ROBERT KOCH INSTITUT

Epidemiologisches **Bulletin**

2. Februar 2015 / Nr. 5 AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Der Blutdruck in Deutschland ist gesunken, das Präventionspotenzial bleibt aber hoch

Zuletzt berichteten wir im Jahr 2013 zum Thema Blutdruck im *Epidemiologischen Bulletin* (Ausgabe 13/2013), anlässlich des Weltgesundheitstages, der unter dem Motto „Hypertonie" stand. Das Thema hat nicht an Relevanz verloren. Eine Analyse der Entwicklung des Blutdrucks und des Hypertonie-Managements in Deutschland über 10 Jahre ist kürzlich erfolgt, nachdem der methodische Vergleich der Blutdruck-Messmethoden der beiden letzten bundesweiten Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) bei Erwachsenen in Deutschland, des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008 bis 2011 (DEGS1-Studie), abgeschlossen wurde.[1,2]

Erhöhter Blutdruck hatte nach Schätzungen der Global Burden of Disease-Studie 2010 den zweithöchsten Anteil an der gesamten Krankheitslast in Deutschland: Ungesunde Ernährung fungierte an erster Stelle, erhöhter Blutdruck und erhöhter Body-Mass-Index gleichrangig an zweiter Stelle.[3,4] Erhöhter Blutdruck erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in erster Linie Schlaganfälle, koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz), aber auch für chronische Niereninsuffizienz und Demenz. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass erhöhter Blutdruck 2010 zur größten globalen Gesundheitsgefahr aufgerückt ist.

Auswertungen der Daten des BGS98 hatten gezeigt, dass Deutschland im internationalen Vergleich einen hohen mittleren systolischen und diastolischen Blutdruck und einen niedrigen Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad der Hypertonie aufwies.[5,6] Dieser Vergleich erschien plausibel, zumal zu diesem Zeitpunkt Deutschland auch eine der höchsten Schlaganfall-Mortalitätsraten im Vergleich zu anderen westlichen Industrieländern hatte und erhöhter Blutdruck stark mit der Schlaganfall-Mortalität korreliert.[6] Die Schlaganfall-Mortalitätsrate hat sich in Deutschland zwischen 1998 und 2010 in Fortsetzung eines längerfristigen Trends praktisch halbiert, so dass erwartet wurde, dass die DEGS1-Studie 2008 bis 2011 auch ein Absinken des Blutdruckniveaus in Deutschland zeigen würde.

Eine relevante Reduktion der Schlaganfall- und KHK-Mortalität in der Bevölkerung kann dabei schon durch ein bevölkerungsweites Absinken des mittleren Blutdrucks von nur wenigen Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) erreicht werden. Für Bevölkerungsmittelwerte des systolischen Blutdrucks wurde gezeigt, dass bereits ein Absinken von 2 mmHg zu einer Reduktion der Schlaganfall-Mortalität um 10 % und der KHK-Mortalität um 7 % führt.[7]

Auf eine vereinfachte Formel gebracht bedeutet dies: Während für den Einzelnen Blutdruckunterschiede von unter 5 mmHg als vernachlässigbar gelten, ist bevölkerungsweit jeder mmHg weniger ein Gewinn. Allerdings ist bei bevölkerungsweiten Studien der Aufwand umso größer, der betrieben werden muss, um diese geringen Blutdruckverschiebungen frei von methodischen Verzerrungen zu messen. Untersucher-bedingte Effekte können dabei durch den Um-

Diese Woche 5/2015

Erhöhter Blutdruck in Deutschland: Trotz Erfolgen noch viel Präventionspotenzial

Veranstaltungshinweis

Zu den aktuellen Masernausbrüchen in Berlin sowie in Bosnien und Herzegowina

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2. Woche 2015

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen in der 4. Woche 2015

	1998**		2008 bis 2011	
	%	95% KI	%	95% KI
Bekanntheit				
Gesamt 18–79	69,4	(67,2–71,6)	82,3	(80,3–84,2)
Männer 18–79	65,0	(61,8–68,2)	78,3	(75,1–81,2)
Frauen 18–79	73,8	(70,8–76,6)	86,8	(83,9–89,2)
Behandlung				
Gesamt 18–79	54,8	(51,8–57,6)	71,8	(69,1–74,5)
Männer 18–79	47,5	(43,7–51,3)	65,3	(61,1–69,2)
Frauen 18–79	62,0	(58,1–65,7)	79,1	(76,0–82,0)
Behandlung bei bekannter Hypertonie				
Gesamt 18–79	78,8	(75,5–81,8)	87,7	(85,4–89,6)
Männer 18–79	73,0	(67,9–77,5)	83,9	(80,3–86,9)
Frauen 18–79	84,0	(80,5–87,0)	91,5	(89,1–93,4)
Blutdruckkontrolle < 140/90 mmHg				
Gesamt 18–79	22,7	(20,0 - 25,7)	51,2	(47,9–54,3)
Männer 18–79	20,3	(17,5 - 23,5)	45,4	(41,4–49,6)
Frauen 18–79	25,1	(21,3 - 29,3)	57,5	(53,3–61,5)
Kontrolle < 140/90 mmHg bei Behandelten				
Gesamt 18–79	41,6	(37,4–46,0)	71,5	(68,5–74,3)
Männer 18–79	43,0	(37,5–48,7)	69,8	(65,6–73,7)
Frauen 18–79	40,6	(35,4–45,9)	73,0	(69,2–76,6)

Tab. 1: Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad der Hypertonie* in Deutschland 1998 und 2008 bis 2011, Ergebnisse des BGS98 und der DEGS1-Studie

* Hypertonie: Mittelwert der zweiten und dritten Messung ≥ 140/90 mmHg oder Einnahme antihypertensiv wirkender Medikamente bei bekannter Hypertonie

** Blutdruck-Messwerte mit Quecksilber-Sphygmomanometer, kalibriert für den Vergleich mit Datascope Messwerten

stieg von der auskultatorischen Blutdruckmessmethode im BGS98 mit einem Quecksilber-Sphygmomanometer zu einer automatischen Messmethode mit einem oszillometrischen Blutdruckmessgerät in DEGS1 vermieden werden. Bei einem solchen Messmethodenwechsel muss jedoch geprüft werden, ob eine Kalibrierung der Messwerte erforderlich ist.

Für den Vergleich der BGS98- und DEGS1-Blutdruckdaten wurde eine solche Vergleichsstudie durchgeführt. Diese wurde nach dem Studienprotokoll für die Validierung von Blutdruckmessgeräten der *European Society of Hypertension* durchgeführt.[2] Die Entwicklung einer Kalibrierungsformel erwies sich als notwendig, um die Geräte und Blutdruckmanschetten-Unterschiede zwischen den beiden Surveys zu berücksichtigen.

Erst nach Kalibrierung der BGS98-Blutdruckwerte war ein Vergleich mit DEGS1 möglich. Die Verteilung und das Management von erhöhtem Blutdruck in Deutschland konnte dabei basierend auf zwei Stichproben von jeweils über 7.000 18- bis 79-Jährigen für 1998 und 2008 bis 2011 altersstandardisiert verglichen werden:

- Der durchschnittliche systolische Blutdruck bei 18- bis 79-jährigen Erwachsenen ist in 10 Jahren von 129 auf 124 mmHg deutlich gesunken. Der diastolische Blutdruck ist von 78 auf 73 mmHg ebenfalls deutlich gesunken.

- Die Prävalenz der Hypertonie ist in Deutschland seit 1998 jedoch fast gleich geblieben. Fast jeder dritte Erwachsene ist betroffen, das sind rund 20 Millionen 18- bis 79-Jährige. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben sogar drei von vier Erwachsenen eine Hypertonie.

  Dies steht nur scheinbar im Widerspruch zu dem Absinken des mittleren Blutdrucks in der Bevölkerung, denn der Anteil der behandelten und kontrollierten Hypertonie (mit Blutdruckwerten unter dem Grenzwert von 140 mmHg systolisch oder 90 mmHg diastolisch) ist deutlich gestiegen, von weniger als einem Viertel der Hypertoniker 1998 auf etwas mehr als die Hälfte 2008 bis 2010. Gleichzeitig ist die Prävalenz der unkontrollierten Hypertonie in dem Zeitraum deutlich von 23 % auf 15 % gesunken.

- Der Bekanntheitsgrad der Hypertonie liegt bei über 80 % (1998 bei knapp 70 %). Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass einer von fünf Erwachsenen mit hypertensivem Blutdruck von dem erhöhten Blutdruck nichts weiß (s. Tab. 1).

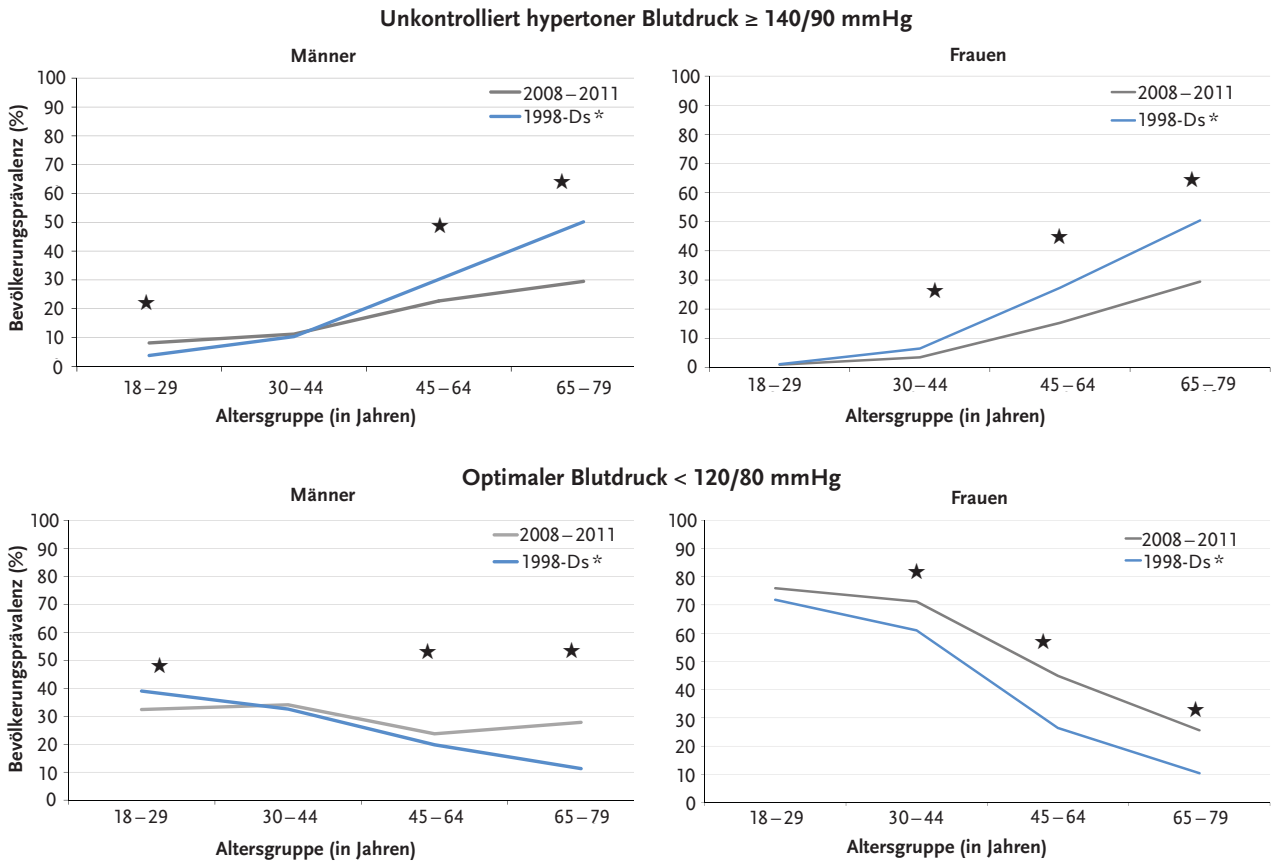

Abb. 1: Prävalenz des unkontrolliert hypertonen und optimalen Blutdrucks bei Männern und Frauen in Deutschland in 1998 und 2008 bis 2011.

★ $p < 0{,}05$ für Vergleich 1998 und 2008 bis 2011

* Blutdruck-Messwerte mit Quecksilber-Sphygmomanometer, kalibriert für den Vergleich mit Datascope (Ds) Messwerten

- Von den Betroffenen, die davon wissen, sind 88 % behandelt (1998 waren es 79 %). Bezogen auf alle Erwachsenen mit Hypertonie (bekannt oder unbekannt) sind über 70 % behandelt (s. Tab. 1, Seite 34).

- Von den Behandelten sind über 70 % kontrolliert behandelt, d. h. unter Behandlung liegt ihr Blutdruck nicht mehr über dem Hypertonie-Grenzwert von 140/90 mmHg (1998 noch 42 %). Bezogen auf alle Erwachsenen mit Hypertonie (bekannt oder unbekannt) sind etwas über die Hälfte kontrolliert behandelt (1998 noch 23 % (s. Tab. 1, Seite 34)).

- Neben der verbesserten Behandlung könnten auch positive Trends bei Lebensstilfaktoren für die Blutdrucksenkung eine Rolle gespielt haben. Allerdings sind einige wichtige Einflussfaktoren, nämlich Ernährung einschließlich Salzkonsum, körperliche Aktivität und Stressbewältigung, in ihrer Komplexität schwer zu messen und es liegen nicht immer Daten für Trenduntersuchungen vor.

  Ein Vergleich von BGS98 und DEGS1 zeigt einerseits gewisse positive Trends im Bereich Ernährung und sportliche Aktivität.[8,9] Konsumzahlen zeigen einen etwas gesunkenen Alkoholverbrauch je Einwohner. Andererseits war in DEGS1 eine leichte Zunahme der Adipositas-Prävalenz zu verzeichnen, die dem sinkenden Blutdrucktrend sogar entgegenwirken könnte.[10]

- Junge Männer haben von dem positiven Trend nicht profitiert: Der Bekanntheits-, Behandlungs- und Kontrollgrad hat sich bei 18- bis 29-Jährigen nicht verbessert und der mittlere systolische Blutdruck ist sogar etwas gestiegen.

- Frauen haben im Mittel einen niedrigeren Blutdruck als Männer (BGS98 und DEGS1 und in den meisten Bevölkerungen weltweit). Der Blutdruck bei Frauen ist seit 1998 stärker gesunken als bei Männern, und Frauen haben nach wie vor einen höheren Bekanntheits- und Behandlungsgrad der Hypertonie im Vergleich zu Männern (s. Tab. 1, Seite 34).

- Im internationalen Vergleich hat Deutschland bezüglich der Behandlungs- und Kontrollraten der Hypertonie deutlich aufgeholt und liegt auf vergleichbarem Niveau mit den USA (noch hinter Kanada, aber vor England und Frankreich).[11,12]

- Der Anteil von Männern und Frauen mit optimalem Blutdruck ist in 10 Jahren deutlich gestiegen (s. Abb. 1). Als optimal gilt dabei nicht jeder Blutdruckwert unter dem Hypertonie-Grenzwert von 140/90 mmHg, sondern erst ein Blutdruck unter 120/80 mmHg. Zwischen optimal (unter 120/80) und hypertensiv (über 140/90) besteht zwar in der Regel keine Behandlungsindikation,

aber eine Risikoerhöhung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen besteht bereits.[13]

Diese individuell geringen Risikoerhöhungen sind vor allem in der Bevölkerungsperspektive (in der Summe) beträchtlich. Der Durchschnitt des systolischen Blutdrucks in Deutschland ist mit 124 mmHg nicht optimal; fast 60 % der Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren haben einen nicht-optimalen Blutdruck.

Zusammenfassend bleibt trotz des insgesamt positiven Trends ein hohes Präventionspotenzial beim erhöhten Blutdruck in Deutschland bestehen.

Literatur

1. Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS, Diederichs C, Ellert U: Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. J Hum Hypertens 2014 Oct 2;doi:10.1038/jhh.2014.82 [Epub ahead of print]
2. Neuhauser HK, Ellert U, Thamm M, Adler C: Calibration of blood pressure data after replacement of the standard mercury sphygmomanometer by an oscillometric device and concurrent change of cuffs. Blood Press Monit 2015;20(1):39–42
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al.: A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380(9859):2224–60
4. Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Kramer A: Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. Dtsch Arztebl Int. 2014;111(38):629–38
5. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, Poulter N, Primatesta P, Stegmayr B, Thamm M: Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. Hypertens 2004;43(1):10–7
6. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, Kastarinen M, Poulter N, Primatesta P, Rodríguez-Artalejo F, Stegmayr B, Thamm M, Tuomilehto J, Vanuzzo D, Vescio F: Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA 2003;289(18):2363–9
7. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R: Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002;360(9349):1903–13
8. Mensink GBM, Truthmann J, Rabenberg M, Heidemann C, Haftenberger M, Schienkiewitz A, Richter A: Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013;56(5–6):779–85
9. Krug S, Jordan S, Mensink GB, Muters S, Finger J, Lampert T: Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013;56(5–6):765–71
10. Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C: Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013;56(5–6):786–94
11. Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, Robitaille C,Loustalot F, Poulter N, McAlister FA, Johansen H, Baclic O, Campbell N: Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. BMJ open 2013;3(8):e003423
12. Godet-Mardirossian H, Girerd X, Vernay M, Chamontin B, Castetbon K, de Peretti C: Patterns of hypertension management in France (ENNS 2006–2007). Eur J Prev Cardiol 2012;19(2):213–20
13. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglus ML, Garside D, Dyer AR, Liu K, Greenland P: Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 1999;282(21):2012–8

Für diesen Bericht danken wir PD Dr. Hannelore Neuhauser, Carolin Adler, Dr. Claudia Diederichs, Angelika Schaffrath Rosario sowie Dr. Ute Ellert (Fachgebiet 23). Frau PD Dr. Hannelore Neuhauser steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: neuhauserh@rki.de).

Hinweis auf Veranstaltungen

3. Workshop Antibiotikaresistenz

Termin: 13. März 2015

Veranstaltungsort: Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin – im Hörsaal

Veranstalter: Robert Koch-Institut und Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (Fachgruppe Infektionsprävention und Antibiotikaresistenz in der Krankenhaushygiene) und EurSafety-Health-Net

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Tim Eckmanns, Prof. Iris Chaberny und Prof. Alexander Friedrich

Themen: *Clostridium difficile* Infektionen, Screening in der Neonatologie, "Infektionsmediziner" 2015 versus 2030, Was bringen neue Methoden wie Netzwerkanalysen und Ebola

Anmeldung: Diese erfolgt per E-Mail bis **15. Februar 2015** an Frau Petasch (Petaschc@rki.de); Tel.: 030. 18754–326815; Die Teilnehmerzahl ist begrenzt – Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Teilnahmegebühr: Eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

Hinweis: Fortbildungspunkte der Ärztekammer Berlin sind beantragt.

Masern: Zu den Masernausbrüchen in Berlin sowie in Bosnien und Herzegowina

Gegenwärtig großer Masernausbruch in Berlin

In Berlin ereignet sich derzeit ein großer Masernausbruch. Mit Stand vom 28. Januar 2015 (12:00 Uhr) sind dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) in Berlin 375 Masernerkrankungen aus allen Berliner Bezirken seit der 41. Meldewoche 2014 übermittelt worden (n = 254 in 2015). Die Anzahl der Neuerkrankungen steigt weiter. Für die 4. Meldewoche 2015 sind 82 Fälle übermittelt worden, die höchste Zahl für Berlin seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Der Ausbruch verbreitete sich anfangs vornehmlich unter Asylsuchenden, von denen die meisten aus Bosnien und Herzegowina oder Serbien stammten. Mittlerweile treten Erkrankungsfälle allerdings überwiegend in der übrigen Berliner Bevölkerung auf (57 % mit vorhandener Information (n = 213)), mit einem Altersmedian von 22 Jahren. Hier sind nach 1970 geborene Erwachsene die hauptsächlich betroffene Bevölkerungsgruppe (57%), bei der bekanntermaßen noch große Impflücken bestehen. Das mediane Alter der Asylsuchenden beträgt hingegen 6 Jahre (73 % der Erkrankten sind jünger als 18 Jahre).

Weitere Informationen zu dem Ausbruchsgeschehen in Berlin können dem epidemiologischen Wochenbericht des LAGeSo entnommen werden (https://www.kvberlin.de/20praxis/80service/87lageso_infos/index.html).

Bericht aus dem LAGeSo Berlin

Zum Masernausbruch in Bosnien und Herzegowina

Seit Februar 2014 findet ein weitläufiger Masernausbruch in Bosnien und Herzegowina statt. Dem Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden bis Juli 2014 bereits 2.204 Masernfälle gemeldet. Davon waren 2.169 klinisch und 35 labordiagnostisch bestätigt worden.

In den folgenden Monaten August bis Oktober gingen bei der WHO aus Bosnien und Herzegowina allerdings keine weiteren Informationen zu Masernfällen ein. Nach einem ProMED-Bericht (30. November 2014) breitete sich der Ausbruch jedoch zum Teil dramatisch aus.

Der überwiegende Anteil der Fälle ist dabei nicht oder nur unzureichend geimpft worden. Aufgrund des Krieges kam es in den Jahren 1992 bis 1995 zu einem Einbruch der Routineimpfungen. Die Impfquote für die erste Masern-Mumps-Röteln(MMR)-Impfung lag im Jahr 1995 nach Schätzungen der WHO/dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) bei etwa 53 %. Erst in den letzten beiden Jahren stieg die Impfquote für die erste Impfung wieder über 90 %.

Auch in Deutschland gibt es aktuell Fälle bei Asylsuchenden aus dieser Region. Nach Ergebnissen des Nationalen Referenzzentrums (NRZ; siehe auch Kasten unten) wurde bei ihnen überwiegend der Genotyp D8 nachgewiesen. Insbesondere Asylsuchende aus Bosnien und Herzegowina sollten bei der Untersuchung nach Ankunft hier in Deutschland so schnell wie möglich eine MMR-Impfung erhalten. Dabei sind Kontraindikationen (zum Beispiel Schwangerschaften) zu berücksichtigen.

Bericht aus dem Fachgebiet 33 des Robert Koch-Instituts

Spezialdiagnostik und Beratung

Nationales Referenzzentrum für Masern, Mumps, Röteln

Robert Koch-Institut
Seestraße 10, 13353 Berlin

Leitung: Frau PD Dr. A. Mankertz

Tel.: 030 . 18754 – 2516; –2308
Fax: 030 . 18754 – 2598
E-Mail: MankertzA@rki.de

Homepage: www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/MMR/mmr_node.html

Leistungsangebot u. a.:

- ► Beratung für diagnostische Laboratorien, klinisch tätige Ärzte und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu Fragen:
  - der Diagnostik der akuten Infektion mit Masern-, Mumps- und Rötelnviren,
  - der Immunität gegenüber Masern, Mumps, Röteln,
  - bezüglich Impfkomplikationen und bei Fällen von Impfversagen.
- ► Diagnostik bei Verdacht auf Masern-, Mumps- bzw. Rötelnerkrankung:
  - Diagnostik bei Geimpften sowie Differenzierung zwischen Wild- und Impfviren,
  - direkter und indirekter Nachweis von Masern-, Mumps- bzw. Rötelnerkrankungen mit serologischen, Zellkultur-basierten und molekularbiologischen Methoden,
  - Unterstützung bei der labordiagnostischen Abklärung von Ausbrüchen und Infektionsketten durch Genotypisierung,
  - Feindiagnostik bei Masern-, Mumps- und Rötelnverdacht insbesondere bei Schwangeren.
- ► Abgabe von charakterisierten Virusstämmen und Referenzseren.

Hinweise: Bei Anforderung von Untersuchungen wird vor Entnahme und Versand von Untersuchungsmaterialien eine Absprache mit dem Labor erbeten. Generell sind bei Entnahme und Versand von Materialien wie Blut- bzw. Serumproben, Abstrichen, Gewebsproben und Sektionsmaterial sterile Geräte (Einwegmaterial) und Versandgefäße zuzüglich einer bruchsicheren Umverpackung zu verwenden. Die Entnahme sollte ohne Zeitverzug und der Transport möglichst kühl und schnell erfolgen mit der Kennzeichnung „Diagnostische Proben“.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

2. Woche 2015 (Datenstand: 28.1.2015)

	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
Land	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**
Baden-Württemberg	113	167	191	0	1	3	4	12	28	1	2	0
Bayern	131	200	215	4	6	7	17	23	51	0	2	2
Berlin	61	94	74	0	0	1	3	6	33	1	1	0
Brandenburg	48	63	38	1	3	1	16	19	30	0	0	1
Bremen	13	16	11	0	0	0	2	2	2	0	0	2
Hamburg	39	60	57	0	0	1	3	4	6	1	2	2
Hessen	84	127	112	0	0	0	9	14	8	2	3	0
Mecklenburg-Vorpommern	27	36	50	1	2	1	6	9	20	0	0	0
Niedersachsen	119	164	146	4	6	5	16	27	37	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	445	591	684	6	8	7	53	85	65	0	0	0
Rheinland-Pfalz	102	124	130	1	3	1	17	25	28	0	0	1
Saarland	34	38	41	0	0	1	1	2	3	0	0	0
Sachsen	118	155	138	1	1	3	27	39	39	0	0	0
Sachsen-Anhalt	20	30	40	1	1	3	7	12	14	0	0	0
Schleswig-Holstein	57	87	101	0	0	1	1	4	11	0	0	0
Thüringen	39	51	62	0	0	0	9	14	16	0	0	0
Deutschland	**1.452**	**2.005**	**2.091**	**19**	**31**	**35**	**191**	**297**	**391**	**5**	**10**	**8**

	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung+			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
Land	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**
Baden-Württemberg	0	1	1	186	373	516	16	28	65	3	8	14	0	0	0
Bayern	5	10	9	340	582	485	23	31	120	5	6	9	1	1	1
Berlin	1	3	3	90	161	236	12	54	31	7	9	11	1	2	5
Brandenburg	1	2	3	181	268	298	21	32	46	12	15	2	0	0	1
Bremen	0	0	0	12	24	16	1	3	3	1	1	0	0	0	0
Hamburg	0	0	1	46	89	71	6	10	12	2	3	3	0	0	0
Hessen	3	4	3	127	214	226	24	33	36	0	2	8	2	2	3
Mecklenburg-Vorpommern	2	2	3	173	253	140	9	19	35	2	3	6	2	2	1
Niedersachsen	1	2	7	300	468	426	25	44	54	2	3	10	1	3	4
Nordrhein-Westfalen	6	10	6	825	1.270	943	80	135	159	6	11	24	0	2	5
Rheinland-Pfalz	1	1	3	222	324	228	12	20	33	0	2	2	0	0	1
Saarland	2	2	1	65	92	49	5	5	21	0	1	2	0	0	0
Sachsen	0	1	10	346	493	508	78	97	133	2	2	6	1	2	4
Sachsen-Anhalt	7	10	4	159	253	261	22	32	37	0	1	2	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	2	3	54	95	133	7	12	27	2	3	4	0	0	0
Thüringen	1	1	3	156	260	223	45	57	58	1	2	5	0	0	0
Deutschland	**30**	**51**	**60**	**3.282**	**5.219**	**4.766**	**386**	**612**	**871**	**45**	**72**	**108**	**8**	**14**	**25**

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. http://www.rki.de > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 5/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr, 3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

2. Woche 2015 (Datenstand: 28.1.2015)

	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B++			Hepatitis C++			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
Land	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**
Baden-Württemberg	1	1	0	0	0	3	8	14	10	0	2	2	4	9	14
Bayern	3	5	3	2	3	8	1	7	27	0	0	3	3	12	22
Berlin	0	1	2	1	2	5	5	12	9	0	0	4	5	11	9
Brandenburg	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	2	3	2
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	5
Hamburg	0	1	0	0	2	0	2	3	0	0	0	0	5	7	1
Hessen	2	3	2	1	1	1	10	13	17	0	0	0	8	12	8
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2	2	1
Niedersachsen	4	5	6	1	1	0	0	3	5	0	1	2	13	13	10
Nordrhein-Westfalen	1	2	0	1	3	5	10	11	13	1	2	2	18	28	34
Rheinland-Pfalz	0	0	1	0	0	1	1	5	6	0	2	1	5	6	5
Saarland	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
Sachsen	2	2	0	0	0	0	2	3	12	0	0	0	6	7	2
Sachsen-Anhalt	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	3	0
Schleswig-Holstein	0	1	0	1	1	0	8	14	4	0	0	1	3	3	3
Thüringen	0	0	0	2	2	1	0	4	6	0	0	1	2	2	2
Deutschland	**14**	**23**	**14**	**9**	**15**	**27**	**49**	**92**	**115**	**1**	**9**	**18**	**79**	**120**	**119**

	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
Land	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**	**2.**	**1.–2.**	**1.–2.**
Baden-Württemberg	2	3	1	1	1	1	0	0	0	9	16	42	22	39	138
Bayern	7	8	0	0	1	11	1	1	1	38	54	62	50	80	138
Berlin	50	85	1	1	1	0	0	0	0	15	20	15	18	34	47
Brandenburg	5	7	2	0	0	1	0	0	0	19	27	16	15	23	32
Bremen	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	11	28
Hamburg	1	1	0	1	2	0	0	0	0	7	9	5	2	7	6
Hessen	1	1	0	1	1	6	0	0	0	13	16	15	0	0	37
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	6	2	2	2	4
Niedersachsen	17	17	1	0	0	1	0	0	0	13	25	19	29	44	74
Nordrhein-Westfalen	3	4	0	7	7	22	1	1	0	30	41	62	48	87	208
Rheinland-Pfalz	0	0	0	1	1	6	0	0	0	4	5	15	11	15	28
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5	1
Sachsen	2	2	0	0	0	0	0	0	0	10	13	15	49	55	70
Sachsen-Anhalt	3	3	2	0	0	1	0	0	0	5	5	12	0	4	26
Schleswig-Holstein	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	4	6	14	11
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	22	13	12	24	8
Deutschland	**92**	**132**	**9**	**14**	**16**	**49**	**2**	**2**	**1**	**186**	**262**	**297**	**273**	**444**	**856**

+ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.
++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

2. Woche 2015 (Datenstand: 28.1.2015)

Krankheit	2015 2. Woche	2015 1.–2. Woche	2014 1.–2. Woche	2014 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	3	6	67	1.143
Brucellose	1	1	1	47
Chikungunya-Fieber	5	5	0	159
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	3	76
Dengue-Fieber	9	11	22	623
FSME	2	3	3	261
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	2	2	85
Hantavirus-Erkrankung	12	15	5	546
Hepatitis D	0	2	0	15
Hepatitis E	0	8	18	662
Influenza	430	566	84	7.481
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	23	36	24	461
Legionellose	19	27	15	859
Leptospirose	2	2	1	159
Listeriose	2	6	19	609
Ornithose	0	0	0	9
Paratyphus	0	3	2	26
Q-Fieber	2	2	2	262
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	0	1	0	21
Typhus abdominalis	0	0	1	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 4. Kalenderwoche (KW) 2015

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 4. KW 2015 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität. Die Influenza-Positivenrate im NRZ in Verbindung mit der erhöhten ARE-Aktivität weist auf eine erhöhte Influenza-Aktivität in Deutschland hin. Die Grippewelle in der Saison 2014/15 hat begonnen.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

39 Länder sendeten für die 3. KW 2015 Daten an TESSy. Die Influenzasaison hat vorwiegend in den nord- und westeuropäischen Ländern begonnen. Informationen: http://www.flunewseurope.org/.

Ergebnisse der Influenzaüberwachung in den USA (CDC FluView Week 2)

In den USA wurde der Höhepunkt der Grippewelle in der 52. KW 2014 erreicht. Wie in den Vorwochen bleibt Influenza A(H3N2) das dominant zirkulierende Virus. Insbesondere Personen über 65 Jahre haben in der Saison ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf mit Hospitalisierung. Informationen: http://www.cdc.gov/flu/weekly/pdf/External_F1502.pdf.

Humane Erkrankungen mit aviären Influenza A(H7N9)-Viren

Bis zum 22. Januar 2015 haben sich 485 Menschen mit Influenza A(H7N9) infiziert, die meisten davon in China. Auch in Hongkong sind einzelne Fälle aufgetreten. Vier Personen, die sich in China infiziert hatten, wurden in Taiwan identifiziert, ein Fall wurde nach Malaysia importiert. Nach der ersten Welle von Erkrankungen im Frühjahr 2013 kam es im Frühjahr 2014 zu einer zweiten, größeren Erkrankungswelle. Die jetzt wieder steigende Zahl von humanen Erkrankungen in China weist auf eine erneute saisonale Häufung von Fällen hin. Am 26. Januar 2015 wurde erstmals eine Erkrankung mit A(H7N9) außerhalb Asiens bestätigt: Eine Person aus British Columbia, Kanada, hat sich auf einer Reise in China mit A(H7N9) infiziert und ist nach der Rückkehr erkrankt.

Informationen des ECDC: http://ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Communicable-Disease-Threats-Report/Pages/default.aspx

Informationen zum aktuellen Fall in Kanada: http://news.gc.ca/web/articleen.do;jsessionid=428e675d0a5ab92950ea8fb8ad11375687c017fb88110361de1dab8a596eb043.e38RbhaLb3qNe38Mc3f0?mthd=index&crtr.page=1&nid=925749.

Informationen des RKI zu aviärer Influenza: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaereInfluenza/AviaereInfluenza.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 4. Kalenderwoche 2015

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. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de
► Redaktionsassistenz: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754–2455, Fax: –2459
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice
E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.330 998 23, Fax: 030.330 998 25
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

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). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 55,– ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,– je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck
Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273