



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN  
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

7  
2021

# Epidemiologisches Bulletin

18. Februar 2021

**COVID-19-Pandemie: Auswirkung auf  
meldepflichtige Infektionskrankheiten**

## Inhalt

### Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 – 32/2020) 3

Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Public-Health-Maßnahmen wirken sich auf das Auftreten und die Erfassung von anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten aus. Neben Veränderungen der Inanspruchnahme von bzw. dem Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen können die getroffenen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, Abstands- und Hygiene-Regeln, aber auch Schul- und Kita-Schließungen zu einer echten Veränderung der Übertragungsdynamik anderer Infektionskrankheiten führen. So konnte bisher bei den meisten Infektionskrankheiten ein drastischer Rückgang der übermittelten Fälle, vor allem in den jüngeren und älteren Altersgruppen, verzeichnet werden.

(Dieser Beitrag erschien online vorab am 12. Februar 2021.)

### Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Anzahl der gemäß IfSG meldepflichtigen Nachweise von Erregern mit Antibiotikaresistenzen und *C. difficile*-Infektionen 8

Die vorgestellte Analyse untersucht, inwiefern sich die Meldungen von Erregern mit Antibiotikaresistenzen und *C. difficile*-Infektionen gemäß IfSG seit Inkrafttreten der Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie verändert haben. Beobachtet wurde ein Rückgang der übermittelten Fallzahlen von Methicillin-resistenten *Staphylococcus Aureus* (MRSA), *C. difficile*, *Acinetobacter* spp. (CRA) und Enterobacterales (CRE). Welche Faktoren genau für diesen Rückgang verantwortlich sind und ob die COVID-19-Pandemie langfristig die Antibiotikaresistenz eher steigert oder verringert bleibt zu untersuchen.

### Hinweise 12

- ▶ Hybridtagung zum Welttuberkulosestag 2021
- ▶ Beitragsreihe zu COVID-19 im Journal of Health Monitoring

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 6. Woche 2021 13

## Impressum

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Telefon 030 18754-0

#### Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat  
Dr. med. Maren Winkler (Vertretung)  
Telefon: 030 18754-23 24  
E-Mail: [SeedatJ@rki.de](mailto:SeedatJ@rki.de)

Nadja Harendt (Redaktionsassistentin)  
Telefon: 030 18754-24 55  
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

#### Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

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

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

# Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 – 32/2020)

## Einleitung

Die Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie und die damit verbundenen Public-Health-Maßnahmen<sup>1</sup> wirken sich auf das Auftreten und die Erfassung von anderen Infektionskrankheiten aus. Neben Veränderungen der Inanspruchnahme von bzw. dem Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen,<sup>2,3</sup> können die im Zuge der COVID-19-Pandemie getroffenen Public-Health-Maßnahmen bzw. nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPIs) auch zu einer echten Veränderung der Übertragungsdynamik anderer Infektionskrankheiten führen.

Fallzahlen und Trends von meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden im Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfasst; aktuelle Statistiken dazu werden wöchentlich im *Epidemiologischen Bulletin*<sup>4</sup> und online in [SurvStat@RKI](mailto:SurvStat@RKI) sowie jährlich im *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch*<sup>5</sup> veröffentlicht.

Um die Epidemiologie der meldepflichtigen Infektionskrankheiten während der COVID-19-Pandemie zu verstehen, haben wir die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Public-Health-Maßnahmen auf die meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland analysiert.

## Methoden

Wir haben die Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten ausgewertet, die zwischen Januar 2016 (Meldewoche 01/2016) und August 2020 (Meldewoche 32/2020) an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt wurden.<sup>6,7</sup> Ausgeschlossen wurden Infektionskrankheiten und Erreger ohne bundesweite Meldepflicht oder mit weniger als 100 Fällen pro Jahr in den Jahren 2016 bis 2019. Hantavirus-Erkrankungen, Adenovirus-Konjunktividen und

Pneumokokken-Infektionen (*Streptococcus pneumoniae*) wurden aufgrund komplexer epidemiologischer Dynamiken oder unzureichender Länge des Beobachtungszeitraums ebenfalls ausgeschlossen. Daten zu *Clostridioides-difficile*-Infektionen, *Acinetobacter*-spp.-Infektionen oder -Kolonisationen und Enterobacterales-Infektionen oder -Kolonisationen waren erst ab Meldewoche 1/2017 verfügbar. Hepatitis B und Hepatitis C wurden aufgrund veränderter Falldefinitionen erst ab Meldewoche 01/2018 eingeschlossen.

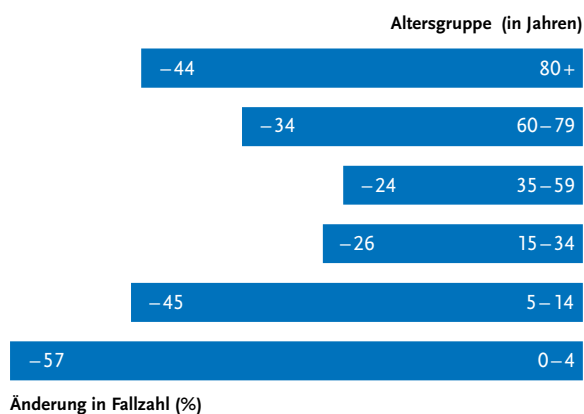
Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Veränderung der Anzahl der wöchentlich aggregierten Fälle wurde mittels einer quasi-Poisson-Regression analysiert, welche eine binäre Variable für den Zeitraum vor bzw. nach Beginn der Maßnahmen inkludiert. Unter Einbeziehung von Trend und Saisonalität, wurden die erwarteten wöchentlichen Fallzahlen als Zeitreihen modelliert. Die relative Veränderung der Fallzahlen in den Meldewochen 10/2020 bis 32/2020 (COVID-19-Pandemie) im Vergleich zu den Meldewochen 01/2016 bis 09/2020 (vor der COVID-19-Pandemie) wurde aus dem Regressionskoeffizienten der binären Variable berechnet.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 32 Infektionskrankheiten eingeschlossen. An das RKI wurden 216.825 COVID-19-Fälle und 162.942 Fälle anderer Infektionskrankheiten mit Meldedatum zwischen Meldewochen 10/2020 und 32/2020 übermittelt. Dies entspricht bei den (nicht COVID-19) Infektionskrankheiten einen Rückgang von insgesamt –35% im Vergleich zu den modellbasierten erwarteten Fallzahlen im selben Zeitraum der Vorjahre (2016: 219.752; 2017: 195.776; 2018: 344.636; 2019: 247.692). Der Rückgang erstreckt sich über alle Altersgruppen, wobei die größten Veränderungen in den Altersgruppen der unter 14-Jährigen (0–4 Jahre: –57% und 5–14 Jahre: –45%)

und der über 80-Jährigen (-44 %) beobachtet wurden (s. Abb. 1).

Während der COVID-19-Pandemie hat sich die Anzahl der übermittelten Fälle für alle Infektionskrankheiten verglichen mit dem Zeitraum vor der Pandemie signifikant verändert (s. Tab. 1). Der stärkste Rückgang wurde bei respiratorisch übertragbaren Krankheiten beobachtet. Mit einem Rückgang von -85,5 % wurden dort die größten Veränderungen für Masern, gefolgt von Keuchhusten (-63,7 %) und invasiven *Haemophilus-influenzae*-Infektionen (-61,3 %) festgestellt. Auch gastrointestinale Krankheiten zeigten einen signifikanten Rückgang verglichen mit den Vorjahren. Rotavirus-Gastroenteritis und Shigellose zeigten Veränderungen von -83,3 % bzw. -82,9 %, für Norovirus-Gastroenteritis wurden 78,7 % weniger Fälle übermittelt. Auch für nosokomiale Infektionen wurden signifikante Veränderungen beobachtet, am größten war der Rückgang für die Infektion/Kolonisierung mit *Acinetobacter* spp. mit verminderter Carbapenem-Empfindlichkeit (-42,7 %). Für sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen wie HIV-Infektionen konnte ebenfalls ein Rückgang beobachtet werden (-22,1 %). Hepatitis B und Hepatitis C zeigten Veränderungen von -28,3 % bzw. -27,7 %. Vektorübertragbare Krankheiten wurden ebenfalls seltener übermittelt, für Denguefieber und Malaria wurden 75,1 % bzw. 73,0 % weniger Fälle übermittelt. Einzig für die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) konnte eine starke Zunahme der übermittelten Fälle um 57,7 % festgestellt werden.



Änderung in Fallzahl (%)

**Abb. 1** | Relative Änderung (%) übermittelter Fälle in unterschiedlichen Altersgruppen während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu den erwarteten Fallzahlen

## Diskussion

Die COVID-19-Pandemie und assoziierte Public-Health-Maßnahmen führten bei den meisten Infektionskrankheiten in Deutschland zu einem drastischen Rückgang der übermittelten Fälle, vor allem in den jüngeren und älteren Altersgruppen. Von den ausgewählten Infektionskrankheiten konnte nur für FSME ein Anstieg der Fallzahlen beobachtet werden.

Die Gründe für diesen Rückgang sind vielschichtig, erregerspezifisch und können durch die Analyse der Meldedaten nicht kausal geklärt werden. Neben einem tatsächlichen Rückgang von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung könnten andere Faktoren zu Veränderungen in der Anzahl übermittelter Fälle geführt haben: Das Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen sowie die Häufigkeit von Tests spielen eine wichtige Rolle bei der Erkennung bzw. Surveillance von Infektionskrankheiten. Epidemiologische Faktoren wie Saisonalität (z. B. bei Masern und FSME) oder zirkulierende Virusstämme (z. B. bei Influenza) können ebenfalls Einfluss auf die Häufigkeit und Übertragung von Infektionskrankheiten haben.

Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die im Rahmen der COVID-19-Pandemie getroffenen Public-Health-Maßnahmen Einfluss auf das Auftreten, die Übertragung und die Erfassung von Infektionskrankheiten genommen haben. NPIs wie Kontaktbeschränkungen, Abstands- und Hygiene-Regeln, aber auch Schul- und Kita-Schließungen könnten sich auf die Übertragung von gastrointestinalen Infektionskrankheiten wie beispielsweise Norovirus-Gastroenteritis und Rotavirus-Gastroenteritis ausgewirkt haben. Diese Maßnahmen könnten ebenfalls zum Rückgang respiratorisch übertragbarer Infektionen wie beispielsweise *H. influenzae*-Infektionen oder Keuchhusten beigetragen haben. Die Influenzasaison 2019/2020 wurde als eher moderat eingestuft und war zu Beginn der COVID-19-Pandemie bereits kurz vor ihrem Ende.<sup>8</sup> Dennoch wurde ein abrupter Rückgang der Fallzahlen ca. zwei Wochen früher als erwartet beobachtet,<sup>9</sup> was ebenfalls auf den Einfluss der NPIs zurückzuführen sein könnte.



Die Reisebeschränkungen und daraus resultierende verringerte Reiseaktivität haben vermutlich auch zu dem Rückgang vektorübertragbarer Krankheiten wie Denguefieber und Malaria geführt. Auch der starke Rückgang von Masernfällen lässt sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit teilweise mit einer zurückgegangenen Reisetätigkeit erklären. Nach Ansicht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln<sup>10</sup> sind Masern in Deutschland nicht mehr endemisch verbreitet. Masernausbrüche entstehen in aller Regel durch einen primären Import von Masernviren nach Deutschland mit nachfolgenden kürzeren oder längeren Transmissionsketten in Abhängigkeit von der Immunität der Bevölkerungsgruppen, in die die Viren eingebracht werden.

Neben Veränderungen im Kontaktverhalten der Bevölkerung (bspw. Club- und Barbesuche, Dating-Aktivitäten) und dem damit zusammenhängenden verringerten Infektionsrisiko könnte eine Veränderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu einer Untererfassung und dem damit einhergehenden Rückgang der Fälle von sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten geführt haben. Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden Angebote vieler Checkpoints und Gesundheitsämter rund um die sexuelle Gesundheit teilweise eingeschränkt. Auch wurde die Arbeit niedrigschwelliger Einrichtungen für DrogenkonsumentInnen durch die getroffenen Public-Health-Maßnahmen begrenzt.<sup>11</sup>

Im Bereich krankenhausassoziierter Infektionen spielt der Zugang zu Gesundheitsleistungen eine wesentliche Rolle bei der Erklärung des Rückgangs der übermittelten nosokomialen Infektionen. Elektive Eingriffe und Behandlungen wurden depriorisiert und verschoben, was zu einem Rückgang der absoluten PatientInnenzahlen geführt hat. Zusätzlich wurden im Zuge der COVID-19-Pandemie die Hygienestandards und -Maßnahmen in klinischen Einrichtungen verstärkt, was sich ebenfalls positiv auf die Vermeidung anderer Infektionen in diesem Setting ausgewirkt haben könnte.

Auch dem Anstieg von FSME liegen vielschichtige Ursachen zu Grunde. Das Übertragungsrisiko ist stark von der jährlichen Zeckenpopulation sowie der Virusprävalenz abhängig, die im Jahr 2020 zu-

genommen hat (insbesondere Zunahme adulter Zecken). Trotzdem könnten auch durch die Maßnahmen getriebene vermehrte Outdoor-Aktivitäten der Bevölkerung zum Anstieg der FSME-Fälle beigetragen haben.

Durch die Analyse von Surveillancedaten können keine kausalen Zusammenhänge zwischen COVID-19-assoziierten Public-Health-Maßnahmen und dem Rückgang anderer meldepflichtiger Infektionskrankheiten hergestellt werden. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen wie Abstands- und Hygieneregeln, Husten- und Niesetikette sowie das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen auch die Mensch-zu-Mensch-Übertragung anderer Infektionskrankheiten beeinflussen und somit zu einer Reduktion der Transmission beitragen.



## Literatur

- 1 Bundesministerium für Gesundheit: Coronavirus SARS-CoV-2: Chronik der bisherigen Maßnahmen. 2021. Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>
- 2 Kuhlen R, Winklmaier C, Schmithausen D, Schick J, Scriba P: [The Effects of the COVID-19 Pandemic and Lockdown on Routine Hospital Care for Other Illnesses](#). Dtsch Arztebl International. 2020;117(27-28):488-9
- 3 Boender TS, Greiner F, Kocher T, Schirrmeyer W, Majeed RW, Bienzeisler J, et al.: [Inanspruchnahme deutscher Notaufnahmen während der COVID-19-Pandemie – der Notaufnahme-Situationsreport \(SitRep\)](#). Epidemiologisches Bulletin. 2020(27):3-5
- 4 Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin. Abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid\\_bull\\_node.html;jsessionid=B-781C8DDF11EA10074F0E70313EC3B66.internet051](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_node.html;jsessionid=B-781C8DDF11EA10074F0E70313EC3B66.internet051)
- 5 Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2019. Berlin, 2020. Abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch_node.html)
- 6 Faensen D, Claus H, Benzler J, Ammon A, Pfoch T, Breuer T, et al.: [SurvNet@RKI – a multistate electronic reporting system for communicable diseases](#). Euro Surveill. 2006;11(4):7-8
- 7 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz 2020. p. § 6, § 7
- 8 Goerlitz L, Dürrwald R, an der Heiden M, Buchholz U, Preuß U, Prahm K, et al.: [Erste Ergebnisse zum Verlauf der Grippewelle in der Saison 2019/20: Mit 11 Wochen vergleichsweise kürzere Dauer und eine moderate Anzahl an Influenza-bedingten Arztbesuchen](#). Epidemiologisches Bulletin. 2020(16):3-6
- 9 Buchholz U, Buda S, Prahm K: [Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung](#). Epidemiologisches Bulletin. 2020(16):3-5
- 10 Robert Koch-Institut: Berichte der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln beim Robert Koch-Institut, 2021. Abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Berichte\\_node.html;jsessionid=BE34094D-D966A6ADF928C874A83E72AB.internet102](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Berichte_node.html;jsessionid=BE34094D-D966A6ADF928C874A83E72AB.internet102)

- 11 Krings A, Steffen G, Germershausen C, Zimmermann R: [Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Präventionsangebote zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden](#). Epidemiologisches Bulletin. 2020(42):3–9

## Autorinnen und Autoren

<sup>a)</sup> Madlen Schranz | <sup>a)</sup> Dr. Alexander Ullrich |  
<sup>a)</sup> Dr. Ute Rexroth | <sup>a)</sup> Dr. Osamah Hamouda |  
<sup>b)</sup> Prof. Dr. Lars Schaade | <sup>a)</sup> Michaela Diercke |  
<sup>a)</sup> Dr. Sonia Boender

<sup>a)</sup> Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektions-epidemiologie

<sup>b)</sup> Robert Koch-Institut, Zentrum für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene

**Korrespondenz:** [BoenderS@rki.de](mailto:BoenderS@rki.de)

## Vorgeschlagene Zitierweise

Schranz M, Ullrich A, Rexroth U, Hamouda O, Schaade L, Diercke M, Boender S: Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 – 32/2020)

Epid Bull 2021;7:3-7 | DOI 10.25646/8011

(Dieser Artikel ist online vorab am 12. Februar 2021 erschienen.)

Eine detaillierte Analyse (Pre-Print, nicht peer-reviewed) ist zu finden unter: <https://ssrn.com/abstract=3748410>

## Interessenkonflikt

Alle Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Danksagung

Wir danken für den Beitrag von der Arbeitsgruppe Surveillance von Infektionskrankheiten am RKI (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. Bonita Brodhun, Dr. Silke Buda, Sandra Dudareva, Dr. Tim Eckmanns, Julia Enkelmann, Dr. Mirko Faber, Dr. Gerhard Falckenhorst, Dr. Christina Frank, Dr. Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer, Dr. Wiebke Hellenbrand, Dr. Klaus Jansen, Anja Klingenberg, Dr. Stefan Kröger, Prof. Dr. Annette Mankertz, Dr. Ulrich Marcus, Dr. Dorothea Matysiak-Klose, Dr. Annicka Reuß, Dr. Bettina Rosner, Julia Schilling, Dr. Anette Siedler, Dr. Nicole Schmidt, Dr. Benedikt Zacher, Dr. Ruth Zimmermann.

# Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Anzahl der gemäß IfSG meldepflichtigen Nachweise von Erregern mit Antibiotikaresistenzen und *C. difficile*-Infektionen

## Hintergrund

Nachweise von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus Blutkultur oder Liquor, *Clostridioides difficile*-(*C. difficile*-)Infektionen mit klinisch schwerem Verlauf und Nachweise von *Acinetobacter* spp. (CRA) und Enterobacterales (CRE) mit einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit\* bei Infektion oder Kolonisation unterliegen der Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). Sie werden an die Gesundheitsämter gemeldet und über die zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt.

Der erste Nachweis von Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (SARS-CoV-2) in Deutschland wurde in Kalenderwoche (KW) 5/2020 gemeldet. Seit dem 13.3.2020 sind die gesamte Gesellschaft betreffende Maßnahmen zur Eindämmung der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie in Kraft. Dazu zählen Kontakt- und Reisebeschränkungen, Abstandsgebote, Maskenpflicht, Absage von Großveranstaltungen, Schließungen von Kitas, Schulen, Restaurants und Geschäften, Verschiebung elektiver Operationen, Patienten-Aufnahmestopps und eine intensiviertere Hygiene in medizinischen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen.

Ziel der Analyse ist es, zu untersuchen, welchen Einfluss die COVID-19-Pandemie auf die Anzahl der Übermittlungen von Erregernachweisen mit Antibiotikaresistenzen und *C. difficile* hat.

## Methode

Grundlage der Auswertung sind alle der Referenzdefinition entsprechenden, gemäß IfSG an das RKI

übermittelten Fälle von MRSA, *C. difficile*, CRA und CRE.<sup>1</sup> Aus der zentralen Datenbank SurvNet@RKI wurden die Fälle extrahiert, die 2020 und in den Vorjahren übermittelt wurden. Für MRSA wurden Daten ab 2015 zur Berechnung des Trends verwendet, für *C. difficile*, CRA und CRE ab 2017. Die KW entspricht der jeweiligen Meldewoche.

Um den Effekt der COVID-19-Pandemie auf die übermittelten Fallzahlen abzuschätzen, wurden Zeitreihenanalysen mit Generalised Linear Modellen (GLM) in R durchgeführt. Der Effekt wurde unter Annahme eines linearen zeitlichen Trends als prozentualer Anteil der normalerweise zu erwartenden Fallzahlen abgeschätzt. Dieser Anteil und damit der Effekt der COVID-19-Pandemie wurde mittels einer binären Indikatorvariable im GLM für das Jahr 2020 modelliert. In den Zeitreihen wurde mittels Likelihood-Ratio-Tests Überdispersion ausgeschlossen. Dem Testergebnis entsprechend wurden für MRSA, CRA und CRE eine Poissonverteilung und für *C. difficile* eine Negativbinomialverteilung angenommen.

## Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die Zahlen der im Zeitraum 2015 bzw. 2017 bis 2020 übermittelten Fälle von MRSA, *C. difficile*, CRA (je fallender Trend) und CRE (steigender Trend) dargestellt. Die auf Basis der Vorjahre zu erwartende Anzahl der Fälle im Jahr 2020 ist der tatsächlich übermittelten Anzahl gegenübergestellt. Bei allen untersuchten Erregern ist die Anzahl der Fälle im Jahr 2020 signifikant niedriger als erwartet. Bei MRSA wurden, unter Berücksichtigung des ohnehin beobachteten Rückgangs der letzten Jahre, statt der erwarteten 1.659 Fälle lediglich 1.122 Fälle übermittelt. Dies entspricht 67,7% (95%-KI: 59,0–77,6%) der erwarteten Fälle. Bei *C. difficile* wurden 1.594 Fälle übermittelt, also 74,0% (95%-KI: 63,1–89,1%) der erwarteten Anzahl. Die über-

\* phänotypische Zuordnung zur Kategorie „R“ oder „I“ in Bezug auf Carbapeneme



Erreger	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (übermittelt)	2020 (erwartet)	% (95 %-KI)	p-Wert
MRSA	3.600	3.183	2.832	2.433	1.810	1.122	1.659	67,7 (59,0–77,6)	<0,001
<i>C. difficile</i>	–	–	2.834	2.845	2.277	1.594	2.126	74,0 (63,1–89,1)	0,001
CRA	–	–	788	780	711	475	686	69,3 (60,1–79,9)	<0,001
CRE	–	–	3.506	3.953	4.705	3.546	5.416	65,5 (61,9–69,2)	<0,001

**Tab. 1 |** Übermittelte Fälle von MRSA, *C. difficile*, Carbapenem-minderempfindlichen *Acinetobacter* spp. (CRA) und Enterobacterales (CRE) gemäß IfSG, 2015 bis 2020, Deutschland

mittelten Fälle der Carbapenem-minderempfindlichen Erreger liegen ebenfalls unter den erwarteten Werten: Bei CRA wurden 69,3 % (95 %-KI: 60,1–79,9 %) der erwarteten Fälle und bei CRE 65,5 % (95 %-KI: 61,9–69,2 %) der erwarteten Fälle übermittelt.

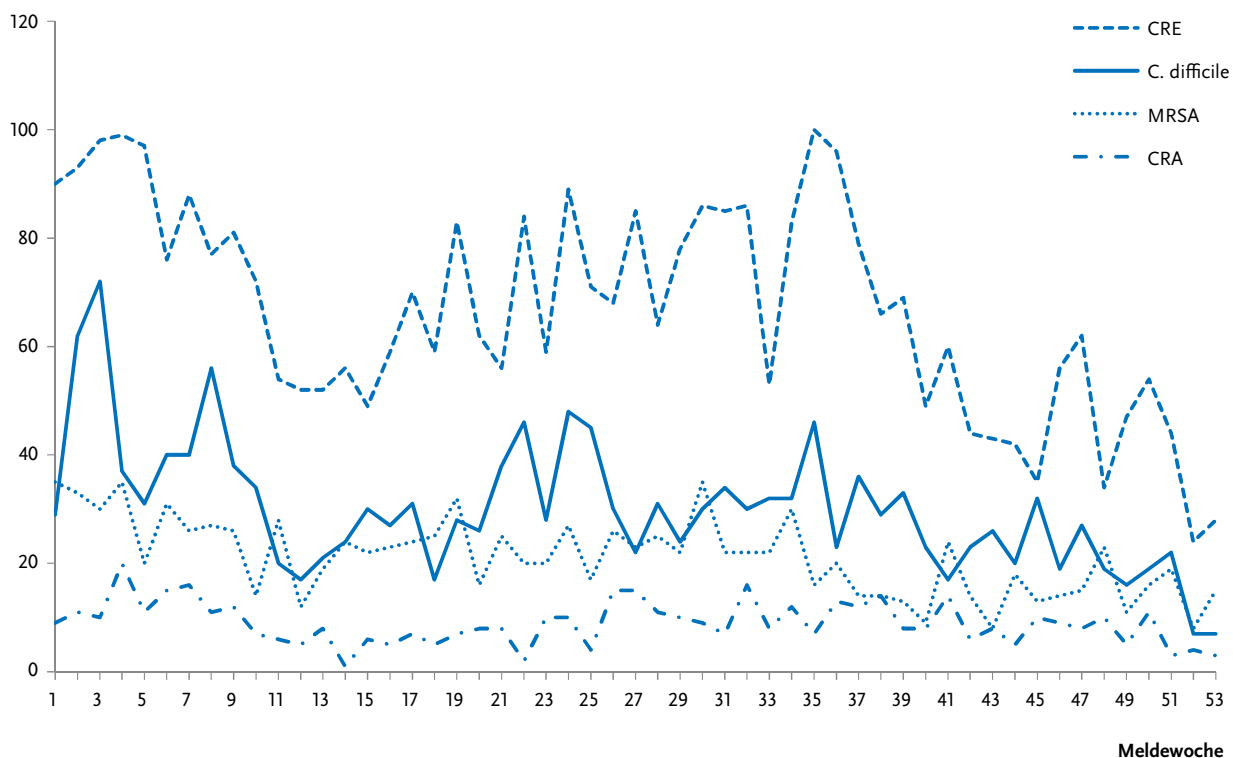
Bei Betrachtung der einzelnen Wochen im Jahr 2020 wird deutlich, dass die Zahl der Nachweise der vier untersuchten Erreger den üblichen zeitlichen Trends über das Jahr folgen, jedoch auf niedrigerem Niveau (s. Abb. 1).

## Diskussion

Sowohl bei MRSA als auch *C. difficile*, CRA und CRE wurden im Rahmen der Meldepflicht nach IfSG im Jahr 2020 ein Drittel bis ein Viertel weniger Fälle an das RKI übermittelt als aufgrund der Meldedaten der Vorjahre zu erwarten wäre. Die Ursachen lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht ermitteln, jedoch sind verschiedene Erklärungen denkbar.

Alle untersuchten Erreger werden auch im Krankenhaus übertragen (nosokomiale Infektionen).<sup>2</sup>

Übermittelte Fälle gemäß IfSG



**Abb. 1 |** Übermittelte Fälle von MRSA, *C. difficile*, Carbapenem-minderempfindlichen *Acinetobacter* spp. (CRA) und Enterobacterales (CRE) gemäß IfSG, 2020, Deutschland

Aufgrund der COVID-19-Pandemie nahmen die Patientenzahlen in den Krankenhäusern ab, u. a. weil empfohlen wurde, elektive Eingriffe zu verschieben und zudem bei einigen Krankenhäusern ein Aufnahmestopp bestand. Die „Initiative Qualitätsmedizin“ untersuchte auf Basis der Routinedaten des § 21 Krankenhausentgeltgesetzes die Effekte der SARS-CoV-2-Pandemie auf die stationäre Versorgung in ca. 300 Kliniken.<sup>3,4</sup> Sie stellte einen Rückgang der Fallzahlen um 53% vom 13.03.2020–19.4.2020 (KW 12–16) fest, der Phase des *Lockdowns* in der ersten Pandemiewelle. Eine zweite Auswertung der „Initiative Qualitätsmedizin“ im Zeitraum Januar bis November 2020 ergab einen Rückgang der Krankenhauspatienten um 13%.

Zudem wurden verstärkte Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern empfohlen.<sup>5</sup> Die Hygienestandards wurden intensiviert und so die Übertragung von SARS-CoV-2 von Infizierten auf Nicht-Infizierte verringert. Es gibt jedoch auch Hinweise, dass das Hygienemanagement schlechter ist wenn Fälle in einem Ausbruchsgeschehen kohortiert und z. B. auf reinen Ausbruchsstationen betreut werden.<sup>6</sup> Welcher Effekt stärker ist, kann zurzeit kaum eingeschätzt werden.

Ein weiterer Faktor, der Einfluss auf die gemeldeten und übermittelten Daten hat, ist die hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in Krankenhäusern, bei niedergelassenen Ärzten, in Laboren und im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Sie könnte dazu führen, dass weniger meldepflichtige Infektionskrankheiten gemeldet und übermittelt wurden.

In der Gesamtschau ist denkbar, dass die untersuchten Erreger tatsächlich weniger häufig zu Infektionen und bei CRA und CRE auch zu weniger Kolonisationen führten. Welchen Anteil jeweils die Abnahme der absoluten Zahl der Krankenauspatienten und die anderen o. g. Faktoren haben, ist derzeit unklar, da bundesweite Zahlen zu wöchentlichen Krankenhauspatienten noch nicht zur Verfügung stehen. Für *C. difficile* könnte zudem die mit der geringeren Anzahl von Operationen einhergehenden selteneren perioperativen Prophylaxen die Häufigkeit des Auftretens gesenkt haben. Andererseits wurden für die Behandlung von COVID-19-Patienten

häufig Antibiotika eingesetzt, um eine bakterielle Pneumonie zu verhindern.<sup>7,8</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es zu einem Rückgang der übermittelten Fallzahlen von MRSA, *C. difficile*, CRA und CRE kam, die Größe des Einflusses der verschiedenen Faktoren ist jedoch unklar. Ob die COVID-19-Pandemie langfristig die Antibiotikaresistenz eher steigert oder verringert wird sich zeigen; für beide Auswirkungen sprechen etliche Faktoren die in einem Artikel als Übersicht dargestellt wurden.<sup>9</sup>

---

## Literatur

- 1 Falldefinitionen des Robert Koch-Institut, Ausgabe 2019. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html) (Abrufdatum: 10.02.2021)
- 2 Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2019, Berlin 2020. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch\\_2019.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2019.pdf?__blob=publicationFile) (Abrufdatum: 10.02.2021)
- 3 Kühlen R, Schmithausen D, Winklmeier C, Schick J, Scriba P: The effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on routine hospital care for other illnesses. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 488–9. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0489.
- 4 Initiative Qualitätsmedizin (IQM): COVID-19 Pandemie – Effekte der SARS-CoV-2 Pandemie auf die stationäre Versorgung von Januar bis November 2020. <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie> (Abrufdatum: 12.02.2021)
- 5 Robert Koch-Institut. Erweiterte Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen im Rahmen der COVID-19 Pandemie. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/erweiterte\\_Hygiene.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/erweiterte_Hygiene.html) (Abrufdatum: 10.02.2021)
- 6 Florence H. Y. Yap, Charles D. Gomersall, Kitty S. C. Fung, Pak-Leung Ho, Oi-Man Ho, Phillip K. N. Lam, Doris T. C. Lam, Donald J. Lyon, Gavin M. Joynt. Increase in Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Acquisition Rate and Change in Pathogen Pattern Associated with an Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 39, Issue 4, 15 August 2004, Pages 511–516, <https://doi.org/10.1086/422641>
- 7 Getahun H, Smith I, Trivedi K, Paulin S, Balkhy HH. *Bull World Health Organ*. Tackling antimicrobial resistance in the COVID-19 pandemic. 2020 Jul 1;98(7):442-442A. doi: 10.2471/BLT.20.268573
- 8 Management und Krankenhaus. COVID-19 und die Auswirkungen auf Antibiotikaresistenzen. 30.10.2020. <https://www.management-krankenhaus.de/news/covid-19-und-die-auswirkungen-auf-antibiotikaresistenzen> (Abrufdatum: 16.02.2021)
- 9 Monnet Dominique L, Harbarth Stephan. Will coronavirus disease (COVID-19) have an impact on antimicrobial resistance? *Euro Surveill*. 2020;25(45):pii=2001886. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.45.2001886>

---

## Autorinnen und Autoren

Dr. Annicka Reuss | Anja Klingenberg | Dr. Nicole Schmidt | Dr. Tim Eckmanns | Dr. Benedikt Zacher

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet für Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch

**Korrespondenz:** [ReussA@rki.de](mailto:ReussA@rki.de)

---

## Vorgeschlagene Zitierweise

Reuss A, Klingenberg A, Schmidt N, Eckmanns T, Zacher B: Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Anzahl der gemäß IfSG meldepflichtigen Nachweise von Erregern mit Antibiotikaresistenzen und *C. difficile*-Infektionen

*Epid Bull* 2021;7:8-11 | DOI 10.25646/8026

---

## Interessenkonflikt

Alle Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

---

## Danksagung

Dank gilt allen, die durch Erhebungen, Daten und Befunden zur Surveillance beitragen, insbesondere den Mitarbeitern in Gesundheitsämtern, Landesbehörden und Laboren.

## Hybridtagung zum Welttuberkulosestag 2021

15. März 2021 – 09.00 bis 16.30 Uhr

Virtuell und wenn möglich im  
Langenbeck-Virchow-Haus Berlin

**Thema: Tuberkulose & Infektionskontrolle gestern,  
heute und morgen**

**Inklusive eines Rahmenprogrammes  
zum 125-jährigen Bestehen des DZK**

Anlässlich des Welttuberkulosestages findet am 15. März 2021 die Hybridtagung **Tuberkulose Aktuell** statt. Diese wird sowohl virtuell als auch entsprechend der dann gültigen Vorschriften und Hygienebestimmungen live im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin stattfinden. Die Veranstaltung richtet sich an Beschäftigte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der stationären und ambulanten Patientenversorgung sowie an alle Tuberkuloseinteressierte. Informationen zur Anmeldung sowie zum Programm erhalten Sie auf unserer Internetseite [www.dzk-tuberkulose.de](http://www.dzk-tuberkulose.de).

Die Teilnahme ist kostenlos. Eine Anmeldung ist erforderlich und ab sofort möglich.

Die Veranstaltung wird gemeinsam vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), dem Forschungszentrum Borstel (FZB) und dem Robert Koch-Institut (RKI) konzipiert und dieses Jahr vom DZK organisiert.

### Organisation und Ansprechpartner

Deutsches Zentralkomitee  
zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK)  
Walterhöfer Straße 11, Haus Q  
14165 Berlin  
Tel: 030 814 909 22  
[info@dzk-tuberkulose.de](mailto:info@dzk-tuberkulose.de)

### Anmeldung

[https://www.dzk-tuberkulose.de/aktuelles/  
tuberkulose-aktuell/](https://www.dzk-tuberkulose.de/aktuelles/tuberkulose-aktuell/)

## Beitragsreihe zu COVID-19 im Journal of Health Monitoring

**Studienprotokoll von CORONA-MONITORING bundesweit (RKI-SOEP-Studie) erschienen**

Special Issue S1/2021 stellt das Studienprotokoll von CORONA-MONITORING bundesweit (RKI-SOEP-Studie) vor.

In der Studie werden Bioproben und Befragungsdaten in einer deutschlandweiten Bevölkerungsstichprobe des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) erhoben. Den Teilnehmenden werden Materialien zur selbstständigen Gewinnung einer Trockenblutprobe aus Kapillarblut des Fingers und einer Abstrichprobe aus Mund und Nase sowie ein Fragebogen postalisch zugesendet. Die zurückgesendeten Proben werden auf SARS-CoV-2-IgG-Antikörper und SARS-CoV-2-RNA zur Identifikation einer durchgemachten oder aktuellen Infektion untersucht.

Die eingesetzten Methoden ermöglichen es, auch solche SARS-CoV-2-Infektionen zu erkennen, die bislang unentdeckt blieben. Durch die Verknüpfung

mit bereits vorhandenen SOEP-Daten hat die Studie das Potenzial, auch soziale und gesundheitsbezogene Unterschiede im Infektionsstatus zu untersuchen. So kann die Studie zu einem verbesserten Verständnis des Ausmaßes der Epidemie in Deutschland wie auch zur Identifikation von Zielgruppen für den Infektionsschutz beitragen.

Die aktuelle Journal-Ausgabe kann über die RKI-Internetseite [www.rki.de/johm-covid19](http://www.rki.de/johm-covid19) kostenlos heruntergeladen werden. Informationen über neue Ausgaben des *Journal of Health Monitoring* bietet der GBE-Newsletter, für den Sie sich unter [www.rki.de/gbe-newsletter](http://www.rki.de/gbe-newsletter) anmelden können.

Martina Rabenberg, JoHM-Redaktion  
Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie  
und Gesundheitsmonitoring  
Korrespondenz: [RabenbergM@rki.de](mailto:RabenbergM@rki.de)

# Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

6. Woche 2021 (Datenstand: 17. Februar 2021)

## Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	34	303	396	3	36	153	1	8	16	4	53	1.091	1	13	74
Bayern	53	457	663	11	61	136	2	10	16	10	66	1.987	8	56	189
Berlin	17	180	232	1	23	35	1	4	14	6	38	558	1	13	45
Brandenburg	18	174	188	3	15	30	1	2	5	12	38	785	3	18	80
Bremen	3	30	30	0	4	4	0	0	2	1	2	37	0	1	11
Hamburg	4	99	164	2	12	15	0	0	2	1	8	236	0	4	39
Hessen	21	231	370	1	41	64	1	4	5	2	33	699	0	13	68
Mecklenburg-Vorpommern	27	159	141	2	18	21	0	3	6	5	25	561	30	65	30
Niedersachsen	50	401	485	9	81	102	2	13	25	6	44	1.227	7	42	108
Nordrhein-Westfalen	93	917	1.533	16	184	224	4	23	36	12	104	3.092	16	108	316
Rheinland-Pfalz	25	241	294	7	35	61	0	4	10	2	26	587	0	12	35
Saarland	4	63	108	1	6	14	0	1	0	1	4	127	0	4	22
Sachsen	75	391	404	9	33	92	1	6	7	13	101	1.411	17	46	240
Sachsen-Anhalt	21	140	142	0	19	55	3	6	14	16	47	839	6	14	59
Schleswig-Holstein	11	145	229	0	11	28	0	4	10	2	9	292	2	15	53
Thüringen	29	180	211	4	21	103	0	5	4	8	60	790	2	30	119
<b>Deutschland</b>	<b>485</b>	<b>4.111</b>	<b>5.590</b>	<b>69</b>	<b>600</b>	<b>1.137</b>	<b>16</b>	<b>93</b>	<b>172</b>	<b>101</b>	<b>658</b>	<b>14.319</b>	<b>93</b>	<b>454</b>	<b>1.488</b>

## Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	0	5	4	21	151	188	19	114	109	9	64	73	1	12	8.002
Bayern	2	10	10	19	135	197	12	90	101	8	47	57	8	31	18.567
Berlin	0	2	7	12	46	73	3	25	35	0	19	50	1	4	2.093
Brandenburg	0	5	6	1	10	13	4	8	13	0	6	14	2	13	1.761
Bremen	0	0	1	8	13	11	3	6	3	0	5	12	0	2	83
Hamburg	0	1	1	1	14	18	3	6	11	4	19	19	0	4	1.796
Hessen	1	4	4	19	70	85	8	35	53	8	52	64	0	7	2.629
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	2	0	3	3	1	2	2	1	5	9	0	2	976
Niedersachsen	0	5	5	9	52	74	7	33	64	2	27	35	1	6	2.545
Nordrhein-Westfalen	1	13	19	39	225	179	22	128	144	9	88	115	1	20	6.198
Rheinland-Pfalz	1	4	5	8	53	71	7	34	27	5	23	19	0	5	1.989
Saarland	0	1	0	1	5	11	0	7	5	0	3	2	0	0	422
Sachsen	0	0	2	1	12	34	3	17	20	0	9	21	1	18	7.314
Sachsen-Anhalt	0	1	0	3	11	11	3	9	7	1	2	6	1	18	1.528
Schleswig-Holstein	0	1	1	4	15	44	4	22	26	3	14	23	0	0	1.392
Thüringen	0	0	1	5	15	11	1	5	8	5	15	7	0	5	2.398
<b>Deutschland</b>	<b>5</b>	<b>59</b>	<b>68</b>	<b>151</b>	<b>830</b>	<b>1.023</b>	<b>100</b>	<b>541</b>	<b>628</b>	<b>55</b>	<b>398</b>	<b>526</b>	<b>16</b>	<b>147</b>	<b>59.693</b>

**Allgemeiner Hinweis:** Das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwendet veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.



## Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	0	0	19	0	0	20	0	0	0	3	10	121	16	102	606
Bayern	0	0	2	1	3	17	0	0	1	7	20	289	16	120	720
Berlin	0	0	0	0	1	21	0	0	0	0	1	45	4	50	151
Brandenburg	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	53	5	13	95
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	4	24
Hamburg	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	4	29	0	24	91
Hessen	0	0	1	1	1	8	0	0	0	2	12	104	5	41	173
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	57	0	5	32
Niedersachsen	0	0	0	2	2	5	0	0	0	1	5	49	8	42	196
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	2	3	10	0	0	0	1	18	154	12	91	524
Rheinland-Pfalz	0	0	5	0	0	4	0	0	0	0	7	49	6	44	110
Saarland	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	7	1	5	9
Sachsen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	60	10	47	234
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	49	1	1	23
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	39	1	13	106
Thüringen	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	91	0	8	66
<b>Deutschland</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>98</b>	<b>1.204</b>	<b>85</b>	<b>610</b>	<b>3.160</b>

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> <sup>1</sup>			Enterobacterales <sup>1</sup>			<i>Clostridioides difficile</i> <sup>2</sup>			MRSA <sup>3</sup>			COVID-19 <sup>4</sup>		
	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020	2021		2020 <sup>5</sup>
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	1	3	10	9	45	59	2	3	12	1	9	5	5.444	60.566	0
Bayern	0	6	5	9	48	69	4	19	35	1	10	16	7.785	86.066	14
Berlin	2	15	7	3	50	41	0	8	13	0	4	10	2.161	25.501	1
Brandenburg	0	0	3	2	5	7	4	6	10	0	4	5	1.914	27.332	2
Bremen	0	0	1	0	1	2	1	2	0	1	1	2	429	3.252	0
Hamburg	0	7	0	0	6	10	1	4	1	1	3	4	1.282	11.044	0
Hessen	2	6	8	7	35	69	0	11	20	2	7	15	3.566	40.229	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	1	5	1	5	3	0	6	6	1.055	9.745	0
Niedersachsen	0	4	6	3	27	38	2	15	35	0	16	23	5.343	42.779	1
Nordrhein-Westfalen	0	9	27	24	186	146	8	48	78	4	44	56	10.234	107.627	63
Rheinland-Pfalz	0	0	3	5	16	25	1	5	7	1	3	4	2.124	23.262	0
Saarland	0	0	0	0	2	4	0	1	0	0	2	2	700	7.245	2
Sachsen	0	2	3	8	27	30	1	14	21	2	7	13	2.947	46.045	0
Sachsen-Anhalt	1	1	1	3	12	15	1	10	19	2	3	5	1.805	23.745	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	11	16	1	2	4	0	4	12	1.676	13.968	0
Thüringen	0	0	2	1	2	11	1	4	11	1	3	6	2.234	26.147	0
<b>Deutschland</b>	<b>6</b>	<b>53</b>	<b>77</b>	<b>75</b>	<b>474</b>	<b>547</b>	<b>28</b>	<b>157</b>	<b>269</b>	<b>16</b>	<b>126</b>	<b>184</b>	<b>50.699</b>	<b>554.553</b>	<b>83</b>

1 Infektion und Kolonisation

(*Acinetobacter* spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

5 In der 5. und 6. KW 2020 wurden die ersten COVID-19-Fälle, insgesamt 13 aus Bayern und 1 COVID-19-Fall aus Niedersachsen, übermittelt. Bei den weiteren in der Spalte aufgeführten Fällen ist davon auszugehen, dass es sich um Fehleingaben des Meldedatums handelt.

## Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2021		2020
	6.	1.–6.	1.–6.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	0	64
Botulismus	0	0	0
Brucellose	0	0	5
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	14
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	4	6
Denguefieber	0	0	82
Diphtherie	0	0	3
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	3	3
Giardiasis	20	117	280
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	0	0	169
Hantavirus-Erkrankung	12	59	31
Hepatitis D	0	8	9
Hepatitis E	49	326	438
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	3	4
Kryptosporidiose	11	93	135
Legionellose	17	97	145
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	5	18
Listeriose	12	63	89
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	3	41
Ornithose	0	2	3
Paratyphus	1	1	4
Q-Fieber	0	1	8
Shigellose	1	7	43
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	6	3
Typhus abdominalis	1	2	8
Yersiniose	22	212	314
Zikavirus-Erkrankung	0	0	2

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)).