



# Epidemiologisches Bulletin

9. November 2017 / Nr. 45

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Diabetes-Surveillance

Beispiel für den Aufbau einer Public-Health-Surveillance zu nichtübertragbaren Krankheiten in Deutschland

Public-Health-Surveillance bezeichnet die fortlaufende, systematische und zeitnahe Erhebung und Analyse von Gesundheitsdaten als Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit in der Bevölkerung.<sup>1</sup> Historisch stark auf Infektionskrankheiten fokussiert, hat Public-Health-Surveillance in den letzten Jahren international Bedeutung für die Prävention und Bekämpfung übertragbarer wie nichtübertragbarer Krankheiten erlangt.<sup>1-4</sup> Diabetes mellitus ist eine der vier Erkrankungsgruppen, die Gegenstand des Aktionsplans der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten mit weltweit hoher Relevanz für vorzeitige Sterblichkeit sind. Bis 2020 sollen insgesamt neun konkret formulierte Ziele erreicht werden, darunter der Stopp einer weiteren Zunahme in der Verbreitung von Diabetes mellitus und Adipositas in der Bevölkerung.<sup>5,6</sup> Grundlegende Konzepte für den Auf- und Ausbau von Surveillance-Aktivitäten dabei sind die Einnahme einer Lebensverlaufsperspektive sowie der Fokus auf den Abbau sozialer Ungleichheit, die Stärkung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, die Berücksichtigung von umweltassoziierten Gesundheitsrisiken und -ressourcen sowie der Ausbau von multisektoralen Kooperationen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Public-Health-Surveillance nimmt für regelmäßig wiederkehrende Bestandsaufnahmen zur Zielerreichung durch die WHO und für die Planung und Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen in den einzelnen Mitgliedstaaten einen hohen Stellenwert ein. Zur Sichtung des Fortschritts seit Verabschiedung des Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten anlässlich des Treffens der Vereinten Nationen (UN) im Jahr 2011, ist für 2018 eine nächste Veranstaltung im Rahmen der UN-Vollversammlung geplant.<sup>7</sup>

Vor diesem Hintergrund wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) am Robert Koch-Institut (RKI) mit dem Aufbau einer Public-Health-Surveillance für Deutschland zum Diabetes mellitus begonnen ([www.rki.de/diabsurv](http://www.rki.de/diabsurv)). Die Projektlaufzeit beträgt vier Jahre (12/2015–12/2019) und wird durch einen interdisziplinären wissenschaftlichen Fachbeirat unter anderem aus den Bereichen Public Health, Epidemiologie, Allgemeinmedizin, Diabetologie, evidenzbasierter Medizin, Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung begleitet. Ziel des Vorhabens ist der Aufbau einer Public-Health-Surveillance zum Diabetes mellitus in Deutschland als Grundlage für die Planung, Umsetzung und Evaluation von evidenzbasierten Public-Health-Maßnahmen. Dieses Ziel soll über folgende Schritte erreicht werden: (1) Erstellung eines wissenschaftlichen Rahmenkonzepts mit Definition von zentralen Handlungsfeldern und Kennzahlen (Indikatoren), (2) Sichtung und Zusammenführung verfügbarer Datenquellen auf Bundes-, regionaler und Selbstverwaltungsebene, (3) Entwicklung innovativer Konzepte für eine zeitnahe, effiziente und zielgruppenorientierte Gesundheitsberichterstattung, (4) Ausbau von Kooperationen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene.<sup>8</sup> Auf

Diese Woche 45/2017

Diabetes-Surveillance – Beispiel für den Aufbau einer Public-Health-Surveillance zu nichtübertragbaren Krankheiten in Deutschland

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten  
42. Woche 2017

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 44. KW 2017



Datenquelle (Datenhalter)	Zielpopulation	Verfügbarkeit/Periodizität	Themenswerpunkt	Nutzungsbsp.
<sup>a</sup> RKI-Gesundheitsstudien	Repräsentativer Bevölkerungsquerschnitt			
▶ Untersuchungs-surveys bei Erwachsenen ( <sup>b</sup> BGS98, <sup>c</sup> DEGS1)	18- bis 79-Jährige Bevölkerung	Primärdaten analog zu Surveyabstand verfügbar	Kontinuierliches Monitoring gesundheitsrelevanter Einflussfaktoren und Verhaltensweisen und Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung	[10]
▶ Befragungssurveys bei Erwachsenen ( <sup>d</sup> GEDA/ <sup>e</sup> EHIS)	18-/15-Jährige und ältere Bevölkerung	Primärdaten analog zu Surveyabstand verfügbar		[11]
▶ Befragungs- bzw. Untersuchungssurveys bei Kindern und Jugendlichen ( <sup>f</sup> KIGGS, <sup>g</sup> KIGGS I, <sup>h</sup> KIGGS2)	0- bis 17-Jährige Bevölkerung	Primärdaten analog zu Surveyabstand verfügbar		[12]
▶ Mortalitäts-Follow-up der Erwachsenen aus Untersuchungssurveys	18- bis 79-Jährige zu Follow-up-Beginn	Primärdaten analog zu Follow-up-Abstand verfügbar		[13]
Routinedaten der Selbstverwaltung				
▶ Informationssystem Versorgungsdaten gemäß Datentransparenzverordnung (DatTraV) beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)	Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen	seit 2014 sind aggregierte Versorgungsdaten der Krankenversicherung derzeit für die Berichtsjahre 2009–2013 auf Antrag verfügbar	Ambulante und stationäre <i>International Classification of Diseases</i> (ICD)-Diagnosen, Arzneimittelverordnung	[14]
▶ Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Routinedaten (AOK Baden-Württemberg)	Versicherte der AOK Baden-Württemberg (2015)	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar	Versichererzeiten, Abrechnungs- und Leistungsdaten ( <sup>i</sup> EBM, <sup>j</sup> OPS)	[15]
▶ Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten (VDX-Daten) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)	Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen mit ambulant abgerechneten Leistungen	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar	Alle Abrechnungsfälle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	[16]
▶ GKV-Routinedaten, Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido)	Versicherte aller AOK	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar.	Versichererzeiten, Abrechnungs- und Leistungsdaten (EBM, OPS)	[17]
DRG (Diagnosis Related Groups)-Statistik (Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes)	Alle in einem Jahr in einem Krankenhaus behandelten Fälle	Je nach erforderlichem Aggregationsniveau: Hoch aggregierte Daten frei über <a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a> verfügbar. Fallbezogene Auswertungen auf Forschungsantrag möglich	Angaben zu allen Operationen, Prozeduren sowie Diagnosen der berichtspflichtigen Krankenhäuser	[15]
Dokumentationsdaten der Disease Management Programme (DMP) (Gemeinsame Einrichtung aus Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen)	Teilnehmer DMP Programme (u. a. Typ 1 Diabetes mellitus und Typ 2 Diabetes mellitus)	Aggregierte Daten für 15 von 17 KVen verfügbar Differenzierte Qualitätsberichte derzeit nur für 3 KVen (Nordrhein, Bayern, Westfalen-Lippe)	Zielerreichung der Qualitätsziele der DMP	[18]
Abgeschlossene Rehabilitationen im Versicherungsverlauf (Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung)	Geschichtete Stichprobe von Rentenversichererten aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)	Jährlich seit 2002, jeweils 8 Berichtsjahre umfassend	Informationen über abgeschlossene Rehabilitationen und Rentenzugänge aktuell von 2006–2013	[19]
Krankheitskostenrechnung (KKR) des Statistischen Bundesamtes	Gesamtbewölkerung	Seit 2002 zweijährlich bis 2008 Seit 2017 neue KKR-Methode, Start Berichtsjahr 2015	Vollständige Kostenermittlung über Zuordnung der Ausgaben der Gesundheitssektoren zu Diagnosegruppen	[20]
Register zum Typ-1-Diabetes			Informationen über Inzidenz, Prävalenz und Versorgung des Typ-1-Diabetes in Deutschland.	[15]
▶ Kinder-Diabetes-Register <i>Diabetes Incidence Registry</i> (DIARY) (Universität Tübingen)	0- bis 14-Jährige mit Diabetes	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar		
▶ Diabetes-Register Nordrhein-Westfalen (Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf)	0- bis 14- bzw. 0- bis 34-Jährige mit Diabetes	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar		
▶ Sächsisches Diabetes-Register (TU Dresden)	0- bis 15-Jährige mit Diabetes	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar		
▶ Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV-Register) (Universität Ulm)	Alle Altersgruppen mit Diabetes	Im Rahmen von Forschungskoooperation verfügbar		

Tab. 1: Übersicht über derzeit hauptsächlich in der Diabetes-Surveillance genutzte Datenquellen

<sup>a</sup>Robert Koch-Institut; <sup>b</sup>Bundes-Gesundheitssurvey 1998; <sup>c</sup>Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland; <sup>d</sup>Cesundheit in Deutschland aktuell; <sup>e</sup>European Health Interview Survey; <sup>f</sup>Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; <sup>g</sup>Einheitlicher Bewertungsmaßstab; <sup>h</sup>Operationen- und Prozeduren-schlüssel

internationaler Ebene könnte so die Kooperation mit dortigen Indikatorenssystemen gestärkt werden, in die bereits regelmäßig Daten, z. B. zu Indikatoren der Versorgungsqualität bei Diabetes mellitus aus Deutschland, eingehen (OECD).

In Kooperation mit internationalen Projektpartnern und einem nationalen Expertengremium wurde ein relevantes Indikatorenset für die Diabetes-Surveillance entwickelt. Es wurden vier Handlungsfelder in Anlehnung an das Nationale Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2“ aus dem Jahr 2003 definiert:<sup>9</sup> Diabetes-Risiko reduzieren, Diabetes-Früherkennung und -Behandlung verbessern, Diabetes-Komplikationen reduzieren, Krankheitslast und Krankheitskosten senken. Diesen Handlungsfeldern werden derzeit über einen strukturierten Konsensprozess 30 Kernindikatoren und zehn Zusatzindikatoren zugeordnet.

Neben der weitaus häufigsten Form von Diabetes mellitus, der Zivilisationskrankheit Typ-2-Diabetes, werden auch die beiden anderen Haupttypen betrachtet: die Autoimmunerkrankung Typ-1-Diabetes und der Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes), der sich in der Regel zunächst zurückbildet, aber das Risiko für einen späteren Typ-2-Diabetes erhöht.

Parallel zu den Primärdaten des RKI-Gesundheitsmonitorings werden zusätzlich Sekundärdaten zur Analyse der Indikatoren herangezogen. Dabei haben alle diese Datenquellen ihre Stärken und Limitationen. Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der verschiedenen Datenquellen werden in Methoden- und Machbarkeitsstudien überprüft, die in Kooperation mit externen Partnern an die Diabetes-Surveillance angebunden sind.<sup>8</sup> Eine Übersicht zu derzeit hauptsächlich genutzten Datenquellen ist in s. Tab. 1 (S. 514) gegeben.

Relevante Vorarbeiten zur zeitlichen Entwicklung einzelner Kernindikatoren sind bereits erfolgt.<sup>10,21-24</sup> Von hoher Bedeutung im Bereich Prävention ist die Stärkung von Gesundheitskompetenz in Kooperation zwischen RKI und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). So wird vom RKI in Ergänzung der periodisch wiederkehrend durchgeführten Gesundheitssurveys für Erwachsene in Deutschland derzeit eine bevölkerungsrepräsentative telefonische Befragung bei insgesamt 4.000 Personen mit und ohne Diabetes-Erkrankung zu den Themenbereichen Gesundheitskompetenz, Krankheitswissen und Informationsbedarf durchgeführt. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für die Entwicklung von Informations- und Kommunikationsstrategien zum Thema Diabetes mellitus durch die BZgA genutzt werden.

#### Literatur

- Choi BC: The past, present, and future of public health surveillance. *Scientifica (Cairo)* 2012;875253
- Ebrahim S: Surveillance and monitoring: a vital investment for the changing burdens of disease. *Int J Epidemiol* 2011(5):1139–1143

- Kroll M, Phalkey RK, Kraas F: Challenges to the surveillance of non-communicable diseases—a review of selected approaches. *BMC Public Health* 2015;15:1243
- Scheidt-Nave C: Chronische Erkrankungen—Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. In: *Public Health Forum*, 2010:2–4
- World Health Organization: Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, Geneva 2013
- World Health Organization: Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO, Switzerland 2014
- World Health Organization: Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017. WHO, Geneva Switzerland 2017
- Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C, et al.: Diabetes-Surveillance in Deutschland—Hintergrund, Konzept, Ausblick. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(1):91–104
- Brenner G, Altenhofen L, Knoepfner J, et al.: Nationale Gesundheitsziele: Diabetes mellitus Typ 2 als Zielbereich. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2003;46(2):134–143
- Heidemann C, Scheidt-Nave C: Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland—Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(3):105–129
- Heidemann C, Kuhnert R, Born S, et al.: 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland 2017
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U, et al.: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2007;50(5):686–700
- Paprott R, Schaffrath Rosario A, et al.: Association Between Hemoglobin A1c and All-Cause Mortality: Results of the Mortality Follow-up of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. *Diabetes Care* 2015;38(2):249–256
- Tamayo T, Brinks R, Hoyer A, et al.: The Prevalence and Incidence of Diabetes in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2016;113(11):177–182
- Homepage Diabetes-Surveillance: [www.rki.de/diabsurv](http://www.rki.de/diabsurv). Robert Koch-Institut, Berlin 2017
- Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J: Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009–2015. *Versorgungsatlas*. Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung (Zi), Berlin 2017
- Müller N, Heller T, Freitag MH, et al.: Healthcare utilization of people with type 2 diabetes in Germany: an analysis based on health insurance data. *Diabet Med* 2015;32(7):951–957
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Qualitätsberichte DMP: [www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/60qualiberichte/index.html](http://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/60qualiberichte/index.html) (Stand: Oktober 2017)
- Schmidt C, Baumert J, Gabrys L, et al.: Diabetes mellitus in der Rehabilitation: Inanspruchnahme, regionale Aspekte und EM-Berentung im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2006–2013. *Gesundheitswesen* 2017;79(08/09):V–92
- Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [www.gbe-bund](http://www.gbe-bund)
- Teti A, Gabrys L, Ziese T, et al.: Proceedings of the International Workshop 'Development of a National Diabetes Surveillance System in Germany – Core Indicators and Conceptual Framework'. *BMC Proceedings* 2017;11(3):3
- Schmidt C, Bätzing-Feigenbaum J, Bestmann A, et al.: Integration von Sekundärdaten in die Nationale Diabetes-Surveillance: Hintergrund, Ziele und Ergebnisse des Sekundärdaten-Workshops am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017;60(6):656–661
- Gabrys L, Heidemann C, Teti A, et al.: Regionalisierung der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Diabetes-Surveillance. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2017
- Paprott R, Mensink GB, Schulze MB et al.: Temporal changes in predicted risk of type 2 diabetes in Germany: findings from the German Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. *BMJ open* 2017;7(7):e013058

■ \*Dr. Lars Gabrys, \*\*Dr. Christian Schmidt, \*Dr. Jens Baumert, \*\*Dr. Christin Heidemann, \*\*Dr. Yong Du, \*\*Dr. Rebecca Paprott, \*\*Dr. Andrea Teti, \*\*Dr. Thomas Ziese, \*Dr. Christa Scheidt-Nave

Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie u. Gesundheitsmonitoring | \*FG 25 Körperliche Gesundheit | \*\*FG 24 Gesundheitsberichterstattung

Korrespondenz: [Scheidt-NaveC@rki.de](mailto:Scheidt-NaveC@rki.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Gabrys L, Schmidt C, Baumert J, Heidemann C, Du Y, Paprott R, Teti A, Ziese T, Scheidt-Nave C: Diabetes-Surveillance – Beispiel für den Aufbau einer Public-Health-Surveillance zu nichtübertragbaren Krankheiten in Deutschland.

*Epid Bull* 2017;45:513–515 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-064

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 42. Woche 2017 (Datenstand: 8. November 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	128	5.333	5.955	4	164	132	28	1.070	1.155	0	27	20
Bayern	169	7.034	7.341	10	253	244	56	1.977	1.541	0	64	67
Berlin	52	1.961	2.533	1	102	85	7	381	426	0	46	48
Brandenburg	40	1.409	1.845	3	35	49	6	277	363	0	8	5
Bremen	10	412	368	0	7	2	0	56	45	0	2	5
Hamburg	26	1.390	1.579	0	41	47	3	259	264	0	39	37
Hessen	78	3.576	4.093	0	47	39	16	654	719	1	23	38
Mecklenburg-Vorpommern	62	1.643	1.588	1	48	47	6	319	261	0	3	4
Niedersachsen	112	4.654	4.899	5	205	189	20	1.174	851	1	5	18
Nordrhein-Westfalen	323	16.155	18.240	6	278	288	43	2.257	2.244	1	38	47
Rheinland-Pfalz	76	3.135	3.358	0	101	103	11	553	616	0	18	26
Saarland	24	952	1.095	0	6	7	1	89	90	0	4	4
Sachsen	113	3.998	4.655	1	130	83	29	996	888	1	21	15
Sachsen-Anhalt	31	1.399	1.492	4	106	67	13	439	486	0	9	8
Schleswig-Holstein	48	1.918	1.937	3	69	62	5	355	241	0	8	4
Thüringen	60	1.685	1.823	0	47	27	16	601	550	0	8	11
<b>Deutschland</b>	<b>1.353</b>	<b>56.664</b>	<b>62.815</b>	<b>38</b>	<b>1.639</b>	<b>1.471</b>	<b>260</b>	<b>11.457</b>	<b>10.742</b>	<b>4</b>	<b>323</b>	<b>357</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	4	76	95	46	4.705	2.971	7	2.221	840	5	305	374	0	69	66
Bayern	6	263	269	80	6.146	5.032	15	4.242	2.089	10	473	448	2	139	117
Berlin	1	54	71	69	2.408	2.224	6	1.702	1.292	5	320	327	1	117	108
Brandenburg	1	68	100	52	1.832	2.616	7	2.102	1.603	1	75	90	2	67	58
Bremen	0	15	5	5	162	276	2	216	136	0	18	20	0	6	3
Hamburg	0	46	42	38	1.099	1.305	1	1.226	721	3	95	108	5	59	86
Hessen	3	124	151	26	2.565	2.048	6	1.892	1.195	3	178	199	1	88	103
Mecklenburg-Vorpommern	1	46	65	35	1.986	2.164	6	2.090	1.623	5	80	69	9	112	114
Niedersachsen	4	161	189	51	3.283	3.660	9	2.631	1.286	2	147	125	1	88	98
Nordrhein-Westfalen	8	356	473	94	12.182	8.971	25	5.244	2.825	17	462	533	15	271	320
Rheinland-Pfalz	1	86	139	37	3.828	2.251	3	1.156	641	1	96	103	2	29	35
Saarland	0	14	11	10	1.106	607	7	397	185	0	14	31	0	4	9
Sachsen	18	298	312	88	4.843	5.628	19	4.313	2.840	5	214	215	3	116	161
Sachsen-Anhalt	5	145	122	89	3.115	3.079	5	1.944	1.118	4	78	74	5	176	70
Schleswig-Holstein	0	51	40	13	1.172	1.157	5	1.024	636	1	58	53	0	20	65
Thüringen	9	189	204	89	2.721	2.827	17	2.654	1.412	0	40	60	0	26	24
<b>Deutschland</b>	<b>61</b>	<b>1.992</b>	<b>2.290</b>	<b>822</b>	<b>53.159</b>	<b>46.825</b>	<b>140</b>	<b>35.064</b>	<b>20.443</b>	<b>62</b>	<b>2.653</b>	<b>2.829</b>	<b>47</b>	<b>1.389</b>	<b>1.437</b>

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* 6/2015), **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 42. Woche 2017 (Datenstand: 8. November 2017)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	4	56	69	10	356	282	16	568	428	0	27	41	12	564	626
Bayern	5	115	98	21	741	774	26	747	754	2	42	34	17	642	836
Berlin	5	142	41	5	135	55	6	215	313	1	14	34	0	0	320
Brandenburg	1	27	15	1	59	48	2	44	47	0	6	6	4	108	149
Bremen	0	6	2	0	8	8	0	7	4	0	2	4	1	38	57
Hamburg	1	34	23	1	47	113	3	110	88	0	2	4	1	163	170
Hessen	1	95	40	13	292	271	11	319	300	0	15	19	9	436	485
Mecklenburg-Vorpommern	0	18	10	1	28	40	2	39	33	0	4	6	1	67	62
Niedersachsen	0	51	55	0	92	107	4	239	230	0	22	24	7	281	318
Nordrhein-Westfalen	19	284	137	14	344	290	33	756	675	2	37	56	15	979	1.096
Rheinland-Pfalz	0	38	28	14	182	47	3	149	207	0	16	20	2	207	260
Saarland	1	22	7	1	20	19	0	22	22	0	2	3	0	39	34
Sachsen	1	26	11	4	225	279	2	154	199	1	8	7	3	171	181
Sachsen-Anhalt	2	17	17	5	62	56	3	64	78	0	6	6	1	112	124
Schleswig-Holstein	0	17	21	4	94	59	1	190	176	0	8	7	3	105	111
Thüringen	1	12	17	0	15	9	3	56	43	0	4	8	1	93	90
<b>Deutschland</b>	<b>41</b>	<b>960</b>	<b>591</b>	<b>94</b>	<b>2.701</b>	<b>2.459</b>	<b>115</b>	<b>3.680</b>	<b>3.598</b>	<b>6</b>	<b>215</b>	<b>279</b>	<b>77</b>	<b>4.006</b>	<b>4.921</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.	42.	1.–42.	1.–42.
Baden-Württemberg	0	44	21	1	40	68	0	0	2	21	1.217	1.239	61	2.419	2.939
Bayern	0	45	29	1	97	108	0	0	1	69	2.793	2.248	67	4.266	4.335
Berlin	0	65	73	2	28	44	0	0	3	8	529	862	26	1.090	1.806
Brandenburg	0	7	33	0	11	4	0	0	1	12	606	498	8	465	660
Bremen	0	3	1	0	3	6	0	0	0	0	83	47	3	327	234
Hamburg	0	8	9	0	13	13	0	0	6	7	486	329	11	325	435
Hessen	0	76	9	2	67	55	0	0	1	19	762	723	12	886	1.153
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	7	7	0	0	0	12	511	145	7	136	154
Niedersachsen	0	15	16	1	46	36	0	1	1	13	693	614	27	1.108	1.069
Nordrhein-Westfalen	0	519	27	6	136	155	0	5	7	46	2.862	2.038	78	3.502	4.073
Rheinland-Pfalz	0	21	11	1	33	27	2	5	2	9	662	421	8	544	656
Saarland	0	2	0	1	4	6	0	0	0	3	153	42	2	86	104
Sachsen	0	69	32	0	11	16	0	1	1	8	679	420	19	1.225	1.605
Sachsen-Anhalt	0	9	3	1	14	16	0	0	0	18	463	204	4	317	310
Schleswig-Holstein	0	9	4	0	19	26	0	0	1	3	344	252	8	640	492
Thüringen	0	6	6	0	5	9	0	5	0	10	626	571	10	343	223
<b>Deutschland</b>	<b>0</b>	<b>899</b>	<b>275</b>	<b>16</b>	<b>534</b>	<b>596</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>259</b>	<b>13.473</b>	<b>10.653</b>	<b>351</b>	<b>17.682</b>	<b>20.252</b>

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

**Allgemeiner Hinweis:** Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle aus folgenden Landkreisen (LK) seit der 1. Meldewoche 2017 nicht ausgewiesen: LK Prignitz und LK Teltow-Fläming sowie übermittelte Fälle aus dem Berliner Bezirk Treptow-Köpenick und dem Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

42. Woche 2017 (Datenstand: 8. November 2017)

Krankheit	2017	2017	2016	2016
	42. Woche	1.–42. Woche	1.–42. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	15	536	526	727
Brucellose	0	33	31	36
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	25	51	74
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	36	2.251	1.849	2.334
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	53	80	98
Denguefieber	7	422	850	955
FSME	13	406	324	347
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	90	57	69
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	14	633	473	626
Hantavirus-Erkrankung	14	1.599	209	282
Hepatitis D	0	16	28	34
Hepatitis E	59	2.298	1.601	1.993
Influenza	27	91.548	61.657	65.671
Legionellose	31	1.034	826	993
Leptospirose	3	97	76	93
Listeriose	18	631	581	704
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	45	2.167	2.631	3.160
Ornithose	0	9	9	9
Paratyphus	1	35	28	36
Q-Fieber	3	93	258	274
Trichinellose	0	1	4	4
Tularämie	1	41	24	41
Typhus abdominalis	1	69	53	60

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

### Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

#### Diphtherie

1. Bayern, 60 Jahre, männlich (*C. ulcerans*, Hautdiphtherie)
2. Schleswig-Holstein, 47 Jahre, weiblich (*C. ulcerans*, Hautdiphtherie)

#### Fleckfieber

Nordrhein-Westfalen, 25 Jahre, männlich, wahrscheinliches Infektionsland Vietnam

### Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 44. Kalenderwoche (KW) 2017

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 44. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit leicht gesunken, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität und damit auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

### Internationale Situation

#### Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Alle 42 Länder (darunter Deutschland), die für die 43. KW 2017 Daten an TESSy (*The European Surveillance System*) sandten, berichteten über eine geringe Influenza-Aktivität. Weitere Informationen und Karten zur Influenza-Intensität und -ausbreitung, zum Trend und zum dominierenden Influenzotyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: [www.flunews-europe.org/](http://www.flunews-europe.org/).

#### Humane Erkrankungen mit zoonotischen Influenza-A-Viren (Fluview-Update vom 3.11.2017)

In drei Staaten der USA wurde jeweils ein humaner Fall mit porciner Influenza-A-Virusinfektion gemeldet, davon zwei mit Influenza-A(H3N2)v-Virus und eine mit Influenza-A(H1N2)v-Virus. Es ist möglich, dass es sich bei einem der Fälle um eine begrenzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung handelt, eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung wurde jedoch nicht identifiziert. Weitere Informationen (in englischer Sprache) sind abrufbar unter: [www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm](http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm) und unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/re1HcPuKev69A/PDF/26zY7kqkizts2.pdf>.

Quelle; Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 44. KW 2017 <https://influenza.rki.de>

## Impressum

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: 030.18 754-0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto: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.: 030.18 754-23 24

E-Mail: [Seedatj@rki.de](mailto:Seedatj@rki.de)

Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: [SmolinskiF@rki.de](mailto:SmolinskiF@rki.de)

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

### Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de/epidbull](http://www.rki.de/epidbull)

**Hinweis:** Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

### Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273