

Epi - Info

Wochenbericht

Epidemiologischer Wochenbericht für die Meldewoche 14 und 15/2015 über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten herausgegeben am 16. April 2015

Inhalt

1. Allgemeine Lage

2. Besondere Fälle

3. Ausbrüche

- 3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG (entfällt)
- 3.2. Besondere Ausbrüche in der Berichtswoche - Masernausbruch in Berlin / Lage im Land Brandenburg
- 3.3. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG

4. Influenza-Saison 2014/2015

- 4.1. Information der AGI für Berlin, Brandenburg und Deutschland
- 4.2. Zur aktuellen Influenza - Saison 2014/2015 im Land Berlin

5. Besondere Hinweise

- 5.1. Epidemiologisches Bulletin 14/2015 und 15/2015
- 5.2. Ebolafieber: Aktuelle Situation
- 5.3. Masernimpfung und Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen:
Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.
- 5.4. Masern-Impfung und MS: Stellungnahme des Ärztlichen Beirates der
Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft
- 5.5. MERS-Coronavirus: Neue Fälle in Saudi Arabien
- 5.6. Hantavirus: RKI erwartet ein starkes „Hantajahr“
- 5.7. Paul-Ehrlich-Institut: Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 1/2015 erschienen

6. Spezial

Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfquote und plötzlicher Kindstod

7. Tabellen

- 7.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen und Inzidenzen)
- 7.2. Bezirksübersicht kumulativ bis zur Berichtswoche (Fallzahlen)
- 7.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen u. Anteile) (entfällt)

8. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen im Berichtsjahr mit Vorjahresvergleich

Campylobacter, Norovirus, Rotavirus

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz (I C 2)
Hr. Schubert / Fr. Hentschel / Fr. Wendt / Fr. Dr. Simon / Hr. PD Dr. Werber
Turmstraße 21 Haus A, 10559 Berlin. Tel. 90229-2427/-2428/ -2432 /-2430/-2421, Fax: (030) 90229-2096
Groupmail: infektionsschutz@lageso.berlin.de, Groupfax-IfSG: (030) 90283385, www.berlin.de/lageso/gesundheit/index.html
Neben dem statistischen Teil enthalten die Berichte im Textteil auch allgemeine und weiterführende Informationen, deren Interpretation infektiologischen und epidemiologischen Sachverstand und Kenntnisse über die Datengrundlagen erfordern.
Eine Weitergabe sowie Be- und/oder Verarbeitung der Daten zu kommerziellen Zwecken ist ohne Genehmigung des Herausgebers nicht zulässig.

© 2015



Link zum Download
der Wochenberichte
des LAGeSo

1. Allgemeine Lage

In den letzten beiden Wochen setzte sich der gesamtstädtische Masernausbruch mit durchschnittlich über 60 neuen *Masernerkrankungen* pro Meldewoche (MW) auf hohem Niveau fort, ohne dass sich an den deskriptiven Charakteristika des Ausbruchs etwas geändert hat. Insgesamt wurden bislang für den aktuellen Ausbruch, der im Oktober 2014 begann, 1084 Fälle registriert (963 seit 2015). Damit vereint der Ausbruch mehr als 50% aller Masernerkrankungen, die seit Inkrafttreten des IfSG (2001) an das LAGeSo übermittelt wurden (*siehe unter 3.2.*).

Mit der aktuellen Übersicht bis zur 15. MW endet die Influenzasaison 2014/2015 und damit die ausführliche Berichterstattung (*siehe unter 4.*). Durch Neu- und Nachmeldungen stieg die kumulative Zahl übermittelter Fälle in der aktuellen Saison 2014/2015, die in der 40. MW 2014 begann, bis zum Berichtszeitpunkt auf 3.016 an. Damit war die vergangene Influenzasaison deutlich stärker als die des Vorjahres aber vergleichbar mit anderen starken Saisons (z.B. 2012/2013, n=3.262). Die aktuellen Fallzahlen sind auch außerhalb der Wintersaison den Tabellen „Übersicht der Berichtswoche“ und „Bezirksübersicht kumulativ“ zu entnehmen (*siehe unter 7.*).

Bei den übermittelten gastroenteritischen Erkrankungen ist die kumulative Fallzahl bei *Campylobacter* Vergleich zum Vorjahreszeitraum weiterhin deutlich erhöht. *Salmonella*-Infektionen liegen hingegen um mehr als die Hälfte unter dem Vorjahresniveau. Auch die Fallzahl viraler Gastroenteritis-Infektionen blieben unter dem Vorjahresniveau (*siehe unter 7.*).

Im Berichtszeitraum wurde ein reiseassoziiertes Ausbruch mit zwei familiären Infektionen durch *Typhus* übermittelt. Zwei nosokomiale Ausbrüche wurden durch Infektionen mit *Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)* sowie *Pseudomonas aeruginosa (3MRGN) / Klebsiella pneumoniae (3MRGN)* ausgelöst (*siehe unter 3.*).

2. Besondere Fälle (14. / 15. MW, Datenstand: 15.04.2015 - 12:00 Uhr)

Denguefieber

GA Friedrichshain-Kreuzberg

Während eines einmonatigen Aufenthalts in Thailand erkrankte ein 26-jähriger Mann mit Fieber und Petechien. Nach seiner Rückkehr wurde labordiagnostisch mittels PCR der Nachweis der Infektion geführt.

GA Lichtenberg

Einen Tag nach Rückkehr von einer Rundreise durch Thailand erkrankte mit Fieber ein 25-jähriger Mann. Der labordiagnostische Nachweis erfolgte mittels IgM-Antikörper-Test.

Legionellose

GA Charlottenburg-Wilmersdorf

Infektion bei einem 52-jährigen Mann, der zwei Wochen nach Erkrankungsbeginn mit einer Lungenentzündung in deren Folge verstarb. Aus Urin erfolgte der Antigen-Nachweis. Das Gesundheitsamt ermittelte als Expositionen eine Tätigkeit als Spüler in einer Gaststätte sowie einen Krankenhausaufenthalt, beides im Bezirk Tempelhof-Schöneberg. Über Vorerkrankungen beim Betroffenen wurde nicht berichtet.

GA Mitte

Lungenentzündung bei einer 67-jährigen Frau mit PCR-Nachweis aus Sekreten des Respirationstrakts sowie einem Antigen-Nachweis aus Urin auf *Legionella pneumophila*. Auffälligkeiten zur Exposition konnten bei den Ermittlungen nicht festgestellt werden.

Listeriose

GA Marzahn-Hellersdorf

Erkrankung eines 66-jährigen Mannes, der mit Durchfall und Rückenschmerzen hospitalisiert wurde. Die Erregerisolierung erfolgte aus Blut. Der Erkrankte hat Vorerkrankungen und ist immunsupprimiert. Er verzehrte u.a. rohes Hackfleisch und verschiedene Rohwurstsorten sowie Fisch. Die Infektionsquelle ist unbekannt geblieben.

Typhus

GA Tempelhof-Schöneberg

Laborbestätigte Erkrankung eines 28-jährigen Frau mit Durchfall, Bauch- und Kopfschmerzen sowie Fieber. Sie erkrankte 17 Tage nach Rückkehr von einem mehrwöchigem Aufenthalt in Kolumbien.

Der Fall gehört zu einem familiären Ausbruch. Die zweite Erkrankte ist ihre neunmonatige Tochter, die mit auf der Reise war. Sie erkrankte am Rückkehrtag, eine Erregerisolierung erfolgte. Dieser Fall wurde in der 13. MW übermittelt.

3. Ausbrüche (Datenstand: 15.04.2015 - 12:00 Uhr)

3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG

Gesamtzahl der Häufungen nach Erregern / Krankheiten und Fallzahlen bzw. Fallzahlspannen in den Berichtswochen 14 und 15

Erreger / Krankheit	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch
Norovirus*	9	2 - 12
Rotavirus	5	2
Windpocken	2	2 - 6
Summe / Spanne	16	2 - 12

* Es sind nur Häufungen aufgelistet, bei denen mindestens zwei Labornachweise vorliegen.
Aggregiert übermittelte Daten können auf Grund der Inkompatibilität der Programme der Bezirke und die der Landesstelle nicht mehr ausgewertet und somit nicht mehr dargestellt werden.

3.2. Besondere Ausbrüche

siehe nächste Seite

3.3. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG bis zur Berichtswoche

Kumulative Übersicht 2015 bis einschließlich der 15. Berichtswoche (ohne Norovirus)

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
Influenza A	3	2 - 18	25
Klebsiella pneumoniae (3MRGN)	2	5	10
MRSA	4	2 - 8	18
Pseudomonas aeruginosa (3MRGN)	1	7	7
Klebsiella pneumoniae (3MRGN)	1	7	7
Rotavirus	1	4	4
VRE	1	11	11
Summe / Spanne	12	2 - 18	75

3.2. Besondere Ausbrüche

Masern: Ausbruch in Berlin

(von der Berichtswoche abweichender Datenstand; Fortschreibung aus den Vorwochen)

In den letzten beiden Meldewochen (MW) wurden 122 (MW 14: 46, MW 15: 76) Masern-Neuerkrankungen übermittelt (Stand: 15.04.2015, 12:00 Uhr, s. Abb.). Insgesamt sind 1.084 (963 in 2015) Fälle seit der 41. MW 2014 übermittelt worden. Damit entfallen auf das anhaltende gesamtstädtische Ausbruchsgeschehen über 50% aller Masernerkrankungen, die seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 (n=2.106) an das LAGeSo übermittelt wurden. Jüngster Erkrankungsbeginn ist der 12.04.2015. Bei der Abbildung ist zu beachten, dass die Fallzahlen insbesondere für die aktuelle Meldewoche (16/2015) noch unvollständig sind.

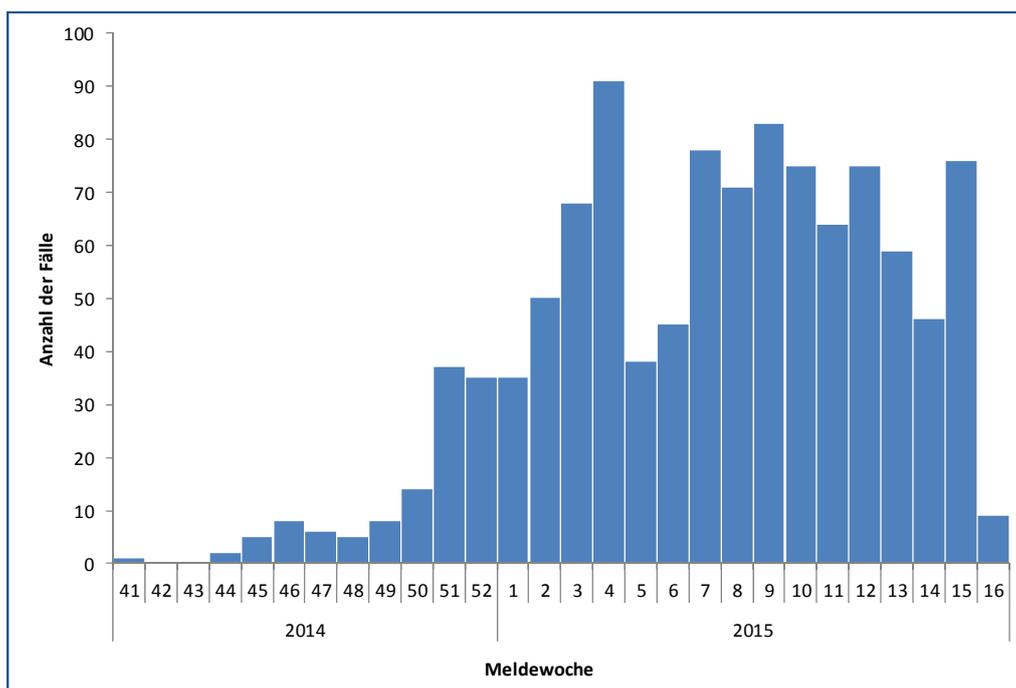


Abb.: Zeitlicher Verlauf der Masernfälle in Berlin seit 41. MW 2014- nach Meldewoche (N=1084, Stand 15.04.2015, 12.00 Uhr)

Quelle: LAGeSo

Die Epidemiologie des Ausbruchs bleibt im Grunde weiterhin unverändert. Die größte Anzahl von Meldungen an Masernerkrankungen für die letzten beiden Berichtswochen wurde aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (n=15) übermittelt, gefolgt von Neukölln (n=13), Lichtenberg, Mitte, Pankow und Reinickendorf (je 9 Fälle).

Die Anzahl der Neuerkrankungen bezogen auf die Berliner Bevölkerung ist in dem Ausbruch in Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Reinickendorf am höchsten (Tabelle 1).

Inzidenzen unterhalb des Durchschnitts für ganz Berlin finden sich vor allem in Spandau, Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf.

Der Anteil der Asylsuchenden unter den Erkrankten liegt unter 20% und beträgt 10% für Fälle, die im Jahr 2015 gemeldet wurden. Zu beachten ist, dass für 32% (350/1084) der Fälle diese Information noch nicht vorliegt.

Das mediane Alter aller Fälle beträgt 15 Jahre (Interquartilspanne 3-28 Jahre), 55% der Fälle sind männlich. Die größte Anzahl an Erkrankungsfällen tritt unverändert unter Erwachsenen auf (Tabelle 2). Hingegen liegt die höchste Inzidenz bei Kindern unter einem Jahr (3.102/1.000.000 Einw.), bei denen zu einem großen Teil noch kein Impfschutz vorliegen kann (Tabelle 2), gefolgt von

Bezirke	Fallzahl * N (%)	Inzidenz [pro 1 Mio. Einw.]
Friedrichshain-Kreuzberg	134 (14)	486,1
Neukölln	151 (16)	463,6
Reinickendorf	111 (12)	437,0
Pankow	110 (12)	286,2
Mitte	102 (11)	286,1
Tempelhof-Schöneberg	80 (8)	238,3
Marzahn-Hellersdorf	57 (6)	222,5
Treptow-Köpenick	53 (6)	212,5
Lichtenberg	52 (5)	193,7
Spandau	35 (4)	151,9
Steglitz-Zehlendorf	33 (3)	110,3
Charlottenburg-Wilmersdorf	33 (3)	101,1
Gesamt	981 (100)	267,0

Tab. 1:
Fallzahl und Inzidenz der Masernfälle in Berlin seit
41. MW - nach Bezirk (N=951, Stand 15.04.2015,
12.00 Uhr)

* Zur Darstellung von Fallzahl und Inzidenz sind Fälle
ausgenommen, die von den Gesundheitsämtern als
asylsuchend übermittelt wurden (N=133);

Berechnungsgrundlage ist die Bevölkerungsstruktur
Berlins nach Bezirken (Quelle: Amt für Statistik Berlin-
Brandenburg)

Quelle: LAGeSo

Altersgruppen (in Jahren)	Fallzahl * N (%)	Inzidenz [pro 1 Mio. Einw.]
< 1	103 (11)	3.101,8
1	81 (9)	2.335,7
2 - 5	85 (9)	641,8
6 - 17	216 (23)	639,1
18 - 43	414 (44)	316,5
44+	52 (5)	30,3
Summe	951 (100)	267,0

Tab. 2:
Fallzahl und Inzidenz der Masernfälle in Berlin seit
41. MW - nach Altersgruppen (N=951, Stand
15.04.2015, 12.00 Uhr)

* Zur Darstellung von Fallzahl und Inzidenz sind Fälle
ausgenommen, die von den Gesundheitsämtern als
asylsuchend übermittelt wurden (N=133);

Berechnungsgrundlage ist die Bevölkerungsstruktur
Berlins nach Bezirken (Quelle: Amt für Statistik Berlin-
Brandenburg)

Quelle: LAGeSo

Kindern im zweiten Lebensjahr (2.335/1.000.000 Einw.). Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit bezogen auf die Einwohnerzahl ab.

Für 270 (25%) der Fälle ist übermittelt, dass sie hospitalisiert wurden und ein Kind verstarb auf Grund der Masernerkrankung (s. Bericht 8. MW). Komplikationen traten in neun Fällen auf (sieben Fälle mit Otitis media, zwei Fälle mit Lungenentzündung).

Von 1000 Fällen mit vorliegender Information wurde für 886 (87%) angegeben, dass sie nicht geimpft und für 134, dass sie geimpft waren (27 x 2 Impfungen, 66 x 1 Impfung, 41 x ohne Angabe). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass den Gesundheitsämtern nicht in allen Fällen ein Impfpass zur Erhebung des Impfstatus zur Verfügung steht.

Es konnten bisher 715 Fälle labordiagnostisch bestätigt werden. Nach vorläufigen Ergebnissen liegt bei allen 140 Fällen mit durchgeführter Genotypisierung der Genotyp D8 vor, davon bei 135 Fällen eine identische Masernvirusvariante



Wir bitten die Gesundheitsämter weiterhin, Untersuchungsmaterial an das NRZ einzusenden.

- Bis auf Weiteres finden Sie tagesaktuelle Fallzahlen auf der LAGeSo-Homepage unter www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionsschutz/

Quelle: LAGeSo

Abb.: LAGeSo

Zur aktuellen Masern - Situation im Land Brandenburg (Stand: 15.04.2015, 10:30 Uhr)

Aktuelle Fallzahl (seit der 51.Meldewoche 2014): 86, davon 80 im Jahr 2015

Anzahl betroffener Kreise: 11 (BAR, LDS,HAV,MOL,OHV,LOS,OPR,PM,P, TF, B/S)

Jüngster Erkrankungsbeginn: 07.04.2015

Impfstatus: 76 von 86 (88 %) ungeimpft oder Impfstatus unbekannt

Hospitalisierungen: 52 von 86 (60 %)

Todesfälle: keine

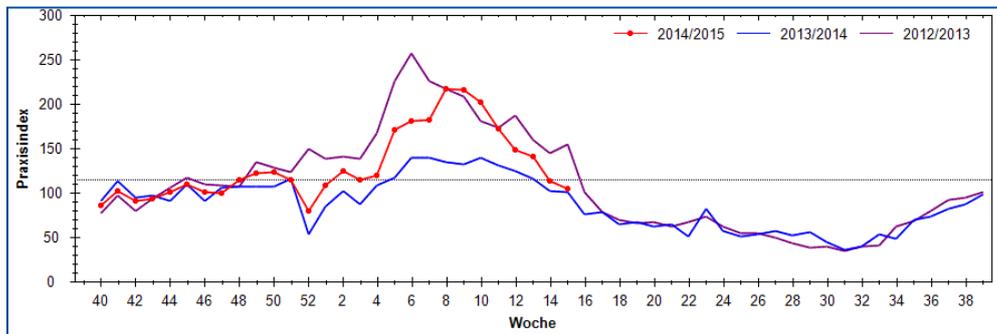
Quelle: LUGV

Wir danken den Kolleginnen und Kollegen im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg für die Bereitstellung ihrer Daten.

4. Influenza-Saison 2014/2015 (Stand: 14.04.2015)

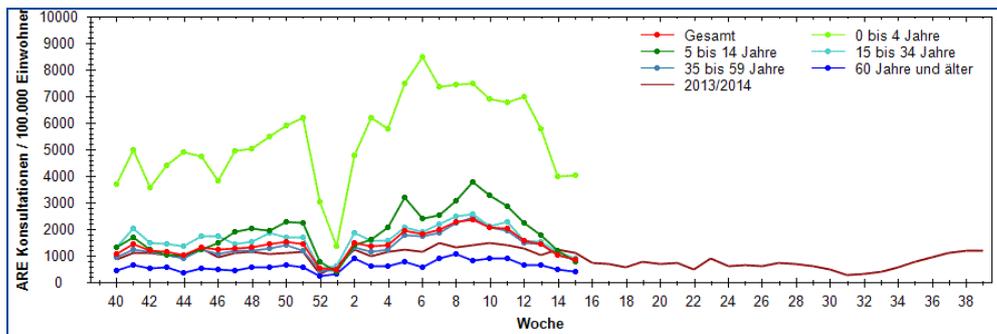
4.1. Informationen der AGI für Berlin, Brandenburg und Deutschland

Praxisindex Region Berlin Brandenburg (bis einschließlich der Berichtswoche)



Der Praxisindex basiert auf Daten zu akuten respiratorischen Erkrankungen der aktuellen Saison (rot), im Vergleich zu 2013/2014 und 2012/2013. Indexwerte bis 115 entsprechen der Hintergrundaktivität.

Konsultationsinzidenz Region Berlin Brandenburg (bis einschließlich der Berichtswoche)

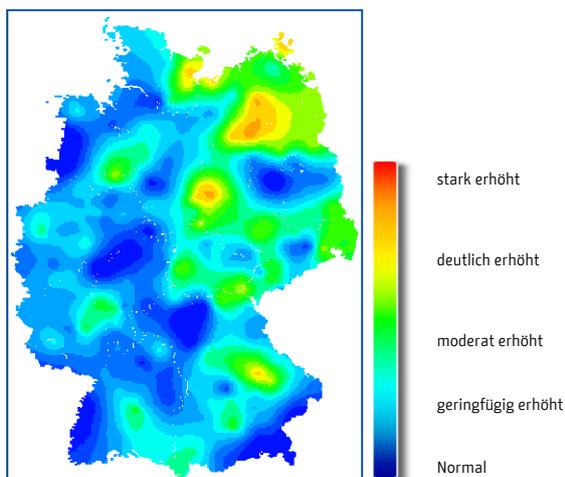


Konsultationsinzidenz aufgrund akuter respiratorischer Erkrankungen in der aktuellen Saison im Vergleich zur Saison 2013/2014.

Übersicht Deutschland

Auf dem Praxisindex basierende Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen in der Berichtswoche

Quelle: AG Influenza: <https://influenza.rki.de>



Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 15. Kalenderwoche (KW) 2015 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und lagen in einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza wurden in der 15. KW 2015 in 21 (53 %) von 40 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. In 14 (35 %) Proben wurden Influenzaviren nachgewiesen.

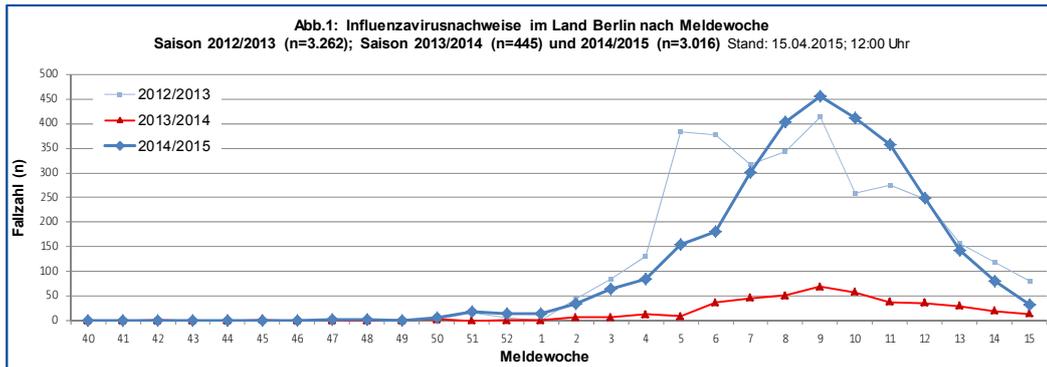
Nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurden für die 15. Meldewoche (MW) 2015 bislang 756 und seit der 40. MW 2014 67.471 klinisch-labor diagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt (Datenstand 14.04.2015).

Das Ende der Grippewelle ist nach Definition der AGI noch nicht erreicht, ein Teil der akuten Atemwegserkrankungen wird noch durch Influenzaviren verursacht.

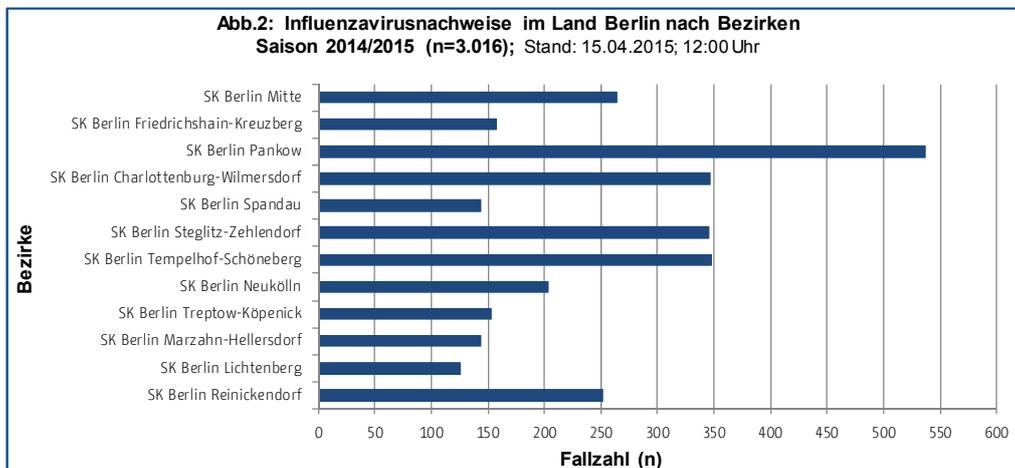
4.2. Zur aktuellen Influenza - Saison 2014/2015 im Land Berlin (Stand: 18.03.2015, 12:00 Uhr)

In den beiden Berichtswochen setzte sich der rückläufige Trend von Neuerkrankungen weiter fort. Mit 80 neuen Fällen in der 14. MW und 33 in der 15. MW wurden deutlich weniger Fälle als in den Vorwochen übermittelt. Die Anzahl der Grippeerkrankungen blieb im Vergleich zur Vorjahressaison weiterhin auf leicht erhöhtem Niveau. Der höchste Stand war jedoch in der 9. MW mit 456 übermittelten Influenza-Erkrankungen erreicht.

Der Vergleich zu der sehr starken Saison 2012/2013 zeigt in der Gesamtschau, dass die Fallzahlen in dieser Saison im Bereich anderer starker Influenzasaisons liegen (s. Abb. 1).



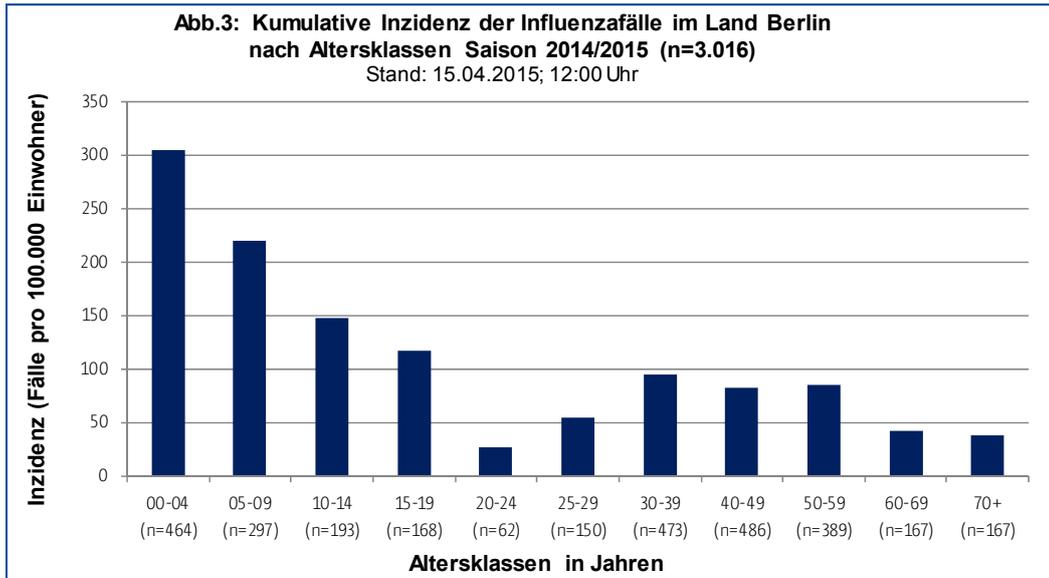
Die kumulative Verteilung der Fälle nach Bezirken zeigte wie auch schon in den Vorjahren teilweise große Unterschiede. In der Saison 2014/2015 wurden aus Pankow, Tempelhof-Schöneberg, Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf die meisten Fälle übermittelt (Abb. 2).



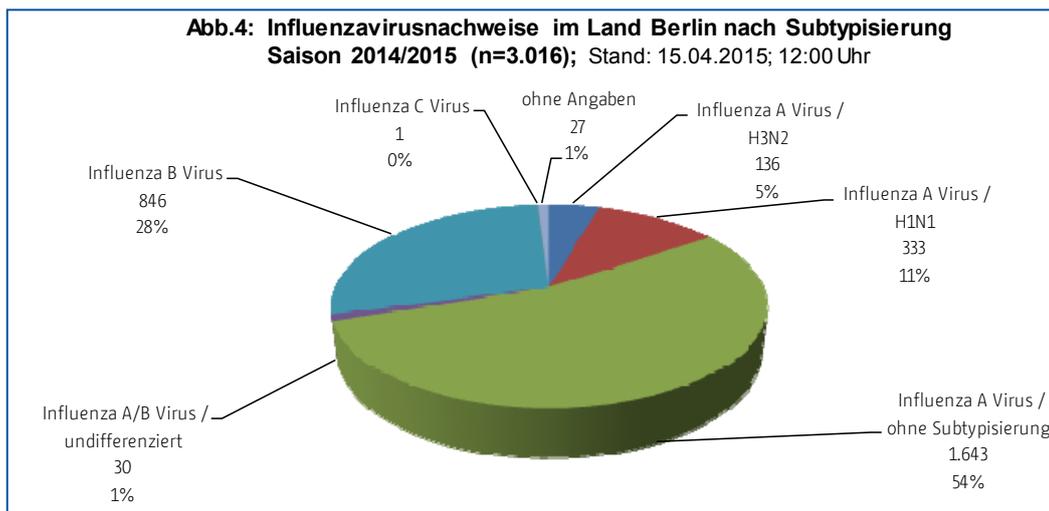
Der Anteil von hospitalisierten Erkrankten liegt bei 8% (254 von 3.016) und damit beispielsweise vergleichbar zur Saison 2012/2013 mit einer ähnlich hohen Gesamtfallzahl.

Die höchsten kumulativen Melde-Inzidenzen nach Altersklassen werden bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 14 Jahren beobachtet. Unter den übermittelten Influenza-Erkrankungen ist die Inzidenz bei Erwachsenen, hier insbesondere bei den 20-24-Jährigen, und älteren Menschen demgegenüber auf vergleichsweise geringem Niveau (s. Abb. 3).

Der Anteil der Fälle durch Influenza B nahm erneut zu und lag in der Saison bei 28%. Drei Viertel aller Influenzanachweise betreffen den Typ A, davon 11% H1N1 und 5% H3N2.



Einen sehr hohen Anteil haben hier nicht subtypisierte Nachweise (54%) (s. Abb. 4). Daher haben die Angaben zur Erregerverteilung nur eine begrenzte Aussagekraft.



89% der Erkrankten hatten keinen Schutz durch den aktuellen saisonalen Impfstoff. 258 Betroffene (9%) erkrankten trotz durchgeführter Influenza-Schutzimpfung (bei 2% der Fälle fehlen Angaben zur Impfung).

Mit der aktuellen Übersicht bis zur 15. MW endet die Influenzasaison 2014/2015 und damit die ausführliche Berichterstattung. Die aktuellen Fallzahlen sind jedoch weiterhin den Tabellen „Übersicht der Berichtswoche“ und „Bezirksübersicht kumulativ“ zu entnehmen.

Quelle: LAGeSo/SurvNET

Abb.: LAGeSo

5. Besondere Hinweise

5.1. Epidemiologisches Bulletin 14 und 15/12 2015

Im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (RKI) Nr. 14/2015 vom 07.04.2015 behandelt der Beitrag **Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK) in Bayern 2013** Ergebnisse einer Studie zur HFMK, die von Juni bis November 2013 am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und niedergelassenen Ärzten durchgeführt wurde. Ziel war es, neue Daten zum Vorkommen, zur Symptomatik und zu den viralen Erregern der HFMK in Bayern zu erheben.

In einem weiteren Beitrag wird über einen Fall von **Wundbotulismus** berichtet, der in Kalenderwoche 11 bei einem Drogengebraucher in Berlin diagnostiziert und labordiagnostisch bestätigt wurde (s. auch *Epi-Info-Wochenbericht 11/2015*). Der Fall steht möglicherweise in Zusammenhang mit einem aus Norwegen und Schottland berichteten größeren Ausbruchsgeschehen von Wundbotulismus, an dem zwischen Dezember 2014 und Februar 2015 bislang 25 Drogengebraucher erkrankt sind.

Das Epidemiologische Bulletin 15/2015 vom 13.04.2015 befasst sich ausführlich mit den **Hepatitis-E-Virus-Infektion** aus virologischer Sicht. Der Beitrag informiert über die neuen Erkenntnisse zu progressiver Leberentzündung und lebensbedrohlichen Komplikationen bei chronischer Hepatitis E

Die Infektion mit dem HEV ist weltweit häufigste Ursache akuter viraler Hepatitiden. Klinisch verläuft die HEV-Infektion meist asymptomatisch, kann aber auch fulminante Leberversagen auslösen. HEV galt bislang in Deutschland als reiseassoziierte Krankheit. In den letzten Jahren ist jedoch in Deutschland eine stetige Zunahme der gemeldeten HEV-Fälle zu beobachten, die überwiegend auf autochthone Infektionen ohne Reiseanamnese zurückzuführen sind.

Download-Link des Epidemiologischen Bulletins Nr. 14/2015:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/14/Tabelle.html

Download-Link des Epidemiologischen Bulletins Nr. 15/12 2015:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/15/Tabelle.html

Quelle: RKI / LAGeSo

5.2. Ebolafieber: Aktuelle Situation

Am 08.04.2015 (Datenstand 05.04.2015) berichtete die WHO über insgesamt 25.550 Fälle von Ebolafieber, einschließlich 10.587 Todesfälle. In der Woche vom 30.03. bis 05.04.2015 wurden 30 bestätigte neue Fälle berichtet, davon 21 in Guinea und 9 in Sierra Leone. Keine neuen Fälle gab es in Liberia. Damit ist das die kleinste Wochengesamtzahl seit der 3. Woche im Mai 2014.

Am 09.04.2015 fand das 5. Treffen des IHR Emergency Committee bezüglich Ebola statt. Das Komitee stellte dabei fest, dass das Risiko einer internationalen Ausbreitung von Ebola seit Januar 2015 weiter reduziert erscheint. Als problematisch wurden jüngste Fälle

bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst erachtet. Ebola wird weiterhin als Public Health Emergency of International Concern eingestuft.

Betroffenen Gebiete in Westafrika (Stand 30.3.2015)

Gebiete in Afrika, in denen es nach aktuellem Kenntnisstand zu Kontakten mit Ebolafieber-Fällen oder -Verdachtsfällen bzw. zu an Ebolafieber Verstorbenen kommen kann:

Guinea: Bestätigte Fälle sind in verschiedenen Regionen einschließlich der Hauptstadt

Conakry diagnostiziert worden. Die Präfektur Guéckédou an der Grenze zu Liberia und Sierra Leone gilt als Epizentrum des Ausbruchs, wo erste Fälle schon im Dezember 2013 auftraten.

Sierra Leone: In nahezu allen Distrikten und auch in der Hauptstadt Freetown wurden Fälle bestätigt.

Liberia: In den meisten Regionen sind bestätigte Fälle aufgetreten, auch in der Hauptstadt Monrovia. In den letzten Wochen sind aus Liberia lediglich Einzelfälle berichtet worden.

In den vormals betroffenen Gebieten Mali, Senegal und Nigeria sind für die Dauer von zwei maximalen Inkubationszeiten (= 42 Tage) keine weiteren Fälle aufgetreten. Derzeit ist NICHT davon auszugehen, dass dort eine Exposition gegenüber Ebolaviren möglich ist.

Staat	Ebolafieber - Fälle*	davon Todesfälle*
Guinea	3.515	2.333
Liberia	9.862	4.408
Mali	8	6
Nigeria	20	8
Senegal	1	0
Sierra Leone	12.138	3.831
Spanien	1	0
USA	4	1
V. Königreich	1	0
Summe	25.550	10.587

* Stand: 08.04.2015

Quelle: WHO / RKI

5.3. Masernimpfung und Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen:

Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.

Vor dem Hintergrund der nicht abschwelenden Masernausbrüche wiederholt die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ), Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften und Verbände in Deutschland, ihre Forderung, einen altersentsprechend vollständigen Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen zur verpflichtenden Voraussetzung für den Besuch von Schulen, Kindergärten und Kinderkrippen zu machen - und dies unverzüglich.

Wichtig sei daneben auch, berufsrechtliche Schritte gegen Ärztinnen und Ärzte einzuleiten, die mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen. Gemeint sind solche Ärzte, welche von Impfungen abraten oder bewusst Eltern auffordern, diese den Kindern später als empfohlen geben zu lassen.

Die Stellungnahme der DAKJ unter dem Titel "Wenn nicht jetzt, wann dann?! / Impfpflicht für Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen endlich umsetzen" steht zum Download als PDF hier zur Verfügung:

<http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2015-vollstaendiger-impfschutz.pdf>

Quelle: DAKJ / LAGeSo

5.4. Masern-Impfung und MS:

Stellungnahme des Ärztlichen Beirates der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft

Unter Berücksichtigung der jüngsten Ausbrüche von Masernerkrankungen in Deutschland (insbesondere in Berlin) und in den USA stellt sich die Frage, ob notwendige Auffrischungsimpfungen bei Multiple Sklerose-Patienten sicher sind und ohne Gefahr für eine Schubauslösung durchgeführt werden können.

Der Ärztliche Beirat der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Bundesverband e.V. hat zum Thema: Masern-Impfung und MS nun eine Stellungnahme veröffentlicht.

Aufgrund der möglichen Komplikationen einer Maserninfektion bis hin zur Gefahr einer tödlich verlaufenden "Subakut sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE)" ist die Masernimpfung eine von der ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene wichtige prophylaktische Maßnahme. Wie bei anderen schwerwiegenden, fieberhaften Infektionserkrankungen besteht für MS-Erkrankte das Risiko, dass eine Maserninfektion Schübe und "Pseudoschübe" auslösen kann. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Maserninfektion und der Entstehung der Multiplen Sklerose besteht nach heutiger Kenntnis nicht. Die aktuelle mehrseitige Stellungnahme des DGMS Bundesverband e. V. steht zum Download als PDF hier zur Verfügung:

www.dmsg.de/dokumentearchiv/dmsgstellungnahme_masernimpfung_final_2.pdf

Quelle: DGMS / LAGeSo

5.5. MERS-Coronavirus: Neue Fälle in Saudi Arabien

Seit dem letzten Update vom 19.03.2015 berichtete die nationale IGV-Anlaufstelle aus Saudi Arabien von sieben neuen MERS-Coronavirus-Fällen. Sie sind zwischen 20 und 60 Jahre alt; sechs von ihnen sind Männer. Seit April 2012 wurden weltweit 1.110 MERS-Coronavirus-Infektionen berichtet, davon 456 Todesfälle.

Quelle: ECDC / CDTR / RKI

5.6. Hantavirus: RKI erwartet ein starkes „Hantajahr“

Im 1. Quartal des Jahres 2015 wurden im Land Niedersachsen mit 16 Infektionen bereits die Fallzahl erreicht, die der in Ausbruchsjahren entspricht.

Auch im Land Baden-Württemberg wird eine deutliche Steigerung der Fallzahl auf mehr als 100 beobachtet. Dies ist zwar mehr als in Zwischenepidemiejahren, aber weniger als in Epidemiejahren.

Das RKI hat auf nationaler Ebene ebenfalls eine Steigerung der Fallzahlen wahrgenommen. Das Institut rechnet mit einem starken "Hantajahr", wobei weniger Fälle als im letzten Ausbruchsjahr 2012 erwartet werden.

Quelle: ECDC / CDTR / RKI

5.7. Paul-Ehrlich-Institut: Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 1/2015 erschienen

Die erste Ausgabe 2015 des "Bulletin zur Arzneimittelsicherheit – Informationen aus BfArM und PEI" ist am 26.03.2015 erschienen.

Die Themen der aktuellen Ausgabe lauten:

- ▶ Ambroxol/Bromhexin – Risiko für allergische Reaktionen und schwere Hautreaktionen – europäisches Bewertungsverfahren
- ▶ Fetotoxisches Risiko der AT1-Antagonisten und ACE-Hemmer
- ▶ Daten zur Pharmakovigilanz von Impfstoffen aus dem Jahr 2013
- ▶ Projekt PSUR Repository – zentrale Erfassung aller periodischen Unbedenklichkeitsberichte zu Wirkstoffen
- ▶ Sensibilisierung von Glioblastomzellen gegenüber Temozolamid
- ▶ Meldungen aus BfArM und PEI
- ▶ Hinweise auf Rote-Hand-Briefe und Sicherheitsinformationen

INHALT Ausgabe 1 April 2015	
ARZNEIMITTEL IM BLICK	Ambroxol/Bromhexin – Risiko für allergische Reaktionen und schwere Hautreaktionen – europäisches Bewertungsverfahren 03 Fetotoxisches Risiko der AT1-Antagonisten und ACE-Hemmer 08 Daten zur Pharmakovigilanz von Impfstoffen aus dem Jahr 2013 12
PHARMAKOVIGILANZ TRANSPARENT	Projekt PSUR Repository – zentrale Erfassung aller periodischen Unbedenklichkeitsberichte zu Wirkstoffen 21
FORSCHUNG	Sensibilisierung von Glioblastomzellen gegenüber Temozolamid 24
NEUES IN KÜRZE	Meldungen aus BfArM und PEI 29
AKTUELLE RISIKOINFORMATIONEN	Hinweise auf Rote-Hand-Briefe und Sicherheitsinformationen 31

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
Das Blatt überprüft die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Arzneimitteln in der Anwendung beim Menschen. Es registriert die klinische Prüfung, die Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln sowie deren Sicherheit nach der Zulassung. Zu dem Verantwortungsbereich gehören hierzu die Befähigungsentwurf- und Grundstoffblätter sowie die Genehmigung klinischer Prüfungen von Medizinprodukten und die Erlassung und Bewertung von Risiken dieser Anwendung.

Paul Ehrlich Institut (PEI)
Das Bundesinstitut für Infektions- und Parasitenhygiene überprüft die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Human- und Veterinärpräparaten sowie von Impfstoffen und von anderen biomedizinischen Arzneimitteln für den Menschen. Zu den Aufgaben gehören die Genehmigung klinischer Prüfungen, Zulassung, staatliche Chargenprüfung sowie die Bewertung der Sicherheit biomedizinischer Arzneimittel.

ZIEL
Das vierteljährlich erscheinende Bulletin zur Arzneimittelsicherheit informiert aus beiden Bundesbehörden zu aktuellen Aspekten der Risikobewertung von Arzneimitteln. Ziel ist es, die Kommunikation möglicher Risiken von Arzneimitteln zu verbessern und die Bedeutung der Überwachung vor und nach der Zulassung (Pharmakovigilanz) in den Blickpunkt zu rücken.

MELDUNG VON VERDACHTSFÄLLEN
Das Meldesystem von Verdachtsfällen von Nebenwirkungen ist ein wichtiges Frühwarnungssystem im Bereich der Arzneimittelsicherheit nach der Zulassung. Beide Behörden rufen alle Angehörigen von Heilberufen nachdrücklich dazu auf, Verdachtsfälle auf Arzneimittelnebenwirkungen bzw. Inkompatibilitäten nach der Zulassung zu melden. Insbesondere bei Meldungen im Zusammenhang mit der Anwendung biologischer Arzneimittel (genetisch verknüpfte Bestandteile, die aus Ausgangsmaterial biologischen Ursprungs gewonnen werden) sollte die Chargennummer mit angegeben werden, um die Rückverfolgbarkeit zu erleichtern. Für die Meldung von Impfstoffen nach § 11 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IFG) sowie von unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten sind getrennt nach § 16 Abs. 2 des Transfusionsgesetzes (TFG) die Angabe der Chargennummer gesetzlich vorgeschrieben.

Das Bulletin zur Arzneimittelsicherheit wird von dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeinsam herausgegeben. Mit dem vierteljährlich erscheinenden Bulletin informieren beide Bundesinstitute zu aktuellen Aspekten der Risikobewertung von Arzneimitteln. Im Mittelpunkt steht hierbei die Pharmakovigilanz – die kontinuierliche Überwachung und Bewertung der Arzneimittelsicherheit vor und nach der Zulassung. Das Bulletin enthält sowohl Beiträge zu einzelnen Arzneimitteln als auch Hintergrundinformationen zum Verständnis der Pharmakovigilanz und zur Forschung in diesem Bereich.

Kurzlink zum Bulletin: www.pei.de/bulletin-sicherheit

Quelle: PEI/ LAGeSo

Abb: PEI

6. Spezial

Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfquote und plötzlicher Kindstod

Wissenschaftler der Charité - Universitätsmedizin Berlin haben bei der Auswertung aggregierter Langzeitdaten von den amerikanischen Impfbehörden und Gesundheitsbehörden (CDC) einen statistischen Zusammenhang zwischen Impfverhalten und der Häufigkeit des plötzlichen Kindstodes festgestellt. Innerhalb der vergangenen 40 Jahre schwankte in den USA die Impfquote entsprechend gesellschaftlicher Trends. Die Kindstodrate steht dabei in einem umgekehrten Verhältnis zur Impfabdeckung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten. Veröffentlicht sind die Ergebnisse der Studie im Fachmagazin *BMC Pediatrics**.



Die Fälle von plötzlichem Kindstod gehen kontinuierlich zurück, dennoch bleiben sie ein Hauptgrund für den Tod von Säuglingen weltweit. Die Ursache ist weiterhin nicht bekannt, besonders gefährdet sind Neugeborene im ersten Lebenshalbjahr. Genau in diesen Zeitraum fallen die Impfungen gegen Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus, Polio oder *Haemophilus influenzae*. Entgegen der Befürchtung von Impfskeptikern, Immunisierungen zögen Komplikationen oder ein erhöhtes Kindstodrisiko nach sich, ergibt sich aus der Studie ein anderes Bild: *Unsere Untersuchung ist als Hinweis zu sehen, dass die klassischen Impfungen im Säuglingsalter gegen Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus, Polio oder Haemophilus influenzae nicht mit einem erhöhten Risiko für einen plötzlichen Kindstod verbunden sind. Sie scheinen sogar eher einen schützenden Effekt zu haben*, sagte Prof. Dr. Jacqueline Müller-Nordhorn, Leiterin und Sprecherin der Berlin School of Public Health (BSPH).

Bei der Suche nach signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Sterblichkeitsrate durch plötzlichen Kindstod haben die Forscher zahlreiche Daten einbezogen, darunter auch Studien zur Schlafposition von Säuglingen im selben Zeitraum. Besonders deutlich wird in der aktuellen Untersuchung ein zeitlicher Kontext zu Impfeempfehlungen oder gesellschaftlichen Stimmungen. In den 70er und 80er Jahren sank in den USA die Impfquoten, verantwortlich waren Verunsicherungen in der Bevölkerung. Gleichzeitig stieg die Sterblichkeitsrate durch Kindstod um 27 Prozent zwischen 1968 und 1971 und um 47 Prozent zwischen 1971 und 1974. Später sank die Häufigkeit des Kindstodes wieder, beispielsweise um acht Prozent zwischen den Jahren 1991 und 2001. Der Trend ist eindeutig: Bei steigenden Impfquoten sanken zeitgleich die Fälle von plötzlichem Kindstod. Eine 10 Prozent höhere Quote in einer Bevölkerung, hier am Beispiel USA, verringert demnach die Häufigkeit des plötzlichen Kindstodes um fast 10 Prozent.

Befürchtungen und Ängste bestimmen auch in Deutschland die Impfentscheidung von Eltern, wie die aktuell geführte Debatte um die Masernimpfung in Deutschland zeigt. Ein Beispiel ist der inzwischen mehrfach widerlegte Zusammenhang zwischen einer

Masernimpfung und dem Entstehen von Autismus. Im Fall von Keuchhusten hat ein ebenfalls fälschlich kolportiertes, vermeintliches Risiko für Hirnschäden zu einem deutlichen Rückgang der Impfquoten in den 70er und 80er Jahren geführt. Medizinische Studien konnten in den Folgejahren kein solches Risiko feststellen. Impfquoten schwanken demnach entsprechend öffentlicher Meinung und Expertenempfehlungen. *In einigen Ländern, darunter Deutschland, wurde die Keuchhusten-Impfung sogar zeitweise aus den Empfehlungen herausgenommen und beispielsweise erst im Jahr 1991 wieder eingeführt, so Müller-Nordhorn.* Zahlen belegen: Parallel zur Wiederaufnahme der Keuchhusten-Impfung sinkt auch hier die Häufigkeit des plötzlichen Kindstodes. Wichtig im Falle jeder Schutzimpfung im Kindesalter ist allerdings nicht nur das *ob*, sondern auch das *wann*, also die Impfung im richtigen Zeitfenster. *Besonders tragisch wäre es, wenn Eltern die Impfungen hinauszögerten, um ihre Kinder vermeintlich zu schützen und damit möglicherweise das Gegenteil bewirken, erklärte Müller-Nordhorn.*

**Jacqueline Müller-Nordhorn, Chih-Mei Hettler-Chen, Thomas Keil, Rebecca Muckelbauer. Association between sudden infant death syndrome and diphtheria-tetanus-pertussis immunisation: an ecological study. BMC Pediatrics, Jan. 2015. doi: 10.1186/s12887-015-0318-7*

Quelle:
BSPH / Charité
Abb.:
Stefan Beger / pixelio.de

7. Tabellen (Datenstand: 15.04.2015 - 12:00 Uhr)

7.1.1. Übersicht 14. Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen¹ und Inzidenzen²)

^{1/2/3/4/5} Erläuterungen am Ende der folgenden Seite

Krankheit bzw. Infektionserreger	Berichtswoche			kumulativ 2015			kumul. 2014
	Fallzahl	Inzidenz*	Todesfälle	Fallzahl	Inzidenz*	Todesfälle	Fallzahl
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	0	0,00	0	1	0,03	0	4
Borreliose ³	0	0,00	0	42	1,19	0	83
Botulismus	0	0,00	0	1	0,03	0	0
Brucellose	0	0,00	0	0	0,00	0	1
Campylobacter-Enteritis	25	0,71	0	730	20,75	0	543
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,00	0	1	0,03	1	0
Clostridium difficile	0	0,00	0	38	1,08	19	36
Denguefieber	2	0,06	0	13	0,37	0	13
E.-coli-Enteritis	10	0,28	0	130	3,70	0	98
EHEC-Erkrankung	2	0,06	0	15	0,43	0	23
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Giardiasis	4	0,11	0	81	2,30	0	110
Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung	0	0,00	0	11	0,31	0	15
Hepatitis A	0	0,00	0	6	0,17	0	6
Hepatitis B	0	0,00	0	22	0,63	0	22
Hepatitis C	6	0,17	0	133	3,78	0	151
Hepatitis D	0	0,00	0	2	0,06	0	1
Hepatitis E	0	0,00	0	11	0,31	0	5
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom),	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Influenza	80	2,27	0	2.933	83,38	1	422
Keuchhusten ⁴	8	0,23	0	229	6,51	0	195
Kryptosporidiose	0	0,00	0	27	0,77	0	30
Legionellose	2	0,06	1	30	0,85	3	13
Leptospirose	0	0,00	0	2	0,06	0	2
Listeriose	1	0,03	0	4	0,11	0	4
Masern	46	1,31	0	878	24,96	1	9
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,00	0	7	0,20	1	9
MRSA, invasive Infektion	2	0,06	0	79	2,25	1	77
Mumps ⁴	1	0,03	0	10	0,28	0	19
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	52	1,48	0	1.362	38,72	0	1.648
Paratyphus	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Q-Fieber	0	0,00	0	0	0,00	0	2
Rotavirus-Gastroenteritis	51	1,45	0	542	15,41	0	737
Röteln, postnatal ⁴	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Salmonellose	10	0,28	0	87	2,47	0	182
Shigellose	1	0,03	0	11	0,31	0	14
Tuberkulose	3	0,09	0	90	2,56	5	107
Tularämie	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Typhus abdominalis	1	0,03	0	4	0,11	0	1
VHF (Chikungunya)	0	0,00	0	8	0,23	0	1
Windpocken ⁴	0	0,00	0	242	6,88	0	538
Yersiniose	0	0,00	0	15	0,43	0	22
Summe	307		1	7.797		32	5.143

7. Tabellen (Datenstand: 15.04.2015 - 12:00 Uhr)

7.1.2. Übersicht 15. Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen¹ und Inzidenzen²)

^{1/2/3/4/5} Erläuterungen am Ende der folgenden Seite

Krankheit bzw. Infektionserreger	Berichtswoche			kumulativ 2015			kumul. 2014
	Fallzahl	Inzidenz*	Todesfälle	Fallzahl	Inzidenz*	Todesfälle	Fallzahl
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	0	0,00	0	1	0,03	0	5
Borreliose ³	2	0,06	0	44	1,25	0	87
Botulismus	0	0,00	0	1	0,03	0	0
Brucellose	0	0,00	0	0	0,00	0	1
Campylobacter-Enteritis	29	0,82	0	759	21,58	0	598
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,00	0	1	0,03	1	0
Clostridium difficile	4	0,11	2	42	1,19	21	42
Denguefieber	0	0,00	0	13	0,37	0	14
E.-coli-Enteritis	1	0,03	0	131	3,72	0	107
EHEC-Erkrankung	1	0,03	0	16	0,45	0	26
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Giardiasis	0	0,00	0	81	2,30	0	119
Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung	0	0,00	0	11	0,31	0	15
Hepatitis A	0	0,00	0	6	0,17	0	9
Hepatitis B	0	0,00	0	22	0,63	0	25
Hepatitis C	10	0,28	0	143	4,07	0	159
Hepatitis D	0	0,00	0	2	0,06	0	1
Hepatitis E	0	0,00	0	11	0,31	0	6
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom),	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Influenza	33	0,94	0	2.966	84,32	1	436
Keuchhusten ⁴	6	0,17	0	235	6,68	0	216
Kryptosporidiose	2	0,06	0	29	0,82	0	30
Legionellose	0	0,00	0	30	0,85	3	14
Leptospirose	0	0,00	0	2	0,06	0	2
Listeriose	0	0,00	0	4	0,11	0	6
Masern	76	2,16	0	954	27,12	1	9
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,00	0	7	0,20	1	9
MRSA, invasive Infektion	8	0,23	0	87	2,47	1	83
Mumps ⁴	3	0,09	0	13	0,37	0	21
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	53	1,51	0	1.415	40,23	0	1.697
Paratyphus	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Q-Fieber	0	0,00	0	0	0,00	0	2
Rotavirus-Gastroenteritis	45	1,28	0	587	16,69	0	809
Röteln, postnatal ⁴	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Salmonellose	2	0,06	0	89	2,53	0	191
Shigellose	0	0,00	0	11	0,31	0	15
Tuberkulose	1	0,03	0	91	2,59	5	112
Tularämie	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Typhus abdominalis	0	0,00	0	4	0,11	0	1
VHF (Chikungunya)	0	0,00	0	8	0,23	0	1
Windpocken ⁴	0	0,00	0	242	6,88	0	567
Yersiniose	0	0,00	0	15	0,43	0	22
Summe	276		2	8.073		34	5.457

7.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der 15. Berichtswochen (Fallzahlen¹)

Krankheit bzw. Infektionserreger	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Summe			
	Mitte	Kreuzberg	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Zehlendorf	Steglitz-Zehlendorf	Schöneberg	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Köpenick		Treptow-Köpenick	Hellersdorf	Marzahn-Hellersdorf
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
Borreliose ¹	1	2	9	2	2	2	5	3	2	6	3	7	44			
Botulismus	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
Campylobacter-Enteritis	61	62	101	68	53	78	86	54	45	53	40	58	759			
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1			
Clostridium difficile	4	1	3	3	3	6	3	3	3	4	6	3	42			
Denguefieber	2	3	3	0	0	1	1	1	0	1	1	0	13			
E.-coli-Enteritis	12	15	32	2	0	7	7	6	9	18	8	15	131			
EHEC-Erkrankung	1	0	0	4	0	4	3	2	1	1	0	0	16			
Giardiasis	9	15	18	3	7	5	5	8	2	4	3	2	81			
Haemophilus influenzae, inv. Erkr.	1	0	0	1	3	1	0	4	0	1	0	0	11			
Hepatitis A	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	6			
Hepatitis B	2	3	1	2	3	2	2	3	0	0	2	2	22			
Hepatitis C	22	18	11	16	9	16	3	10	6	6	1	25	143			
Hepatitis D	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2			
Hepatitis E	1	2	1	0	1	0	1	0	2	0	3	0	11			
Influenza	256	155	533	335	142	335	341	201	153	142	124	249	2.966			
Keuchhusten ⁴	11	24	49	15	10	15	12	13	42	16	12	16	235			
Kryptosporidiose	5	7	2	2	1	2	3	4	0	0	0	3	29			
Legionellose	2	1	0	5	0	2	4	6	0	2	0	8	30			
Leptospirose	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2			
Listeriose	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4			
Masern	112	130	113	36	44	24	74	142	50	53	58	118	954			
Meningokokken, inv. Erkrankung	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	7			
MRSA, invasive Infektion	6	5	12	8	8	9	7	12	7	6	2	5	87			
Mumps ⁴	2	2	0	2	0	0	1	1	0	4	0	1	13			
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	79	40	192	90	55	283	155	130	84	67	79	161	1.415			
Rotavirus-Gastroenteritis	28	31	38	34	35	81	77	95	44	69	20	35	587			
Salmonellose	10	6	8	3	7	7	10	10	3	12	3	10	89			
Shigellose	0	2	2	2	0	0	3	1	1	0	0	0	11			
Tuberkulose	12	2	6	8	4	3	10	10	4	3	24	5	91			
Typhus abdominalis	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	4			
Virale hämorrhagische Fieber	0	1	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	8			
Windpocken ⁴	6	42	15	16	6	22	22	30	23	15	7	38	242			
Yersiniose	0	1	2	1	0	1	3	2	0	2	1	2	15			
Summe	651	570	1.155	658	394	909	846	754	483	487	398	768	8.073			

¹ Veröffentlichung der Fälle entsprechend Referenzdefinition des RKI

(U. a. weichen wegen noch nicht erfolgter Freigabe durch das RKI die Fallzahlen von den beschriebenen Einzelfällen ab)

² Die angegebenen Inzidenzen sind berechnet als Fallzahl pro 100.000 Einwohner. Dabei wird die Einwohnerzahl Berlins von **3.517.424** mit Stand vom **31.12.2013** zugrunde gelegt. (Datenquelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg)

³ Arzt- und Labormeldepflicht in Berlin seit **07.04.2013** (vorher nur Arztmeldepflicht)

⁴ Meldepflicht seit **29.03.2013**

⁵ Angegeben sind nur labordiagnostisch bestätigte Fälle (ohne aggregierte Daten)

8. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen 2015 mit Vorjahresvergleich (Datenstand: 15.04.2015 - 12:00 Uhr)

