



Epidemiologisches Bulletin

9. Mai 2018 / Nr. 19

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem

Die Prävention von Adipositas im Kindesalter ist eine der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit.¹ Bereits im Kindes- und Jugendalter können Übergewicht und Adipositas zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und bis ins Erwachsenenalter gravierende gesundheitliche Folgen haben.^{2,3} Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist in Europa etwa jedes dritte 11-jährige Kind übergewichtig oder adipös und über 60 % der Kinder, die vor der Pubertät übergewichtig sind, werden dies auch als junge Erwachsene sein.⁴ Aktuelle Daten der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) zeigen, dass auch in Deutschland 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren übergewichtig oder adipös sind.⁵

Die Ursachen kindlicher Adipositas sind vielfältig und lassen sich nicht auf eine ungesunde Ernährung^{6,7} und Bewegungsmangel⁸ reduzieren. Vielmehr ist Adipositas das Resultat eines komplexen Zusammenspiels zahlreicher Faktoren:⁹ Unterschiedliche genetische Voraussetzungen wirken zusammen mit einer sich wandelnden kindlichen Umwelt,¹⁰ die häufig einen sitzenden Lebensstil¹¹ begünstigt und von einem Überangebot an energiereichen Lebensmitteln geprägt ist. Die das Kind umgebenden Lebenswelten wie die Familie¹², die Kita¹³ oder die Wohnumgebung¹⁴ werden ihrerseits durch soziale¹⁵, ökonomische¹⁶ und politische¹⁷ Rahmenbedingungen beeinflusst. Ein starkes Übergewicht im Kindesalter kann daher einerseits beim einzelnen Kind auf das Wechselspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren zurückgeführt werden. Andererseits sind Kinder in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Entwicklungsphasen besonders anfällig für die Entwicklung von Adipositas.

Um der Verbreitung von Adipositas im Kindesalter entgegenzuwirken, werden unter anderem von der WHO umfassende Monitoringmaßnahmen gefordert.¹⁸ Auch in Deutschland ist eine systematische und kontinuierlich aktualisierte Zusammenstellung relevanter Informationen über die Einflussfaktoren von Adipositas im Kindesalter bisher nicht verfügbar. Um diesem Bedarf Rechnung zu tragen, wurde in den letzten zwei Jahren am Robert Koch-Institut (RKI) ein durch Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördertes „Bevölkerungswieites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindesalter“ (AdiMon) entwickelt.¹⁹

Diese Woche 19/2018

Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Februar 2018

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 16. Woche 2018



www.rki.de/adimon



AdiMon fokussiert dabei aus mehreren Gründen auf den Altersbereich von 0–6 Jahren: In der frühen Kindheit werden die Weichen für ein gesundes Leben gestellt.²⁰ Wichtige Einflussfaktoren der (kindlichen) Adipositas wie das Stillen treten zudem ausschließlich in diesem Lebensabschnitt auf. Schließlich ist es wichtig, vor dem Hintergrund eines deutlichen Anstiegs der Adipositas-Prävalenzen im Schulalter, mögliche Ursachen zu einem frühen Zeitpunkt in den Blick zu nehmen.²¹

Ziel des AdiMon-Projektes ist es, aussagekräftige und regelmäßig aktualisierte Daten zur Verbreitung kindlicher Adipositas, deren Einflussfaktoren sowie zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zentral bereitzustellen. Hierzu wurden basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche²² zahlreiche Indikatoren gebildet. Als Datengrundlage wurden dabei verschiedene Quellen erschlossen. Neben den Gesundheitssurveys des RKI wurden unter anderem auch Daten der amtlichen Statistik, Routinedaten wie die Präventionsberichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Daten aus Geoinformationssystemen einbezogen. Die Indikatoren werden auf einer frei zugänglichen Internetseite thematisch nach Bereichen gegliedert dargestellt. Darüber hinaus werden die Indikatoren in kurzen Publikationen (Themenblättern) in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die acht Bereiche des AdiMon-Indikatorensystems mit exemplarischen Indikatoren und Datenquellen, Abbildung 1 zeigt beispielhaft die Darstellung eines Indikators.

Durch AdiMon soll die Möglichkeit geschaffen werden, Veränderungen rechtzeitig zu registrieren und Ansatzpunkte

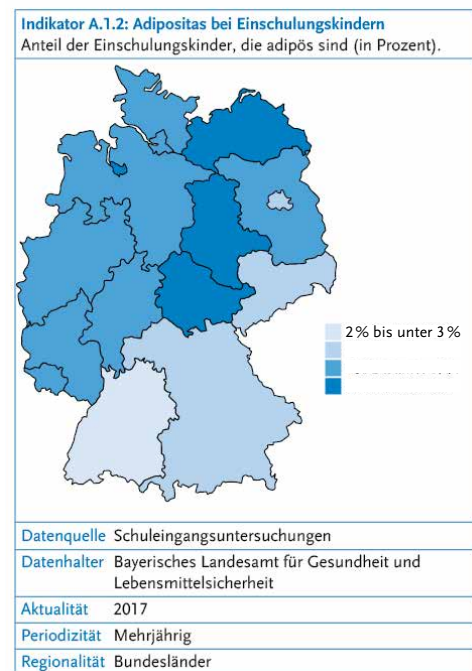


Abb. 1: Beispielindikator des AdiMon-Projektes: Adipositas bei Einschulungskindern

für präventive Maßnahmen zu identifizieren. Auch eine Nutzung im Rahmen der Evaluation bestehender Projekte ist denkbar. Darüber hinaus kann AdiMon von der (Fach-) Öffentlichkeit und den Medien als Informationsquelle genutzt werden.

Seit Februar 2018 steht auf der Projektseite www.rki.de/adi-mon eine Auswahl der AdiMon-Indikatoren und Themenblätter zur Verfügung, die bis Juli 2018 sukzessive ergänzt wird.

Bereich	Indikator	Datenquelle (Datenhalter)
Adipositas	Anteil der Einschulungskinder, die adipös sind.	Schuleingangsuntersuchungen (LGL Bayern)
Verhalten	Anteil der 2- bis 5-jährigen Kinder, die jeden oder fast jeden Tag fernsehen.	miniKIM-Studie (mpfs)
Biologie	Derzeit keine Indikatoren verfügbar.*	
Vor und nach der Geburt	Anteil der Frauen, bei denen in der Schwangerschaft ein Gestationsdiabetes festgestellt wurde.	Bundesauswertung Geburtshilfe (IQTIG)
Psychosoziales	Elterliche Wahrnehmung des kindlichen Körpergewichtes in Relation zur objektiv gemessenen Gewichtskategorie.	KiGGS-Studie (RKI)
Verhältnisse	Entwicklung des Verbraucherpreisindex für ausgewählte Lebensmittelgruppen.	Verbraucherpreisindex für Deutschland (Statistisches Bundesamt)
Kontext	Anteil der 0- bis 6-jährigen Kinder, die in Haushalten leben, die Leistungen nach Sozialgesetzbuch II erhalten.	Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende (BA)
Maßnahmen	Anzahl der Kindertagesstätten (Kitas), die durch Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden.	Präventionsbericht (MDS&GKV)

Tab. 1: AdiMon: Beispielindikatoren und Datenquellen

LGL Bayern: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; mpfs: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest; IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; RKI: Robert Koch-Institut; BA: Bundesagentur für Arbeit; MDS&GKV: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und GKV-Spitzenverband

*Aufgrund fehlender geeigneter Datenquellen konnten bisher keine Indikatoren gebildet werden. Einen Hinweis auf die genetische Prädisposition liefert der Indikator Adipositas der Eltern (Indikatorenbereich: Verhältnisse).

Literatur

1. World Health Organization (WHO): Health topics – Noncommunicable diseases – Obesity. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity (Stand: 30.1.2017) 2017
2. Park MH, Falconer C, Viner RM, et al.: The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obesity Reviews* 2012;13(11):985–1000
3. Pulgaron ER, Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics* 2013;35(1):A18–32
4. World Health Organization (WHO): Obesity – Data and statistics. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics (Stand: 30.4.2017) 2017
5. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, et al.: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):16–23
6. Lanfer A, Hebestreit A, Ahrens W: Einfluss der Ernährung und des Essverhaltens auf die Entwicklung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2012;53(7):690–698
7. Moreno LA, Rodríguez G: Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2007;10(3):336–341
8. Te Velde S, Van Nassau F, Uijtdewilligen L, et al.: Energy balance-related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: a systematic review of prospective studies. *Obesity Reviews* 2012;13(s1):56–74
9. Butland B, Jebb S, Kopelman P, et al.: Foresight – Tackling obesities: future choices, Government Office for Science 2007
10. Skelton JA, Irby MB, Crzywacz JG, et al.: Etiologies of obesity in children: nature and nurture. *Pediatric Clinics of North America* 2011;58(6):1333–1354
11. Pearson N, Biddle SJ: Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2011;41(2):178–188
12. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T: Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition* 2009;12(02):267–283
13. Steenbock B, Pischke C, Schönbach J, et al.: Wie wirksam sind ernährungs- und bewegungsbezogene primärpräventive Interventionen im Setting Kita? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2014;58:609–619
14. de Vet E, de Ridder DT, de Wit JB: Environmental correlates of physical activity and dietary behaviours among young people: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews* 2011;12(5):e130–142
15. Chung A, Backholer K, Wong E, et al.: Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review. *Obesity Reviews* 2016;17(3):276–295
16. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, et al.: Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*:ajcn120022. 2016
17. Sisnowski J, Handsley E, Street JM: Regulatory approaches to obesity prevention: A systematic overview of current laws addressing diet-related risk factors in the European Union and the United States. *Health Policy* 2015;119(6):720–731
18. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe): European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO Europe, Copenhagen 2014
19. Varnaccia G, Zeiher J, Lange C, et al.: Adipositasrelevante Einflussfaktoren im Kindesalter – Aufbau eines bevölkerungsweiten Monitorings in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(2):90–102
20. Birch LL, Ventura AK: Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity* 2009;1(33):74–81
21. Kurth B, Rosario AS: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2007;50(5–6):736–743
22. Zeiher J, Varnaccia G, Jordan S, et al.: Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2016;59(11):1465–1475

■ Johannes Zeiher | Gianni Varnaccia | Dr. Jonas D. Finger | Susanne Jordan | Dr. Cornelia Lange
 Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring | Fachgebiet 27 Gesundheitsverhalten
 Korrespondenz: ZeiherJ@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
 Zeiher J, Varnaccia G, Finger JD, Jordan S, Lange C: Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem
Epid Bull 2018;19:183–185 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-024

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten												Berichtsmonat: Februar 2018 (Datenstand: 1. Mai 2018)			
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion*			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2018	2017		2018	2017		2018	2017		2018	2017		2018	2017	
	Feb.	Jan.–Feb.		Feb.	Jan.–Feb.		Feb.	Jan.–Feb.		Feb.	Jan.–Feb.		Feb.	Jan.–Feb.	
Baden-Württemberg	68	140	127	–	–	–	7	16	19	3	8	5	0	0	0
Bayern	67	164	158	–	–	–	9	25	22	1	5	4	0	0	0
Berlin	79	194	252	–	–	–	3	11	12	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	9	21	12	–	–	–	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bremen	5	10	5	–	–	–	1	1	7	0	0	0	0	0	0
Hamburg	34	75	61	–	–	–	5	16	12	0	3	0	0	0	0
Hessen	31	77	79	–	–	–	10	14	14	1	3	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	13	16	–	–	–	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	35	81	70	–	–	–	1	3	11	1	2	3	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	129	287	330	–	–	–	12	28	24	0	2	2	0	0	0
Rheinland-Pfalz	28	55	32	–	–	–	3	9	2	0	0	0	0	0	0
Saarland	4	13	12	–	–	–	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	20	46	46	–	–	–	1	3	2	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	15	22	32	–	–	–	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	17	28	26	–	–	–	1	2	2	0	1	0	0	0	0
Thüringen	14	26	17	–	–	–	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	559	1.252	1.275	–	–	–	53	129	132	6	24	15	0	0	0

*Aufgrund der Umstellung der Datenbank stehen derzeit keine Daten zu HIV-Infektionen zur Verfügung

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

16. Woche 2018 (Datenstand: 9. Mai 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.
Baden-Württemberg	110	1.434	1.312	1	57	43	31	256	191	4	23	7
Bayern	132	1.852	1.686	5	67	84	26	397	375	4	14	16
Berlin	58	595	588	6	31	33	17	102	118	1	31	11
Brandenburg	36	404	408	0	16	17	14	88	113	0	3	3
Bremen	8	110	99	1	8	4	0	12	17	0	1	2
Hamburg	27	378	355	0	9	17	6	83	73	2	13	11
Hessen	71	1.063	914	1	14	12	11	169	150	3	17	7
Mecklenburg-Vorpommern	32	369	302	0	6	17	6	74	81	0	1	0
Niedersachsen	108	1.202	1.049	6	54	67	22	308	271	0	4	1
Nordrhein-Westfalen	276	3.814	4.601	5	62	80	67	591	593	0	7	13
Rheinland-Pfalz	72	833	842	2	31	37	16	169	123	0	6	7
Saarland	19	277	285	0	4	0	4	21	28	0	0	0
Sachsen	127	1.125	1.012	6	53	44	18	213	188	2	13	6
Sachsen-Anhalt	46	353	327	0	31	25	9	137	125	0	0	1
Schleswig-Holstein	36	427	469	1	15	26	10	68	96	0	0	1
Thüringen	37	480	457	0	17	18	14	139	142	0	3	5
Deutschland	1.195	14.717	14.710	34	475	525	271	2.827	2.684	16	136	91

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.
Baden-Württemberg	0	31	28	102	2.264	3.728	36	316	1.239	5	87	105	2	10	8
Bayern	7	69	98	169	4.780	4.796	105	644	2.638	15	188	176	2	21	26
Berlin	4	24	27	33	1.914	1.788	60	588	1.029	14	137	127	3	28	35
Brandenburg	3	35	35	47	1.626	1.519	43	621	1.556	1	23	38	1	8	16
Bremen	0	0	7	7	263	100	8	64	125	1	11	10	0	2	1
Hamburg	1	8	13	29	868	701	56	300	866	4	52	46	0	16	15
Hessen	1	48	36	74	1.797	1.885	53	346	1.053	8	68	62	1	19	29
Mecklenburg-Vorpommern	2	24	15	37	1.849	1.405	85	459	874	0	22	28	1	24	23
Niedersachsen	6	61	61	111	3.215	2.554	51	500	1.465	4	38	59	0	22	24
Nordrhein-Westfalen	9	120	138	280	7.518	9.775	108	1.160	2.658	4	127	165	3	48	46
Rheinland-Pfalz	3	34	26	86	1.889	3.036	19	212	544	6	42	41	1	4	4
Saarland	0	8	1	19	483	910	11	40	251	0	4	6	0	3	1
Sachsen	6	129	108	150	3.431	3.245	337	2.692	2.429	4	77	82	3	24	23
Sachsen-Anhalt	1	39	52	80	2.079	1.855	110	815	1.049	3	23	38	4	24	22
Schleswig-Holstein	1	13	19	37	1.254	923	28	232	602	5	22	26	0	2	6
Thüringen	3	66	62	86	1.982	1.888	179	1.471	1.068	1	20	14	0	4	7
Deutschland	47	709	726	1.347	37.220	40.114	1.289	10.461	19.453	75	941	1.023	21	259	286

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

16. Woche 2018 (Datenstand: 9. Mai 2018)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.
Baden-Württemberg	0	28	18	16	214	148	13	246	193	0	16	16	6	223	254
Bayern	1	31	39	29	422	262	21	339	314	0	17	17	12	224	260
Berlin	2	18	87	6	56	45	6	91	73	0	7	4	14	132	136
Brandenburg	1	8	11	3	23	28	4	37	15	0	6	4	0	50	46
Bremen	0	2	1	0	3	1	1	12	0	0	0	2	1	15	14
Hamburg	2	9	9	1	16	21	2	42	37	0	7	0	0	54	67
Hessen	1	23	37	7	131	106	15	172	106	0	8	11	20	206	188
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	0	10	14	1	9	10	0	2	2	2	29	33
Niedersachsen	1	16	26	1	43	24	8	123	104	0	7	9	4	101	99
Nordrhein-Westfalen	6	107	70	21	193	105	27	382	258	1	39	15	29	366	376
Rheinland-Pfalz	2	12	10	4	81	44	7	71	65	1	8	10	6	75	86
Saarland	0	5	6	1	6	5	0	6	8	0	2	2	0	20	16
Sachsen	1	4	12	6	49	114	6	54	57	1	10	6	6	48	74
Sachsen-Anhalt	0	3	9	0	21	11	2	30	18	2	5	2	6	38	33
Schleswig-Holstein	1	4	10	1	38	30	6	75	79	2	8	5	2	39	53
Thüringen	0	3	3	1	6	1	1	24	17	0	3	2	3	26	43
Deutschland	18	277	351	97	1.312	960	120	1.713	1.354	7	145	107	111	1.647	1.778

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.
Baden-Württemberg	3	37	38	4	22	23	0	0	0	21	284	505	72	1.495	1.348
Bayern	4	24	20	7	62	61	0	1	0	46	1.166	1.198	95	1.699	2.323
Berlin	2	10	38	0	4	11	0	0	0	5	166	313	56	535	715
Brandenburg	0	2	1	0	2	6	0	0	0	11	228	328	9	155	273
Bremen	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	17	41	6	99	238
Hamburg	0	4	5	0	2	5	0	0	0	15	138	229	8	167	158
Hessen	3	13	65	1	13	32	0	0	0	22	355	360	15	367	443
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	1	5	0	0	0	6	135	234	5	58	66
Niedersachsen	0	3	4	3	16	26	0	0	1	6	289	317	35	562	550
Nordrhein-Westfalen	9	73	301	2	39	61	0	3	4	41	671	1.021	87	1.335	1.622
Rheinland-Pfalz	0	4	9	2	10	10	0	0	1	6	211	258	20	242	259
Saarland	0	0	2	0	2	2	0	0	0	2	69	35	3	32	24
Sachsen	0	4	54	0	2	4	0	0	1	16	296	264	38	784	621
Sachsen-Anhalt	0	1	3	0	0	6	0	0	0	16	426	166	2	119	154
Schleswig-Holstein	0	1	5	0	8	10	0	0	0	5	184	132	28	269	296
Thüringen	0	0	4	0	1	3	0	0	0	21	364	287	10	182	175
Deutschland	21	176	550	19	185	267	0	4	7	239	5.000	5.689	489	8.102	9.267

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

Allgemeiner Hinweis: LK Prignitz, LK Teltow-Fläming und das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwenden veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

16. Woche 2018 (Datenstand: 9. Mai 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	16. Woche	1.–16. Woche	1.–16. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	12	231	175	717
Brucellose	0	10	8	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	6	10	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	56	903	1.015	2.806
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	12	26	72
Denguefieber	10	152	182	635
FSME	3	7	12	485
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	7	29	95
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	25	383	315	811
Hantavirus-Erkrankung	3	61	319	1.731
Hepatitis D	0	11	6	33
Hepatitis E	75	1.015	696	2.946
Influenza	1.084	267.946	93.321	95.969
Legionellose	19	283	205	1.282
Leptospirose	0	14	21	128
Listeriose	8	160	212	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	47	732	929	2.798
Ornithose	0	2	5	11
Paratyphus	0	4	11	44
Q-Fieber	0	25	21	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	4	6	52
Typhus abdominalis	1	19	25	78

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
 Nordufer 20, 13353 Berlin
 Tel.: 030.18 754-0
 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.: 030.18 754-23 24

E-Mail: SeedatJ@rki.de

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

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski
 Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: 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

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 (Online) 2569-5266