

Epi - Info

Wochenbericht

***Epidemiologischer Wochenbericht für die Meldewoche 35/2016
über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten
herausgegeben am 08. September 2016 (Datenstand: 07.09.2016 - 10:00 Uhr)***

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 35/2016
- 4.2. Zikavirus: Verlängerung der gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite
- 4.3. Zikavirus: aktualisiertes Rapid Risk Assessment des ECDC
- 4.4. Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber: erster autochthoner Fall in Spanien

5. Spezial

Wer mehr verdient, lebt meist umweltschädlicher

6. Tabellen

- 6.1. Übersicht der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahr (Fallzahlen / Inzidenzen)
- 6.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche
- 6.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

7. Abbildungen ausgewählter wöchentlicher Fallzahlen im Berichtsjahr mit Vorjahresvergleich

Campylobacter-Erkrankung, Hepatitis C, Listeriose, Norovirus-Gastroenteritis, Rotavirus-Erkrankung, Salmonellose

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)

Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz (I C 2)

Hr. Schubert / Fr. Dr. Bitzegeio / Fr. Hoffmann / Fr. Wendt / Fr. Dr. Simon / Hr. PD Dr. Werber

Darwinstraße 15, 10589 Berlin (Charlottenburg). 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.

© 2016



Link zum Download
der Wochenberichte
des LAGeSo

Abb.: Deutsche Leberhilfe e.V.

1. Allgemeine Lage

In der Berichtswoche wurden keine Infektionsereignisse von gesamtstädtischer Bedeutung festgestellt.

Bei der Betrachtung der einzelnen Meldekategorien fällt auf, dass dem LAGeSo in dieser Berichtswoche drei und im aktuellen Jahr bereits 84 *Hepatitis-E*-Erkrankungen übermittelt wurden; eine Verdopplung zum Vergleichsraum des Vorjahres (n=42). Folglich hält der steigende Trend der letzten Jahre weiter an (*siehe unter 6.*). Er kann auch bundesweit beobachtet werden, wenngleich nicht so ausgeprägt wie im Land Berlin.

Im Berichtszeitraum wurden sieben Ausbrüche, darunter je zwei durch *Keuchhusten* bzw. *Norovirus*, übermittelt. Neue nosokomial bedingte Ausbrüche wurden nicht übermittelt (*siehe unter 3.*).

2. Besondere Fälle

EHEC/STEC

GA Steglitz-Zehlendorf

Erkrankung einer 60-jährigen Frau mit Durchfall. Aus der Mischkultur erfolgte mittels PCR der Nachweis des Gens für *Shiga-Toxin-2 (stx₂)*.

Haemophilus influenzae

GA Marzahn-Hellersdorf

Lungenentzündung bei einem 59-jährigen Mann, der hospitalisiert wurde. Aus Blut erfolgte ein kultureller Erreger-Nachweis. Der Erkrankte hielt sich nur in seinem Heimatbezirk auf.

Hepatitis E

GA Friedrichshain-Kreuzberg

Ikterus bei einer 40-jährigen Frau, die hospitalisiert wurde. Aus Blut erfolgten IgG- und IgM-Antikörper-Nachweise.

GA Lichtenberg

Fieber bei einer 34-jährigen Frau, die im Winter 2015 eine Nierentransplantation hatte. Aus Blut erfolgte ein IgM-Antikörper-Nachweis. Das Gesundheitsamt ermittelte als Infektionsort einen zweiwöchigen Aufenthalt in der Russischen Föderation.

Ikterus bei einem 67-jährigen Mann, der hospitalisiert wurde. Aus Blut erfolgten IgG- und IgM-Antikörper-Nachweise.

Meningokokken

GA Charlottenburg-Wilmersdorf

Fieber und makulopapulöses Exanthem bei einer 51-jährigen Frau, die hospitalisiert wurde. Aus Blut erfolgte die kulturelle Erregerisolierung.

Zikavirus (WBK)

GA Reinickendorf

Erkrankungen einer 54-jährigen Frau und eines 66-jährigen Mannes mit jeweils Hautausschlag. Die Erkrankungen begannen kurz nach Rückkehr von einer Rundreise Mexiko, Yukatan-Halbinsel und Guatemala. Bei beiden Erkrankten erfolgten aus Blut IgM-Antikörper-Nachweise (*siehe auch unter 3.3.*).

3. Ausbrüche

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

Gesamtzahl der Häufungen nach Erreger / Krankheit und Fallzahlen, Fallzahlspannen und Gesamtfallzahl in der Berichtswoche

Erreger / Krankheit	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
<i>Giardiasis lamblia</i>	1	2	2
<i>Keuchhusten</i>	2	2	4
<i>Kryptosporidiose</i>	1	2	2
<i>Norovirus</i>	2	2	4
<i>Zikavirus (WBK)</i>	1	2	2
Summe / Spanne	7	2	14

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

Kumulative Übersicht 2016 bis einschließlich der Berichtswoche (ohne *Norovirus*)

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahl pro Ausbruch	Gesamtfallzahl
<i>Acinetobacter baumannii</i> , 4MRGN	1	3	3
<i>Citrobacter freundii</i> 4MRGN	1	2	2
<i>Clostridium difficile</i>	4	2 - 4	12
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	2	2
<i>Influenza</i>	4	2 - 22	35
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (3MRGN)	1	4	4
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (4MRGN)	2	2 - 3	5
MRSA ¹	6	2 - 6	19
<i>Rotavirus</i>	24	2 - 24	168
VRE ²	3	8 - 21	38
Summe / Spanne	47	2 - 24	288

¹ Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*

² Vancomycin resistente Enterokokken

3.3. Besondere Ausbrüche

Kryptosporidiose

Das Gesundheitsamt Tempelhof-Schöneberg übermittelte einen familiären Ausbruch mit zwei labordiagnostisch bestätigten Erkrankungen (Antigen-Nachweise). Bei zwei weiteren erkrankten Familienmitgliedern sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Die Ermittlungen des Gesundheitsamtes erbrachten keine Hinweise auf die gemeinsame Infektionsquelle (siehe auch unter 3.1.).



Zikavirus (WBK)

Das Gesundheitsamt Reinickendorf übermittelte eine familiäre Häufung mit zwei Infektionen. Die beiden Erkrankten infizierten sich mutmaßlich während einer Rundreise in Nord- und Zentralamerika. Symptomatisch traten nur Hautausschläge auf. Labordiagnostisch wurden jeweils IgM-Antikörper-Nachweise aus Blut geführt (*siehe auch unter 2. und 3.1.*).

4. Besondere Hinweise

4.1. Epidemiologisches Bulletin 35/2016

Die STIKO hatte im Epidemiologischen Bulletin 34/2016 ihre aktualisierten Impfeempfehlungen für 2016/2017 veröffentlicht. In der aktuellen Ausgabe 35/2016 vom 05.09.2016 gibt die Geschäftsstelle der STIKO einen Überblick über die wichtigsten Änderungen in den STIKO-Empfehlungen. Die ausführlichen wissenschaftlichen Begründungen zu den geänderten Empfehlungen werden in den beiden folgenden Ausgaben des Epid. Bull. (36 und 37/2016) publiziert

Download-Link:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/35/Tabelle.html

Quelle: RKI

4.2. Zikavirus: Verlängerung der gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite

Die WHO-Generaldirektorin erklärte im Anschluss an die 4. Sitzung des IGV-Notfallausschusses am 01.09.2016, dass Zikavirus und damit zusammenhängende kongenitale und neurologische Störungen insbesondere aufgrund der weiteren geografischen Ausbreitung und der noch bestehenden Wissenslücken weiterhin eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen. Die zeitlich befristeten Empfehlungen bleiben für weitere 3 Monate bestehen.

Quelle: WHO/RKI

4.3. Zikavirus: aktualisiertes Rapid Risk Assessment des ECDC

Das ECDC hat die achte Aktualisierung des Rapid Risk Assessments zum Zikavirus-Ausbruch veröffentlicht.

Wesentliche Neuerungen beinhalten die weitere geografische Ausbreitung (z. B. Ausdehnung auf Florida, jedoch Rückgang der Fälle in Martinique, Guadeloupe, Saint Martin und Französisch-Guyana seit Juli 2016; in der EU/EEA bisher keine lokale Übertragung über Mückenstiche) und eine Übersicht neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse (z. B. Studien zur Tenazität von Zikavirus: das Virus verliert seine Infektiosität bei $\geq 60^{\circ}\text{C}$, wird durch klassische Desinfektionsmittel und Inaktivierungsmethoden inaktiviert). Die allgemeine Risikoeinschätzung bleibt unverändert.

Download-Link (PDF):

http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90@ID=1565

Eine Übersicht des momentanen Wissensstandes zu Zikavirus bietet folgende Übersicht des ECDC:

http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvise/_layouts/forms/Review_DispForm.aspx?List=a3216f4c-f040-4f51-9f77-a96046dbfd72@ID=800

Quelle: WHO/ECDC/RKI



4.4. Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber: erster autochthoner Fall in Spanien

Spanien berichtete den ersten beobachteten Fall einer Infektion mit Krim-Kongo - Hämorrhagischem-Fieber (CCHF) in Spanien - autochthon durch Zeckenstich auf einer Wanderung erworben und tödlich verlaufen, mit einem Sekundärfall bei einer Pflegekraft im Krankenhaus. Das hohe nosokomiale Potential von CCHF ist bekannt, insbesondere im Kontext eines Patienten mit hoher Viruslast.

Die Überträgerzecke (*Hyalomma marginatum*) wird in ganz Süd- und Südosteuropa gefunden (inkl. Spanien); oft ist auch das Virus in den Zecken nachweisbar. Deutschlands Nachbarlän-

der sind bis auf Frankreich frei von *Hyalomma marginatum*; in Frankreich, kommt sie vermutlich aber nur im Süden vor. Nach Deutschland kann *Hyalomma marginatum* durch Zugvögel importiert werden und wird sehr selten gefunden.

Fälle von CCHF werden regelmäßig in Bulgarien und der Türkei diagnostiziert, vereinzelt auch in Ostgriechenland. Wenn Zecke und Virus vorhanden sind, stellt für eine effektive Übertragung auf den Menschen auch der Kontakt zu Nutztieren einen Risikofaktor dar. Durch infizierte Nutztiere können auch Mitarbeiter in der Fleischindustrie, traditionelle Schlachter etc., gefährdet sein.

Bei dem verstorbenen Primärfall ist momentan noch unklar, ob der Mann auf seiner Wanderung Kontakt zu Nutztieren hatte - Fälle ohne Kontakt mit Nutztieren oder nosokomialen Kontakt sind z. B. in der Türkei eher die Ausnahme. Natürlich können Zecken aber auch z. B. bei einer Rast einen Wanderer erreichen.



Zecke: *Hyalomma marginatum*

Quelle: [wikimedia.org](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hyalomma_marginatum.jpg)

Quelle: PM/RKI

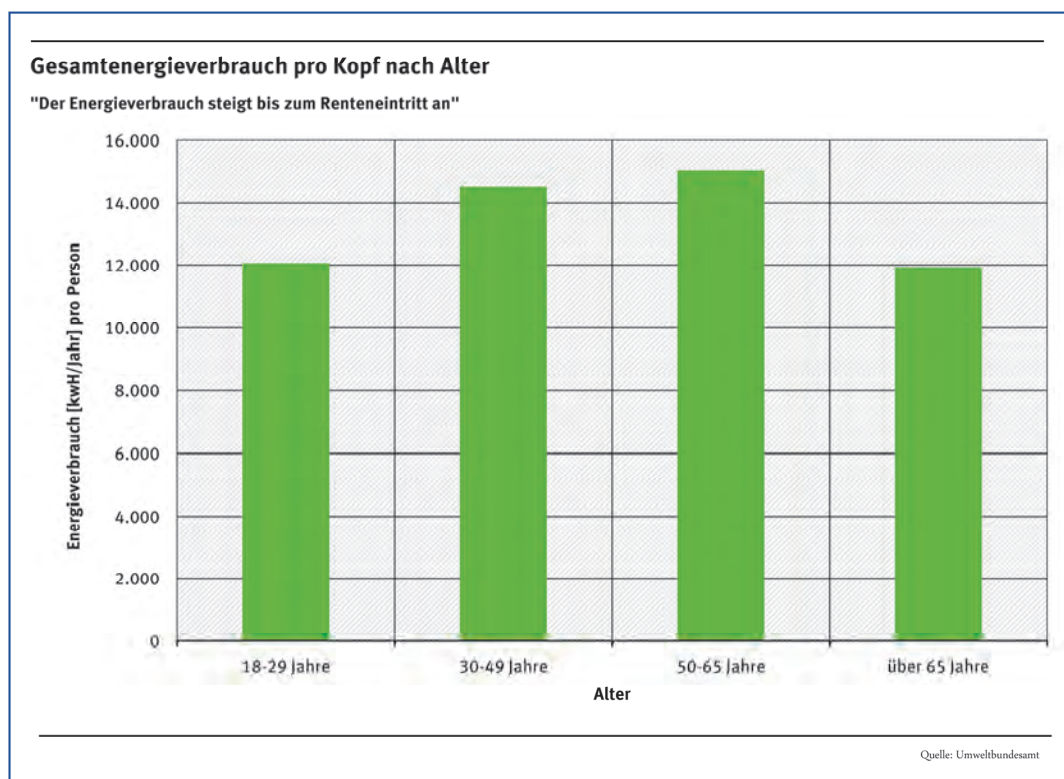
5. Spezial

Wer mehr verdient, lebt meist umweltschädlicher

Wer mehr Geld hat, verbraucht meist mehr Energie und Ressourcen – und zwar unabhängig davon, ob sich jemand als umweltbewusst einschätzt oder nicht. Das zeigt eine neue Studie des Umweltbundesamts (UBA). ‚Big Points‘, wie schwerere Autos, größere Wohnungen und häufigere Flugreisen beeinflussen die Ökobilanz des Menschen am stärksten - auch wenn die Menschen sich ansonsten im Alltag umweltbewusst verhalten. Der Kauf von Bio-Lebensmitteln oder eine gute Mülltrennung wiegen das nicht auf.

Vor allem Fernflüge, das Auto, der Dämmstandard der Wohnung und deren Größe und der Konsum von Fleisch entscheiden darüber, ob jemand über oder unter dem CO₂-Durchschnittsverbrauch liegt. Daher haben Menschen mit hohem Umweltbewusstsein laut Studie nicht zwangsläufig eine gute persönliche Ökobilanz. Menschen aus einfacheren Milieus, die sich selbst am wenigsten sparsam beim Ressourcenschutz einschätzen und die ein eher geringeres Umweltbewusstsein haben, belasten die Umwelt hingegen am wenigsten.

Die „Umweltbewussten“ besitzen zwar mehr energieeffiziente Haushaltsgeräte, kaufen mehr Bio-Produkte und essen oft weniger Fleisch. Außerdem stimmen sie umweltpolitischen Maßnahmen eher zu als weniger umweltbewusste Menschen. Aber: Andere Aspekte ihres (nicht-) nachhaltigen Konsums wie Fernreisen werden häufig von ihnen unterschätzt oder bei der Bewertung des eigenen Verhaltens nicht berücksichtigt, so dass sie in Summe deutlich mehr CO₂-Ausstoß verursachen als Menschen mit niedrigerem Einkommen.



Gesamtenergieverbrauch pro Kopf nach Alter

Quelle: Umweltbundesamt

Die Studie zeigt aber auch: Höheres Einkommen und hohes Umweltbewusstsein können durchaus auch zu einer guten Ökobilanz führen. Ein Beispiel hierfür ist die Gruppe der „Bewussten Durchschnittsverbraucher“, die neben anderen Energieverbrauchstypen in der Studie identifiziert wurde. Hier gehen höheres Einkommen und höheres Umweltbewusstsein tatsächlich auch mit einem durchschnittlichen bis niedrigeren Gesamtenergieverbrauch einher. Dies liegt daran, dass diese Personen bei den Big Points entsprechend umweltfreundliche Verhaltensmuster an den Tag legen. Ein großes Potenzial, Klima und Ressourcen zu schonen, liegt in Maßnahmen wie energetischer Sanierung in Gebäuden und Quartieren, dem Kauf von Autos mit geringem CO₂-Wert, Car-Sharing oder einem geringeren Fleischkonsum. Aber auch mit Investitionen in erneuerbare Energien und freiwilligen Kompensationszahlungen für Fernflüge können Verbraucherinnen und Verbraucher tonnenweise CO₂ einsparen.

Mit der vorliegenden Studie wurde erstmals ein repräsentativer Datensatz für Deutschland geschaffen, der beim Konsum anfallende Ressourcen- und Energieverbräuche sowie den CO₂-Ausstoß über Konsumfelder und gesellschaftliche Gruppen hinweg analysiert. Insbesondere die Rolle des Einkommens als wichtiger Einflussfaktor für den Umweltverbrauch durch Konsum wurde umfassend belegt.

Die Studie "Repräsentative Erhebung von Pro-Kopf- Verbräuchen natürlicher Ressourcen in Deutschland (nach Bevölkerungsgruppen)" zum Download:

https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/texte_39_2016_repraesentative_erhebung_von_pro-kopf-verbraeuchen_natuerlicher_ressourcen.pdf

Quelle: Umweltbundesamt

Abb.: Umweltbundesamt

6. Tabellen

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 2016			kumul. 2015
	Fallzahl	Inzidenz	Todesfälle	Fallzahl	Inzidenz	Todesfälle	Fallzahl
Adenovirus-K(eratok)onjunktivitis	0	0,0	0	13	0,4	0	2
Borreliose ³	22	0,6	0	471	13,4	0	389
Botulismus	0	0,0	0	1	0,0	0	1
Brucellose	0	0,0	0	3	0,1	0	0
Campylobacter-Enteritis	34	1,0	0	2.064	58,7	0	2.129
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	0	0,0	0	1	0,0	0	5
Clostridium difficile	2	0,1	0	99	2,8	25	101
Denguefieber	0	0,0	0	68	1,9	0	35
Diphtherie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
EHEC-Erkrankung	2	0,1	0	60	1,7	0	52
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	0	0,0	0	2	0,1	0	0
Giardiasis	4	0,1	0	255	7,2	0	221
Haemophilus influenzae, inv. Erkrankung	1	0,0	0	19	0,5	0	18
Hantavirus-Erkrankung	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Hepatitis A	0	0,0	0	37	1,1	0	24
Hepatitis B	1	0,0	0	51	1,4	0	42
Hepatitis C	17	0,5	0	259	7,4	0	281
Hepatitis D	0	0,0	0	0	0,0	0	2
Hepatitis E	3	0,1	0	84	2,4	0	42
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	0	0,0	0	3	0,1	2	2
Influenza	0	0,0	0	4.244	120,7	6	3.121
Keuchhusten ⁴	14	0,4	0	702	20,0	0	440
Kryptosporidiose	3	0,1	0	75	2,1	0	88
Legionellose	0	0,0	0	61	1,7	3	71
Leptospirose	0	0,0	0	2	0,1	0	4
Listeriose	0	0,0	0	21	0,6	1	10
Masern	0	0,0	0	65	1,8	0	1.238
Meningokokken, invasive Erkrankung	1	0,0	0	25	0,7	1	9
MRSA, invasive Infektion	3	0,1	0	196	5,6	15	200
Mumps ⁴	5	0,1	0	39	1,1	0	30
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	24	0,7	0	1.833	52,1	0	1.963
Paratyphus	0	0,0	0	3	0,1	0	2
Q-Fieber	0	0,0	0	3	0,1	0	4
Rotavirus-Gastroenteritis	8	0,2	0	1.230	35,0	0	1.267
Röteln, postnatal ⁴	0	0,0	0	3	0,1	0	5
Salmonellose	12	0,3	0	310	8,8	0	324
Shigellose	0	0,0	0	41	1,2	0	46
Trichinellose	0	0,0	0	1	0,0	0	0
Tuberkulose	2	0,1	0	272	7,7	5	244
Tularämie	0	0,0	0	0	0,0	0	1
Typhus abdominalis	0	0,0	0	6	0,2	0	7
VHF (Chikungunya)	0	0,0	0	5	0,1	0	13
Yersiniose	2	0,1	0	63	1,8	0	44
Summe	160		0	12.691		58	12.478

6.2. Bezirksübersicht kumulativ bis einschließlich der Berichtswoche (Fallzahlen¹)

Krankheit bzw. Infektionserreger	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Schöneberg	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Köpenick	Treptow-Köpenick	Marzahn-	Lichtenberg	Reinickendorf	Summe
Adenovirus- (Kerato-) Konjunktivitis	1	1	2	2	1	3	1	1	0	1	0	0	0	13	
Borreliose ¹	33	51	89	19	11	58	38	36	22	71	22	21	471		
Botulismus	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Brucellose	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3		
Campylobacter-Enteritis	153	168	245	187	111	189	218	141	144	164	174	170	2.064		
Clostridium difficile	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		
CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	10	8	16	3	5	12	4	6	10	3	12	10	99		
Denguefieber	9	17	16	3	1	4	4	6	2	0	3	3	68		
EHEC-Erkrankung	8	5	3	6	6	8	10	3	1	2	3	5	60		
FSME (Frühsommer-Meningoenz.)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2		
Giardiasis	27	43	34	21	10	13	31	27	15	13	10	11	255		
Haemophilus influenzae, inv. Erkr.	1	1	1	1	1	2	2	2	1	3	2	2	19		
Hantavirus-Erkrankung	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Hepatitis A	7	0	2	4	3	2	14	2	0	2	0	1	37		
Hepatitis B	11	9	4	3	5	3	4	1	1	2	3	5	51		
Hepatitis C	24	25	30	17	27	28	20	19	22	13	0	34	259		
Hepatitis E	8	8	12	5	5	4	8	5	3	5	8	13	84		
HUS (Hämol.-urämisches Syndrom)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3		
Influenza	316	355	752	516	193	446	494	273	190	318	148	243	4.244		
Keuchhusten ⁴	56	44	107	62	44	116	82	40	50	48	31	22	702		
Kryptosporidiose	9	7	21	5	2	3	9	7	4	3	0	5	75		
Legionellose	4	2	4	2	5	12	11	5	1	0	3	12	61		
Leptospirose	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2		
Listeriose	2	1	3	0	1	0	5	3	0	2	3	1	21		
Masern	7	8	3	1	3	2	6	17	3	2	8	5	65		
Meningokokken, inv. Erkrankung	5	2	1	1	4	0	4	3	1	2	1	1	25		
MRSA, invasive Infektion	17	12	23	14	14	24	13	26	6	20	8	19	196		
Mumps ⁴	4	2	8	0	5	2	8	3	1	2	2	2	39		
Norovirus-Gastroenteritis ⁵	105	73	215	140	136	209	215	112	180	131	164	153	1.833		
Paratyphus	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3		
Q-Fieber	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3		
Rotavirus-Gastroenteritis	36	59	69	40	50	84	158	298	148	71	117	100	1.230		
Röteln	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3		
Salmonellose	22	30	29	23	18	23	31	24	15	18	32	45	310		
Shigellose	10	6	5	7	0	1	5	0	2	0	4	1	41		
Trichinellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
Tuberkulose	30	14	12	15	19	12	25	23	7	14	89	12	272		
Typhus abdominalis	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6		
Virale hämorrhagische Fieber	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	5		
Yersiniose	8	6	6	7	3	9	7	6	1	3	3	4	63		
Summe	930	962	1.715	1.105	686	1.270	1.431	1.091	832	915	853	901	12.691		

¹ Veröffentlichung der Fälle entspr. 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 Einw. 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 Angabe nur lab. best. Fälle (o. aggregierte Daten)

6.3. Übersicht Salmonellenserovare bzw. -gruppen bis zur Berichtswoche (Fallzahlen und Anteile)

Rangfolge der in 2016 gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. Serogruppen, kumuliert bis einschließlich der Berichtswoche im Vergleich zum Vorjahreszeitraum

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Gruppe	n 2016	Anteil %	n 2015	Anteil %
1	S.Enteritidis	. D1	74	23,9	80	24,7
2	S.Typhimurium	B	55	17,7	65	20,1
3	Salmonella der Gruppe B		47	15,2	46	14,2
4	Salmonella der Gruppe D1		34	11,0	21	6,5
5	Salmonella der Gruppe C1		12	3,9	18	5,6
6	S.Derby	B	9	2,9	10	3,1
7	S.Infantis	C1	7	2,3	14	4,3
8	S.Agona	B	4	1,3	5	1,5
9	S.Braenderup	C1	2	0,6	0	0,0
	Salmonella der Gruppe B O:4,5,12 H1:- H2:-		2	0,6	0	0,0
	S.Brandenburg	B	2	0,6	0	0,0
	S.Livingstone		2	0,6	1	0,3
	S.Bovismorbificans		2	0,6	3	0,9
10	S.Muenchen		1	0,3	0	0,0
	andere Serovare		28	9,0	41	12,7
	ohne Angabe		6	1,9	1	0,3
	nicht ermittelbar		23	7,4	19	5,9
	gesamt		310	100,0	324	100,0

Rangfolge der gemäß IfSG übermittelten Salmonellenserovare bzw. -gruppen der Berichtswoche

Rang	Serovar bzw. Gruppe ohne weitere Differenzierung	Fallzahl
1	Salmonella der Gruppe B	4
2	S.Enteritidis	2
3	S.Derby	1
	S.Typhimurium	1
	Salmonella der Gruppe D1	1
	gesamt	9

7. Abbildungen ausgewählter wöchentlicher Fallzahlen 2016 mit Vorjahresvergleich

