256	128	235
Hepatitis D	0	40	42	59
Hepatitis E	73	2.635	2.442	3.400
Influenza	19	140.007	272.500	274.293
Legionellose	54	959	944	1.447
Leptospirose	0	75	81	117
Listeriose	14	396	453	698
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	28	1.322	1.794	2.432
Ornithose	1	5	7	9
Paratyphus	0	30	20	29
Q-Fieber	7	105	67	93
Trichinellose	0	4	0	0
Tularämie	0	31	28	54
Typhus abdominalis	3	60	39	58

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

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)

► Redaktionsassistentz: 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.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

ISSN (Online) 2569-5266