

Epi - Info

Wochenbericht

***Epidemiologischer Wochenbericht für die Meldewoche 29/2015
über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten
herausgegeben am 23. Juli 2015***

Inhalt



1. Allgemeine Lage

2. Besondere Fälle

3. Ausbrüche

- 3.1. Ausbrüche durch meldepflichtige Erreger / Krankheiten übermittelt gemäß §11(1) IfSG
- 3.2. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG
- 3.3. Besondere Ausbrüche

4. Besondere Hinweise

- 4.1. Epidemiologisches Bulletin 29/2015
- 4.2. Hepatitis: Welttag 2015
- 4.3. Malaria: aktuelle Patienteninformationsbroschüre zur Prophylaxe
- 4.4. Veranstaltungshinweis: AMBIT-Kurs am RKI für ärztliches Personal des ÖGD
- 4.5. Veranstaltungshinweis: 5. Deutscher Influenza-Kongress in Erfurt
- 4.6. Brille und Bildschirm: Gutes Sehen im Büro
- 4.7. HIV: Hinweise des RKI der aktualisierten Leitlinie zur Diagnostik

5. Spezial

Kontinentalsprung: Zika-Virus erreicht Südamerika, Chikungunya die Karibik

6. Tabellen

- 6.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen und Inzidenzen)
- 6.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche (Fallzahlen)

7. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen im Berichtsjahr mit Vorjahresvergleich

Campylobacter, Legionellose, Salmonellose

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz (I C 2)
Hr. Schubert / Fr. Hentschel / Fr. Hoffmann / Fr. Wendt / Fr. Dr. Simon / Hr. PD Dr. Werber
Turmstraße 21 Haus A, 10559 Berlin. Tel. 90229-2427/-2428/-2420/-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 der Berichtswoche setzte sich der *Masernausbruch* mit zehn Neuerkrankungen bei weiterhin rückläufigem Trend fort. Insgesamt werden dem Ausbruch, der in der 41. MW 2014 begann, 1.351 Fälle zugerechnet, davon 1.230 im Jahr 2015 (*siehe unter 3.3.*).

Bei den gastroenteritischen Infektionen setzten sich, im Vergleich zum Vorjahreszeitraum, die erhöhten Fallzahlen der *Campylobacteriose* fort. Hingegen liegen die Fallzahlen bei den übrigen bakteriellen, aber auch viralen Gastroenteritiden unter denen des Vorjahreszeitraumes (*siehe unter 6. und 7.*). Besondere Einzelfälle der Woche, darunter ein *Tuberkulose*-Sterbefall, sind *unter 2.* beschrieben.

In der Berichtswoche wurden insgesamt vier kleinere Ausbrüche nicht nosokomialen Ursprungs übermittelt (*siehe unter 3.1.*).

2. Besondere Fälle (Datenstand: 22.07.2015 - 12:00 Uhr)

Hepatitis A

GA Reinickendorf

Oberbauchbeschwerden und Ikterus bei einem dreijährigen Mädchen, das eine Gemeinschaftseinrichtung besucht. Ein IgM-Antikörper-Nachweis bestätigte den klinischen Verdacht der Infektion. Das ungeimpfte Kind erkrankte einige Tage nach Rückkehr von einem sechswöchigen Aufenthalt in Jordanien.

Salmonellose

GA Neukölln

Bei einem 68-jährigen erkrankten Mann wurde aus Stuhl das seltene Serovar *Salmonella London* labordiagnostisch nachgewiesen. Da der Erkrankte vielfältige berufliche Kontakte zu Menschen hat, wird hier die Infektionsquelle vermutet.

Das Serovar "London" wurde erstmals im Juni 1923 im Rahmen einer Lebensmittelvergiftung in dem Ort Reading (Ort auf halber Strecke zwischen London und Oxford im Vereinigten Königreich) aus Stuhl eines Patienten isoliert. Da der Name "Reading" bereits vergeben war, wurde es zunächst als Type "L" benannt, dem Namen des Patienten. 1926 wurden die Ergebnisse der Untersuchungen veröffentlicht. Kauffmann verwendete nicht die Abkürzung "L", sondern führte die Bezeichnung "London" ein.

Im Land Berlin ist dieser aktuelle Nachweis insgesamt erst der 12. Fall seit Einführung des IfSG im Jahre 2001. Die letzten Fälle (3) traten in Berlin im Jahr 2010 auf.

Shigellose / Giardiasis

GA Neukölln

Bei einem 26-jährigen Mann (MSM), der mit gastroenteritischer Symptomatik erkrankte, wurden aus Stuhl *Shigella Sonnei* und *Lamblien* labordiagnostisch nachgewiesen. Der Erkrankte hatte keine Reiseanamnese.

Tuberkulose

GA Steglitz-Zehlendorf

Anfang Februar 2015 erkrankte ein 63-jähriger Mann mit tuberkulosebedingter Symptomatik. Anfang Juli erfolgte der labordiagnostische Nachweis erfolgte aus bronchoalveolärer Lavage (BAL). Es handelt sich um eine Ersterkrankung. Eine Woche nach Beginn der stationären Behandlung verstarb der Mann an der gemeldeten Krankheit.

3. Ausbrüche (Datenstand: 22.07.2015 - 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 der Berichtswoche

Erreger / Krankheit	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch
<i>Campylobacter</i>	1	2
Keuchhusten	1	2
<i>Norovirus*</i>	1	5
Rotavirus	1	2
Summe / Spanne	4	2 - 5

3.2. Nosokomiale Ausbrüche übermittelt gemäß §11(2) IfSG

Kumulative Übersicht 2015 bis einschließlich der Berichtswoche (ohne *Norovirus*)

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
<i>Clostridium difficile</i>	2	8 - 9	17
<i>Enterococcus faecium</i> (VRE)	2	2 - 11	13
Influenza A	3	2 - 18	25
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN)	3	5 - 20	30
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN / 4MRGN)	1	10	10
MRSA	3	2 - 4	10
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (3MRGN)	1	2	2
Rotavirus	3	4 - 9	17
<i>Serratia marcescens</i>	1	5	5
Summe / Spanne	19	2 - 20	129

3.3. Besondere Ausbrüche

Masern: Ausbruch in Berlin

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

In der Berichtswoche wurden zehn Neuerkrankungen registriert. Die Erkrankungen wurden von acht verschiedenen Gesundheitsämtern berichtet; acht der Erkrankten waren zwischen 18 und 29 Jahre alt.

Bei insgesamt rückläufigem Trend und gleichbleibenden epidemiologischen Charakteristika wurden dem Ausbruch, der in der 41. MW 2014 begann, bislang 1.351 Fälle zugeschrieben, davon 1.230 im Jahr 2015.

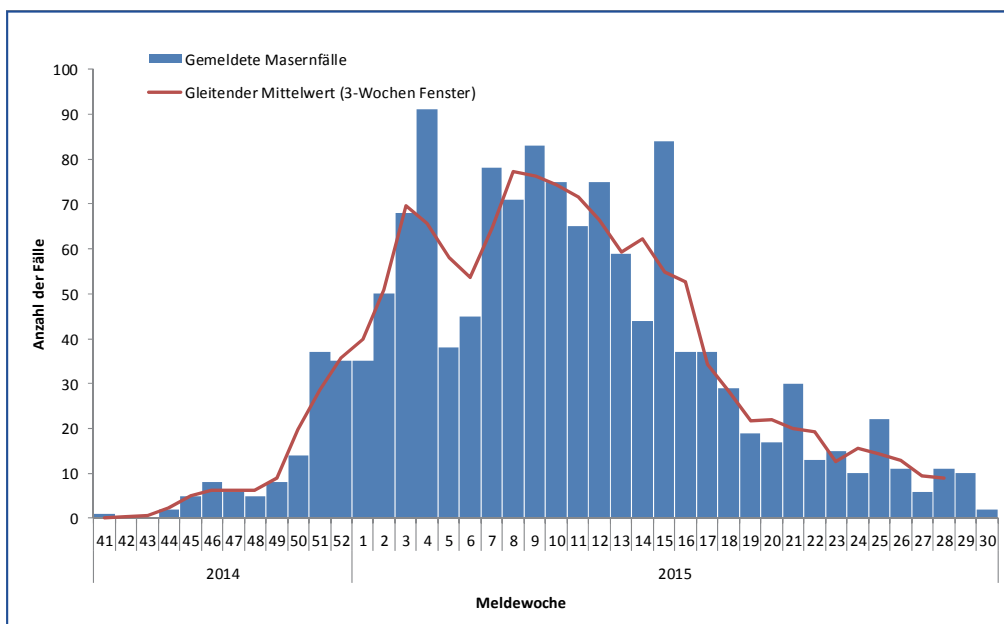


Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der Masernfälle in Berlin seit 41. MW 2014 mit gleitendem Mittelwert (3-Wochen-Fenster) - nach Meldewoche (N=1.351, Stand 22.07.2015, 12.00 Uhr)

Quelle: LAGeSo



- Bis auf Weiteres werden die Zahlen auf unserer Internetseite wöchentlich (jeweils montags) aktualisiert.

Der Link hierzu ist: www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionsschutz/

Quelle: LAGeSo

Abb.: LAGeSo

4. Besondere Hinweise

4.1. Epidemiologisches Bulletin 29/2015

Im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (RKI) Nr. 29/2015 vom 20.07.2015 wird, im Hinblick auf den Welthepatitistag am 28. Juli, die Situation bei Hepatitis B und Hepatitis D dargestellt.

Hepatitis-B-Viren gehören zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Im Fall eines chronischen Verlaufs zählen sie zu den bedeutendsten Ursachen von Leberzirrhose und Leberzellkarzinom. Der Tod infolge eines Leberzellkarzinoms rangiert weltweit auf Platz zwei der krebisbedingten Todesursachen. Trotz der Existenz einer wirksamen Schutzimpfung gegen Hepatitis B sterben pro Jahr ungefähr 780.000 Menschen weltweit an einer Hepatitis-B-Infektion – 650.000 aufgrund einer durch die chronische Hepatitis-B-Infektion verursachten Zirrhose oder Leberkrebserkrankung und weitere 130.000 durch eine akute Hepatitis-B-Infektion. Wenngleich Deutschland in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung zu den Niedrigprävalenzregionen zählt, gibt es auch in Deutschland vulnerable Gruppen. Das Hepatitis-D-Virus benötigt für die Infektion die Hülle des Hepatitis-B-Virus. Hepatitis D tritt somit stets zusammen mit Hepatitis B auf und führt in 70 bis 90 % der Fälle zu schweren chronischen Verläufen.

Des Weiteren weist das Epidemiologische Bulletin auf die Stellungnahme zur HIV-Stufendiagnostik "Nachweis einer HIV-Infektion: Serologisches Screening mit nachfolgender Bestätigungsdiagnostik durch Antikörper-basierte Testsysteme und/oder durch HIV-Nukleinsäure-Nachweis" hin, die die Gemeinsame Diagnostikkommission der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten e.V. (DVV e.V.) und die Gesellschaft für Virologie e.V. (GfV e.V.) erarbeitet haben. Sie wurde am 27. Juni 2015 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht und ist auch auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts abrufbar.

Download-Link des Epidemiologischen Bulletins:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/29/Tabelle.html

Quelle: RKI

4.2. Hepatitis: Welttag 2015

Mit dem diesjährigen Motto zum Welt-Hepatitis-Tag am 28.07.2015 "Hepatitis verhindern - es liegt an Dir" wird der Fokus auf unser eigenes Verhalten zur bewussten Verhinderung einer Ansteckung gesetzt. Weltweit leben 400 Millionen Menschen mit Hepatitis B oder C. Jedes Jahr sterben 1,4 Millionen Menschen an den Folgen wie Leberzirrhose oder Leberkrebs – das sind 4.000 Menschen an nur einem einzigen Tag.

Kampagnenmaterial und weitere Informationen zum Welt-Hepatitis-Tag sind verfügbar auf www.welthepatitistag.info. In Deutschland klärt die Deutsche Leberhilfe e.V. über Schutz und Behandlung von Virushepatitis auf: www.leberhilfe.org



Quelle: Leberhilfe

4.3. Malaria: aktuelle Patienteninformationsbroschüre zur Prophylaxe

Das Centrum für Reisemedizin bietet auf seiner Webseite ab sofort und kostenfrei als PDF die Patienteninformation "Malaria-Prophylaxe" für die reisemedizinische Beratung zum Download an.

Trotz eines gewissen Erfolgs bei der Bekämpfung von Inzidenz und Mortalität der Malaria in den letzten Jahren bleibt die Krankheit weiterhin eine hohe Belastung, insbesondere für die Menschen in Subsahara-Afrika. An einem effizienten Impfstoff wird seit Langem geforscht, einige Kandidaten befinden sich in klinischen Studien der Phase 1 oder 2, der Impfstoff RTS,S sogar bereits in Phase 3. Voraussichtlich wird jedoch noch einige Zeit vergehen, bis ein Impfstoff lizenziert und verfügbar sein wird. Aktuell besteht der beste Schutz gegen Malaria in einer adäquaten Expositionsprophylaxe, je nach Übertragungsrisiko ggf. ergänzt durch eine Chemoprophylaxe.



Download-Link "Blickpunkt Medizin - Malaria":

http://e-news.crm.de/w/pdf/CRM_Blickpunkt_Medizin_Malaria.pdf

Quelle: CRM

4.4. Veranstaltungshinweis: AMBIT-Kurs am RKI für ärztliches Personal des ÖGD

Vom 16.09. bis 18.09.2015 findet der nächste AMBIT-Kurs (Advanced Management of Biological Threats) am RKI statt.

Der Kursinhalt besteht aus zielgruppenspezifischen Modulen für das Management außergewöhnlicher biologischer Gefahren. Diese setzen sich nicht nur aus theoretischen Beiträgen zu Erregerinformationen, seuchenhygienischen Maßnahmen und Meldewegen, sondern auch aus vielen Praxisanteilen zusammen. Hierzu zählen der Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung und die Simulation von unterschiedlichen Szenarien in Form von Table-Top-Übungen in kleineren Gruppen.

Lernziele des Kurses sind u. a.

- *die Sensibilisierung für das Erkennen außergewöhnlicher Gefahrenlagen,*
- *die Vermittlung von Grundlagen des krankheitsspezifischen, medizinischen Managements und*
- *Grundlagen des Managements außergewöhnlicher biologischer Lagen unter Public Health-Aspekten.*

Der Kurs wurde von der Ärztekammer Berlin mit 24 Punkten zertifiziert. Die Teilnehmerzahl ist auf 16 Plätze begrenzt, es sind noch wenige Plätze verfügbar.

Das ausführliche Programm sowie das Anmeldeformular sind auf der RKI-Internetseite abrufbar:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Biosicherheit/Training/Ambit/AMBIT_inhalt.html

Quelle: RKI

4.5. Veranstaltungshinweis: 5. Deutscher Influenza-Kongress in Erfurt

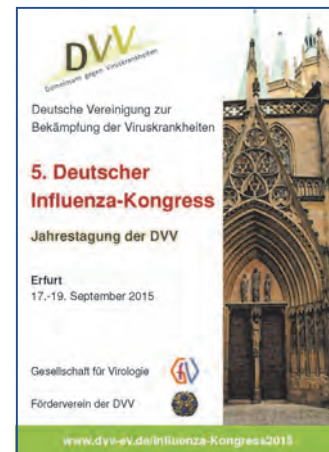
Der 5. Deutsche Influenza-Kongress der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV e.V.) findet vom 17.09. bis 19.09.2015 in der thüringischen Landeshauptstadt Erfurt statt.

Diese Tagung wendet sich besonders an den Öffentlichen Gesundheitsdienst und wird einen umfassenden, praxisnahen Überblick über die aktuellen Entwicklungen rund um die Influenza bieten. Für Mitarbeiter/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist die Tagungsteilnahme kostenfrei. Weitere Informationen sind unter der folgenden Internetseite abrufbar:

www.dvvev.de/Influenza-Kongress2015/index.html

Download-Link Programm:

www.dvv-ev.de/Influenza-Kongress2015/Programm%20Influenza%202015.pdf



Quelle: RKI

4.6. Brille und Bildschirm: Gutes Sehen im Büro

Laut Angaben des statistischen Bundesamtes verbringen etwa zwei Drittel der 25- bis 54-jährigen Beschäftigten in Deutschland täglich einen Teil ihrer Arbeitszeit vor dem Computer. Ist der Arbeitsplatz nicht an die individuellen Bedürfnisse des Beschäftigten angepasst, kann es Verspannungen und Schmerzen im Nacken sowie Sehbeschwerden wie ermüdeten Augen kommen.

Mit der jetzt veröffentlichten Broschüre "*Gutes Sehen im Büro. Brille und Bildschirm - perfekt aufeinander abgestimmt*" gibt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wichtige Tipps, um solchen Beschwerden vorzubeugen.

Gutes Sehen im Büro. Brille und Bildschirm - perfekt aufeinander abgestimmt

1. Auflage. Dortmund: 2015. ISBN: 978-3-88261-092-5, 40 Seiten, Papier, PDF-Datei

Die Broschüre (Papierausgabe) kann online bestellt werden und steht als PDF zum Download unter

www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A93.html



Quelle: BAUA

4.7. HIV: Hinweise des RKI der aktualisierten Leitlinie zur Diagnostik

Mit der Online-Veröffentlichung der aktualisierten Leitlinie zur HIV-Diagnostik der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. (DVV) und der Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV) im Bundesgesundheitsblatt am 27.06.2015* ergeben sich einige Änderungen, die vor allem für die HIV-Testberatung in den Gesundheitsämtern Bedeutung haben.

Eine Aktualisierung der Leitlinien war notwendig, um die Verbesserung der zur Diagnostik

von HIV verwendeten Labortests widerzuspiegeln. Seit vielen Jahren werden bereits von den meisten Diagnostiklaboren sogenannte Suchtests der 4. Generation eingesetzt, die neben einer Komponente zur Entdeckung von Antikörpern gegen HIV auch eine Komponente zur Entdeckung von viralem p24-Antigen enthalten. Welche der beiden Komponenten für ein reaktives Suchtestergebnis verantwortlich ist, lässt sich aus dem Test nicht ablesen. Zur Bestätigung des Suchtestergebnisses war bisher nur der Immunoblot vorgesehen. In der Frühphase der HIV-Infektion kann es jedoch eine Situation geben, in der nur p24-Antigen nachweisbar ist, aber noch keine voll ausgebildete Antikörperantwort, die zu einem positiven Ergebnis des Immunoblots führen würde.

Die aktualisierten Empfehlungen sehen vor, dass alternativ zum Immunoblot generell auch der Nachweis von viralen Nukleinsäuren durch die HIV-PCR als Bestätigungstest eingesetzt werden kann. Konsequenz der Verbesserung der Suchtests und der flexibleren Regelung der Bestätigungsdiagnostik ist, dass der maximale Zeitraum bis zum sicheren Ausschluss einer HIV-Infektion bei negativem Testergebnis von bisher 12 Wochen auf nunmehr 6 Wochen verkürzt wird. Das bedeutet, dass mit einem negativen Testergebnis 6 Wochen nach einer möglichen HIV-Exposition eine Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Diese Verkürzung des diagnostischen Fensters gilt nicht, wenn zur Diagnose ein sogenannter HIV-Schnelltest verwendet wurde. Hier bleibt der Zeitraum bei 12 Wochen. Entsprechende darauf Bezug nehmende Informationen und Angaben auf der RKI-Homepage (z. B. unter Frequently asked questions und im RKI-Ratgeber für Ärzte) werden in Kürze in aktualisierter Form zur Verfügung gestellt:

www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/hiv_node.html

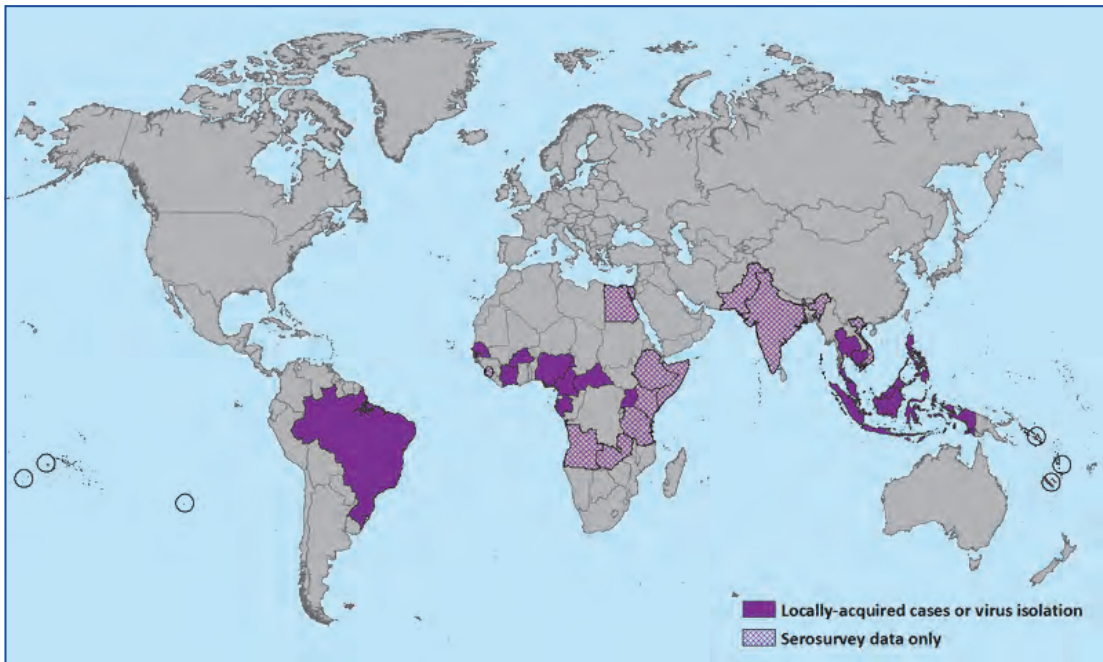
*<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-015-2174-x>

Quelle: RKI

5. Spezial

Kontinentalsprung: Zika-Virus erreicht Südamerika, Chikungunya die Karibik

Es gilt als „kleiner Bruder“ des Dengue-Virus: Das Zika-Virus. Bislang kam es vor allem im tropischen Afrika, in Südostasien und auf den pazifischen Inseln vor. Im Frühjahr 2015 wurden erstmals in Brasilien – und damit zum ersten Mal auf dem amerikanischen Kontinent – Infektionen mit dem Zika-Virus registriert. In der Epi-Info-Ausgabe 22/2015 vom 04.06.2015 wurde unter Punkt 4.8. auf das ECDC-Rapid Risk Assessment zum Zikafieber-Ausbruch in Brasilien hingewiesen.



Länder, die vergangene oder aktuelle Hinweise auf Zika Virus-Übertragung haben (Stand: Mai 2015)

(Quelle: CDC)

Bis Anfang Juli kam es landesweit zu 40 labordiagnostisch bestätigten Erkrankungen. Das Zika-Virus wird von Stechmücken der Gattung *Aedes* übertragen. Diese Insekten übertragen auch Dengue- und Chikungunya-Fieber. Beide Erkrankungen haben sich in den vergangenen Jahren weltweit stark verbreitet.

Das Zika-Virus ließ sich in Brasilien bisher überwiegend in den nördlichen und nordöstlichen Bundesstaaten nachweisen. Professor Dr. med. Tomas Jelinek, Wissenschaftlicher Leiter des Centrums für Reisemedizin (CRM) nimmt an, dass der Erreger vermutlich während der Fußballweltmeisterschaft 2014 importiert wurde. Er sieht es als wahrscheinlich an, dass die Erkrankungszahlen weiter zunehmen werden, da die Überträgermücke in der Region angesiedelt ist.

Das Zika-Virus gehört zu der Gattung der Flaviviren – ebenso wie etwa das Dengue-Virus. Charakteristisch für eine Infektion ist das Auftreten eines knotig-fleckigen Hautausschlages, begleitet von Fieber, Kopf- und Gelenkschmerzen sowie einer Bindehautentzündung. Die Erkrankung ähnelt in ihren Symptomen dem Dengue- und dem Chikungunya-Fieber, verläuft aber deutlich milder, mitunter auch unbemerkt. Komplizierte Verläufe sind bei Infektionen mit dem Zika-Virus selten, Todesfälle nicht bekannt. Für Reisende wichtig, so

Jelinek, sei die Beachtung eines konsequenten Mückenschutzes - nicht nur in Südamerika, sondern in allen tropischen und subtropischen Regionen.

Eine Impfung gegen Dengue-, Chikungunya- oder Zika-Viren gibt es nicht. Um Mücken fern zu halten, empfehlen die Experten des CRM Reisenden helle, möglichst geschlossene Kleidung zu tragen und freie Hautstellen mit so genannten Repellents zu schützen. Dies sind chemische Substanzen, die Insekten abwehren. Für Aufenthalte in den Tropen und Subtropen eignen sich Mittel mit dem Wirkstoff DEET in einer Konzentration ab 30 Prozent

Insbesondere Dengue- und Chikungunya-Fieber-Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren weltweit deutlich zugenommen. Grund dafür ist, dass die Überträgermücken der Gattung Aedes (Tigermücke) sich zahlenmäßig und geografisch stark ausbreitet.

Dengue-Fieber tritt in fast allen Ländern der Tropen und Subtropen regelmäßig auf, auch in Südeuropa kommt es immer wieder zu einzelnen kleinen Ausbrüchen. Eine Untersuchung, die 2013 im Fachblatt Nature erschien, kommt zu dem Ergebnis, dass sich jedes Jahr weltweit etwa 390 Millionen Menschen mit dem Virus infizieren und etwa 96 Millionen an Dengue-Fieber erkranken.

Chikungunya-Fieber war viele Jahre überwiegend in Asien und Afrika bekannt. Im Dezember 2013 gelang dem Virus der Sprung über den Atlantik. Auf mehreren karibischen Inseln registrierten die Behörden Übertragungen. Seither breitet sich das Virus in Süd- und Mittelamerika rasant aus: Bis Anfang Juli 2015 sind laut Pan American Health Organization (PAHO) rund 1,5 Millionen Verdachts- und etwa 36 000 bestätigte Fälle aufgetreten.

Konsequenter Mückenschutz vor allem bei Reisen in tropische und subtropische Regionen verhindert Mückenstiche und damit tropischen Infektionen.

Quellen:

European Center of Disease Prevention and Control (ECDC), RAPID RISK ASSESSMENT, Zika virus infection outbreak, Brazil and the Pacific region, 25 May 2015

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/rapid-risk-assessment-Zika%20virus-south-america-Brazil-2015.pdf>

International Society for Infectious Diseases

<http://www.promedmail.org>

Pan American Health Organization, Chikungunya Statistic Data

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=5927&Itemid=40931&lang=en

Bhatt S et.al. The global distribution and burden of dengue. Nature;496: 504-507.

<http://www.nature.com/nature/journal/v496/n7446/full/nature12060.html>

Quelle: CRM / LAGeSo

6. Tabellen (Datenstand: 22.07.2015 - 12:00 Uhr)

6.1. Übersicht der 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	2	0,06	0	7
Borreliose ³	20	0,57	0	202	5,74	0	301
Botulismus	0	0,00	0	1	0,03	0	0
Brucellose	0	0,00	0	0	0,00	0	3
Campylobacter-Enteritis	56	1,59	0	1.657	47,11	1	1.468
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,00	0	1	0,03	1	6
Clostridium difficile	1	0,03	0	87	2,47	40	66
Denguefieber	0	0,00	0	26	0,74	0	29
Diphtherie	0	0,00	0	1	0,03	0	0
EHEC-Erkrankung	1	0,03	0	44	1,25	0	47
FSME (Frühsummer-Meningoenzephalitis)	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Giardiasis	2	0,06	0	179	5,09	0	206
Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung	0	0,00	0	17	0,48	0	19
Hepatitis A	1	0,03	0	17	0,48	0	16
Hepatitis B	0	0,00	0	34	0,97	0	47
Hepatitis C	14	0,40	0	252	7,16	0	323
Hepatitis D	0	0,00	0	2	0,06	0	1
Hepatitis E	0	0,00	0	24	0,68	0	13
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	0	0,00	0	1	0,03	0	1
Influenza	0	0,00	0	3.117	88,62	1	459
Keuchhusten ⁴	9	0,26	0	395	11,23	0	383
Kryptosporidiose	1	0,03	0	61	1,73	0	62
Legionellose	1	0,03	0	60	1,71	5	33
Leptospirose	0	0,00	0	4	0,11	0	4
Listeriose	0	0,00	0	4	0,11	0	14
Masern	10	0,28	0	1.228	34,91	1	9
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	0,00	0	9	0,26	2	15
MRSA, invasive Infektion	5	0,14	0	155	4,41	5	155
Mumps ⁴	0	0,00	0	30	0,85	0	34
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	16	0,45	0	1.835	52,17	0	1.955
Paratyphus	0	0,00	0	1	0,03	0	2
Q-Fieber	0	0,00	0	1	0,03	0	2
Rotavirus-Gastroenteritis	18	0,51	0	1.180	33,55	0	1.226
Röteln, postnatal ⁴	0	0,00	0	5	0,14	0	3
Salmonellose	7	0,20	0	222	6,31	0	363
Shigellose	2	0,06	0	29	0,82	0	47
Tuberkulose	4	0,11	1	181	5,15	9	205
Tularämie	0	0,00	0	0	0,00	0	0
Typhus abdominalis	0	0,00	0	7	0,20	0	1
VHF (Chikungunya)	0	0,00	0	12	0,34	0	7
Yersiniose	0	0,00	0	39	1,11	0	42
Summe	168		1	11.122		65	7.574

6.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche (Fallzahlen¹)

Krankheit bzw. Infektionserreger	01 Mitte	02 Friedrichshain- Kreuzberg	03 Pankow	04 Charlottenburg- Wilmerdorf	05 Spandau	06 Steglitz- Zehlendorf	07 Tempelhof- Schöneberg	08 Neukölln	09 Treptow- Köpenick	10 Marzahn- Hellersdorf	11 Lichtenberg	12 Reinickendorf	Summe
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Borreliose ¹	9	12	35	11	10	25	17	11	12	34	12	14	202
Botulismus	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Campylobacter-Enteritis	152	130	204	158	99	158	185	139	94	110	103	125	1.657
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Clostridium difficile	8	2	6	4	6	11	8	7	11	9	10	5	87
Denguefieber	4	7	4	0	0	1	2	2	2	3	1	0	26
Diphtherie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EHEC-Erkrankung	5	4	0	8	2	5	6	6	2	3	1	2	44
Giardiasis	22	30	24	14	8	12	16	27	9	4	7	6	179
Haemophilus influenzae, inv. Erkr.	2	0	0	1	3	1	2	5	0	2	0	1	17
Hepatitis A	6	2	2	0	1	1	1	2	1	0	0	1	17
Hepatitis B	8	6	1	4	3	3	2	3	0	0	2	2	34
Hepatitis C	39	25	21	25	9	29	10	23	13	7	4	47	252
Hepatitis D	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Hepatitis E	4	2	3	0	2	1	1	2	2	0	4	3	24
HUS (Hämol.-urämisches Syndrom)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Influenza	273	169	556	351	149	349	355	209	163	145	127	271	3.117
Keuchhusten ⁴	24	38	72	23	13	34	32	27	53	33	22	24	395
Kryptosporidiose	11	12	5	5	1	3	8	9	1	1	1	4	61
Legionellose	5	2	1	7	1	7	6	10	0	4	2	15	60
Leptospirose	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4
Listeriose	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4
Masern	148	168	133	60	65	40	113	172	66	63	67	133	1.228
Meningokokken, inv. Erkrankung	3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	9
MRSA, invasive Infektion	15	6	18	12	15	17	18	16	9	12	4	13	155
Mumps ⁴	5	3	3	3	1	0	3	2	3	4	2	1	30
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	105	58	257	127	76	349	207	170	108	78	102	198	1.835
Paratyphus	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Q-Fieber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Rotavirus-Gastroenteritis	57	52	81	70	61	176	135	166	129	137	44	72	1.180
Röteln	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	5
Salmonellose	18	15	24	14	13	28	24	22	13	26	11	14	222
Shigellose	5	3	5	6	0	0	4	4	1	0	1	0	29
Tuberkulose	16	8	10	17	14	7	18	14	12	4	52	9	181
Typhus abdominalis	1	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	7
Virale hämorrhagische Fieber	2	1	2	0	1	2	3	0	0	0	0	1	12
Yersiniose	2	3	3	4	2	5	7	3	1	4	2	3	39
Summe	950	762	1.473	925	556	1.265	1.189	1.057	706	688	583	968	11.122

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)

7. Grafiken der wöchentlichen Fallzahlen 2015 mit Vorjahresvergleich (Datenstand: 22.07.2015 - 12:00 Uhr)

