



# Epidemiologisches Bulletin

16. August 2018 / Nr. 33

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Aktuelle Epidemiologie der Masern in Deutschland

(Datenstand: 30. Juni 2018)

Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionen des Menschen. Sie werden hinsichtlich der Schwere der Erkrankung und der Möglichkeit auftretender Komplikationen, insbesondere bei kleinen Kindern und Erwachsenen, häufig unterschätzt. Trotz Impfungen stellen die Masern weltweit weiterhin eine häufige Todesursache von kleinen Kindern dar. Im Jahr 2016 starben rund 90.000 Menschen, vornehmlich Kinder unter 5 Jahren, an der Infektion ([www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measles](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measles)).

Alle Regionen der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) haben sich dem Ziel der Elimination der Masern angeschlossen. Die Regionale Kommission zur Verifizierung der Elimination der Masern und Röteln in der europäischen WHO-Region (RVC) analysiert jedes Jahr die aus den Mitgliedsstaaten der Region übersandten Berichte zum Stand der Elimination. Im Jahr 2016 hatten 33 von 53 Mitgliedsstaaten (62%) die Kriterien der Elimination erfüllt.<sup>1</sup> Das heißt, diese Staaten konnten anhand der eingereichten Daten eine Unterbrechung der endemischen Transmission der Masern über einen Zeitraum von 36 Monaten belegen. Zwei Mitgliedsstaaten konnten eine Unterbrechung über 24 Monate und 7 Mitgliedsstaaten eine Unterbrechung über 12 Monate nachweisen, darunter auch Deutschland. (s.: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/348013/6th-RVC-final-for-web-posting.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/348013/6th-RVC-final-for-web-posting.pdf?ua=1)). Die übrigen 11 Staaten haben weiterhin einen endemischen Status (n = 9) oder haben den Verifizierungsprozess noch nicht eingeleitet (n = 2). Die Verifizierung der Elimination der Masern ist mithin nicht eine Frage der Anzahl der Fälle, sondern erfolgt, wenn gezeigt werden kann, dass Infektionsketten, ausgelöst durch importierte Masernviren, schnell durch eine ausreichende Immunität in der Bevölkerung unterbrochen werden können. Die Nationale Verifizierungskommission konnte dies für das Jahr 2016 in Deutschland für alle nachgewiesenen Infektionsketten verschiedener zirkulierender genetischer Varianten des Masernvirus bestätigen ([www.rki.de/navko-berichte](http://www.rki.de/navko-berichte)). Mit den an das [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) übermittelten Meldedaten und den Ergebnissen der Masernvirus-Genotypisierung aus dem [Nationalen Referenzzentrum \(NRZ\) Masern, Mumps, Röteln](#) am RKI, die aufgrund der vielen Einsendungen von Probenmaterial durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsämter vorliegen, stehen immer bessere Daten zu Verfügung, um die Länge der Transmissionsketten für die Masern einschätzen zu können.

### Epidemiologische Meldedaten

Die **Anzahl der Masernfälle** ging nach Einführung der Meldepflicht der Masern im Jahr 2001 aufgrund steigender Impfquoten von rund 6.040 Fällen im Jahr 2001 auf rund 780 Fälle im Jahr 2003 zurück. Allerdings hat sich nun seit einigen Jahren keine Tendenz eines weiteren Rückgangs der Anzahl der an das RKI übermittelten Masernfälle ergeben. Jahre mit weniger Masernfällen werden seitdem von Jahren mit zum Teil ausgedehnten Ausbrüchen und vielen Masern-

Diese Woche 33/2018

[Aktuelle Epidemiologie der Masern in Deutschland](#)

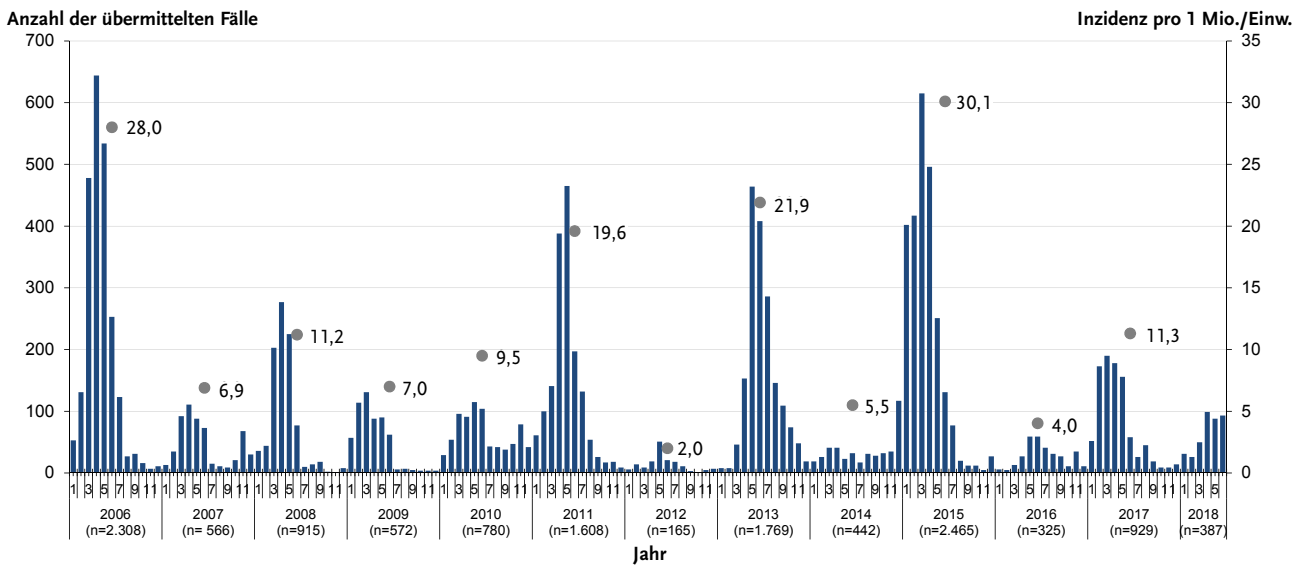
[Das RKI trauert um Professor Dr. med. Georg Peters](#)

[6. Treffen der Moderatoren der Regionalen MRE-Netzwerke am RKI in Wernigerode – Fokus VRE](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 30. Woche 2018](#)

[Zur Situation von Influenza und akuten Atemwegserkrankungen in der 29.–32. KW 2018](#)





**Abb. 1:** Anzahl der übermittelten Masernfälle pro Monat und Jahr in Deutschland 2006–2018 und Inzidenzen pro Jahr pro 1 Mio. Einwohner (Stand: 30. Juni 2018)

fällen abgelöst (s. Abb. 1). In einigen Bundesländern treten die Masern nur noch selten in Erscheinung, wie in Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland oder Sachsen-Anhalt. Andere Bundesländer, wie Berlin, Bayern oder Nordrhein-Westfalen (NRW) sind häufiger betroffen.

Für das Jahr 2017 gingen am RKI Daten von 929 Masernfällen nach Referenzdefinition ein. Die weitaus höchste Fallzahl wurde aus NRW mit 520 Masernfällen (56 % aller Fälle) übermittelt (s. Tab. 1). Ferner waren besonders Hessen (n = 76), Berlin und Sachsen (jeweils n = 69), Bayern (n = 58) und Baden-Württemberg (n = 53) betroffen. Sieben Bundesländer wiesen allerdings auch weniger als 10 Fälle im gesamten Jahr 2017 auf.

Bundesland	Anzahl der Fälle	Inzidenz pro 1 Mio. E
Nordrhein-Westfalen	520	29,1
Hessen	76	12,5
Berlin	69	20
Sachsen	69	16,6
Bayern	58	4,6
Baden-Württemberg	53	4,9
Rheinland-Pfalz	21	5,2
Niedersachsen	15	1,9
Schleswig-Holstein	11	3,9
Sachsen-Anhalt	9	3,8
Brandenburg	8	3,2
Hamburg	8	4,5
Thüringen	6	2,7
Bremen	3	4,5
Saarland	2	2
Mecklenburg-Vorpommern	1	0,6
<b>Summe</b>	<b>929</b>	<b>11,4</b>

**Tab. 1:** Anzahl der Masernfälle und Inzidenz pro 1 Mio. Einwohner in den Bundesländern im Jahr 2017

Insgesamt 42 % aller Erkrankungen betrafen die Altersgruppe der 0- bis 9-Jährigen. Innerhalb dieser Gruppe lag der Anteil der 0- bis 2-Jährigen bei rund 61 %. Wie schon in den Vorjahren wurde die höchste altersspezifische Inzidenz bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren beobachtet. Von allen Masernerkrankungen entfielen rund 21 % auf die Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen und 30 % auf die Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen. Rund 5 % waren zwischen 40 und 49 Jahre und 3 % über 50 Jahre alt.

Von den 929 Fällen konnten von den kommunalen Behörden 762 Fälle (82 %) in insgesamt 57 Ausbrüche zusammengefasst werden, von denen 17 Ausbrüche 5 Fälle oder mehr umfassten. Der größte Ausbruch mit insgesamt 465 Masernfällen nach Referenzdefinition begann in Duisburg im Januar 2017 (mit insgesamt 332 Fällen) und ging im weiteren Verlauf auf andere Stadt- und Landkreise in NRW über. In Duisburg waren viele Menschen mit Migrationshintergrund betroffen, die insbesondere aus Osteuropa nach Deutschland gekommen waren.

Für 759 der 929 Erkrankten lagen Angaben zu **Komplikationen** vor. Von diesen wurden für 703 Patienten (93 %) keine Komplikationen angegeben. Eine Enzephalitis/Meningitis erlitten 3 Patienten, bei 25 der 759 Masernfälle (3 %) wurde eine Lungenentzündung und bei 7 Patienten (1 %) eine Mittelohrentzündung dokumentiert. Der Anteil der übermittelten **hospitalisierten Masernfälle** lag bei 41 % (n = 376) und damit niedriger als im Jahr 2016 (52 %). Die hohe Anzahl der Hospitalisationen lässt sich mit den übermittelten Komplikationen nicht erklären. Wir nehmen an, dass Komplikationen nicht zur Gänze übermittelt werden und dass allein der schlechte Allgemeinzustand der Patienten ohne eine spezifische Komplikation bereits zu einer Krankenhausweisung führen kann. Die relative Häufigkeit einer Hospitalisierung variierte nach Alter. So wurden im Berichtsjahr 48 % der in den ersten beiden Lebensjahren erkrankten Kinder (97 von 202) sowie 26 % der an den

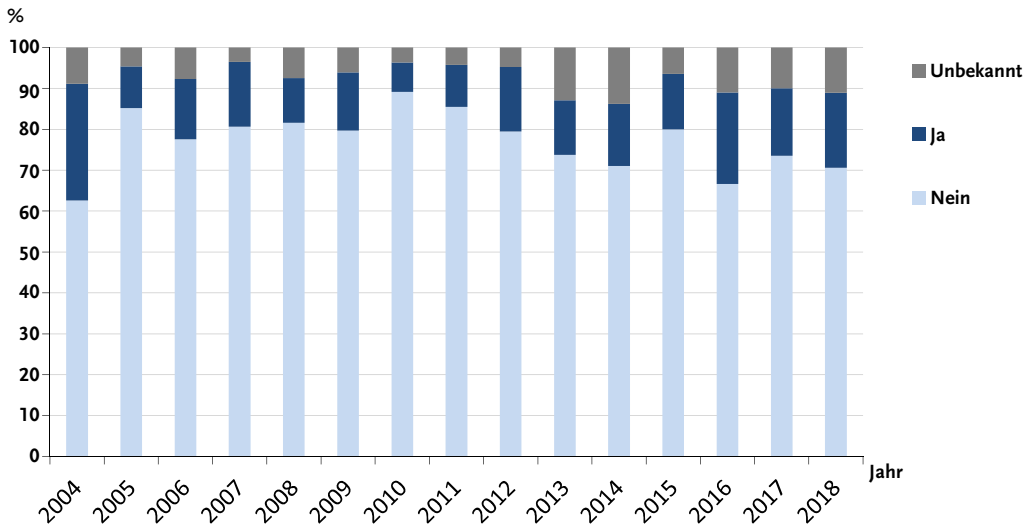


Abb. 2: Anteil der Geimpften und Ungeimpften an den übermittelten Masernfällen in Deutschland 2004–2018 (Stand: 30. Juni 2018)

Masern Erkrankten im Alter von 2 bis 19 Jahren (98 von 381) hospitalisiert. Von Erkrankten, die 20 Jahre oder älter waren, betrug dieser Anteil rund 52 % (181 von 346). Ein Todesfall trat in Essen auf.

Von 836 Masernfällen nach Referenzdefinition lagen Angaben zum **Impfstatus** vor. Von diesen waren 683 (82 %) ungeimpft, 153 (18 %) hatten bereits eine oder mehrere Impfungen gegen Masern bei Ausbruch der Masern erhalten. Von diesen lagen von 147 Masernfällen Angaben zur Anzahl der Impfungen vor; 103 von diesen Fällen (70 %) erhielten eine einmalige und 44 Fälle (30 %) zwei Impfungen oder mehr. Bei insgesamt 29 Fällen der zweifach Geimpften mit bekanntem Zeitpunkt der Impfung war die zweite Impfung länger als 21 Tage vor der Infektion mit den Masern durchgeführt worden. Bei diesen Erkrankten muss also von einer Durchbruchkrankung ausgegangen werden. Der weitaus größte Anteil der übermittelten Masernfälle war in den letzten 15 Jahren ungeimpft (s. Abb. 2). Zwischen 10 % und 25 % der geimpften Masernfälle waren in den letzten 15 Jahren bei Ausbruch der Erkrankung zweifach geimpft.

Für das **Jahr 2018** wurden bisher mit Stand 30. Juni 2018 Daten von 387 Masernfällen nach Referenzdefinition übermittelt. Zusätzlich gingen Daten von 15 Fällen ein, die bei einer positiven Labordiagnostik eine von der Referenzdefinition abweichende oder unbekannt Symptomatik aufwiesen. Trotz zum Teil hoher Fallzahlen in Teilen von NRW (n = 173), aber auch in Baden-Württemberg (n = 69) und Bayern (n = 57) wurden bisher, im Vergleich zu 2017, weniger Masernfälle übermittelt (s. Abb. 3). Für den gleichen Zeitraum im Jahr 2017 gingen am RKI Daten von 795 Masernfällen ein. In NRW waren bisher insbesondere Köln (bisher n = 92 an das RKI übermittelte Fälle) sowie wiederum Duisburg (n = 35) betroffen. In Baden-Württemberg traten bisher besonders viele Fälle in Freiburg und im LK Breisgau-Hochschwarzwald auf (insgesamt 23 übermittelte Fälle). 49 % der Fälle war 20 Jahre und älter, als sie an den Masern erkrankten. In den ersten beiden Lebensjahren erkrankten 14 % aller Fälle, 15 % waren zwischen 2 und 9 Jahre und 22 % zwischen 10 und 19 Jahre alt. Bei 25 Masernfällen ging die Masernerkrankung mit einer Lungenentzündung

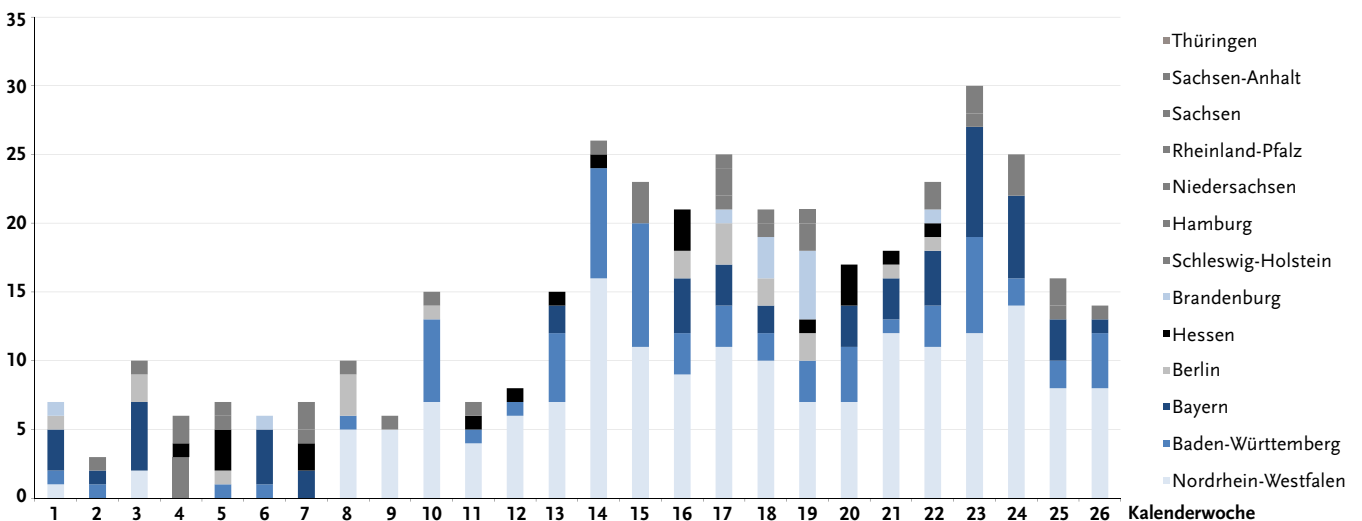


Abb. 3: Anzahl der übermittelten Masernfälle in 2018 pro Bundesland. In dunkelgrau die sieben Bundesländer zusammen mit jeweils weniger als 10 Fällen (Stand: 30. Juni 2018; n = 387)

einher. Bei einem Fall wurde eine Masernenzephalitis und in zwei Fällen eine Meningitis diagnostiziert.

**Molekulare Surveillance**

Masernwildviren werden durch die standardisierte WHO-Nomenklatur auf der Basis der Nukleotidsequenz eines definierten Genomabschnittes (450 nt auf dem N-Gen) in 24 Genotypen unterteilt, von denen aber weltweit nur noch sechs zirkulieren. Die fortlaufende Abnahme der Anzahl der noch „aktiven Genotypen“ kann als Erfolg für den Verlauf des weltweiten Eliminationsprozesses der Masern gewertet werden.<sup>3</sup> Für die feinauflösende Analyse von Transmissionsketten, die in der Eliminationsphase durch die WHO gefordert wird, ist zusätzlich zum **Genotyp** auch die Information über die exakte **Nukleotidsequenz** relevant. Um die Kommunikation dieser Information zu ermöglichen, wird in der WHO-Datenbank für Masernvirus-

Nukleotidsequenzen (MeaNS) jeder Sequenzvariante ein Zahlencode (*Distinct Sequence ID*) zugeordnet. Seit Januar 2017 sendet das NRZ Daten zu dem jeweilig detektierten Genotyp plus dem *Distinct Sequence ID* an die Gesundheitsämter, die sie über die elektronische Meldesoftware an das RKI zurücksenden, sofern die Gesundheitsämter über eine aktualisierte Version verfügen. Mit Hilfe dieses neuen Verfahrens wird die Erkennung und Nachverfolgung von Transmissionsketten regional und weltweit erleichtert. Weltweit dominierende Sequenzvarianten erhalten durch die WHO zusätzlich einen Namen, der sich auf den ersten Nachweis bezieht.

Im Jahr 2017 untersuchte das NRZ Proben von 664 Patienten mit Verdacht auf eine akute Masernvirusinfektion; bei 327 Patienten wurde dieser Verdacht labor diagnostisch bestätigt. Die Bestimmung des Masernvirus-Genotyps und

Jahr:	2016				2017												2018							MV-Genotyp und Sequenzvariante** Information zur Epidemiologie	
Monat:	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7		
<b>Bundesland</b>																									
Sachsen-Anhalt		1																							B3-4686 - Ausbruch im Eichsfeld/Thüringen, Index-Fall aus Rumänien importiert
Thüringen		1	14	2	1																				
Rheinland-Pfalz				2	2																				
Hamburg							1																		
Sachsen					8	5	1																		B3-4751 - Ausbruch in Leipzig/Sachsen in einer aus Rumänien eingereisten Gruppe
Baden-Württemberg				2	1																				
Sachsen-Anhalt							1																		
Baden-Württemberg				2			8		1		1						1	1	1						
Saarland					1	1																			
Nordrhein-Westfalen					6	7	16	27	9	5	3														B3-4299, MVs/Dublin.IRL/08.16 - In mehreren BL importierte Fälle vom Balkan: - Rumänien (N = 6) in 2017 - Kosovo (N = 1) in 2017 - Serbien (N = 1) in 2018 - Zwei Fälle in Baden-Württemberg aus Italien importiert in 2018
Sachsen					1			2										2	1						
Berlin						1						5	2	2					1						
Hamburg							1																		
Bayern			1				1	3	10	1	2	1					8	5	2		1				
Brandenburg											1	1	1					1			1	1	2		
Sachsen-Anhalt												3													
Mecklenburg-Vorpommern												1													
Niedersachsen												2	8			1									
Hessen														1											
Einsender unbekannt																							2		
Nordrhein-Westfalen																		3	2						B3-Neu (Distinct sequence id. noch nicht zugeordnet)
Baden-Württemberg																		6	2						
Nordrhein-Westfalen																			4						
Hessen																						1			B3-5096, MVs/Saint Denis.FRA/36.17
Sachsen-Anhalt																						1			
Bayern																							3		
Baden-Württemberg																	1						1		
Einsender unbekannt																							1		
Hessen						2	4																		
Baden-Württemberg						1																			D8-4221, MVs/Osaka.JPN/29.15 - Fall in Baden-Württemberg importiert aus der Schweiz - Letzter Fall in Nordrhein-Westfalen importiert aus Indonesien
Bayern	1																								
Nordrhein-Westfalen		1									1														
Berlin	3											1	1	1											
Rheinland-Pfalz																								1	
Saarland				2																					
Brandenburg					1																				
Berlin						6	6	1																	D8-2283, MVI/Hulu Langat.MYS/26.11
Baden-Württemberg							3																		
Hessen						9	12	1																	D8-4807, MVs/Herborn.DEU/05.17 - Ausbruch in Wetzlar/Hessen - Letzter Fall in Rheinland-Pfalz importiert aus Italien
Rheinland-Pfalz						2	1			1															
Nordrhein-Westfalen						1	1	2																	
Baden-Württemberg											1														
Berlin							1	1	2																
Baden-Württemberg																			5	13	5	12			D8-4683, MVs/Gir Somnath.IND/42.16 - Ausbruch in Freiburg/Baden-Württemberg, Index-Fall aus Thailand importiert
Rheinland-Pfalz																				1					
Bayern																				1	2	4	7		
Sachsen																							2		
Hamburg																							4		
Nordrhein-Westfalen																				1	3	9	6		D8-5100 - Ausbruch in Köln/Nordrhein-Westfalen
Baden-Württemberg																							1		
Hessen																							2		
Bayern																							1	1	
Berlin																							1		
Nordrhein-Westfalen																							1	4	D8-5301 - Ausbruch in Köln/Nordrhein-Westfalen

Abb. 4: Masernvirus-Hauptvarianten\* in Deutschland (September 2016 bis Juli 2018)

\* Nachweis in mindestens drei aufeinanderfolgenden Monaten oder für mindestens 10 Fälle.

\*\* Benennung durch Zahlencode, erzeugt in MeaNS-Datenbank (WHO, Public Health England); für global dominierende Varianten (*Named Strains*) Name für weltweit ersten in MeaNS registrierten Nachweis angegeben.

Die farbigen Felder enthalten die Anzahl der Fälle mit Nachweis der jeweiligen Sequenzvariante. Fälle mit Probenentnahme bis zum 9. Juli 2018 sind dargestellt. (MV = Masernvirus)

der Sequenzvariante gelang bei 260 bestätigten Fällen; 12 weitere Fälle wurden durch die Bayerische Landesstelle genotypisiert. Es wurden die Genotypen B3 (mit 12 Sequenzvarianten) und D8 (mit 16 Sequenzvarianten) nachgewiesen. Die Hauptvarianten waren „B3-Dublin-4299“ (n = 150), „D8-Herborn-4807“ (n = 31), „B3-4751“ (n = 18), „D8-Hulu Langat-2283“ (n = 16) und „D8-Osaka-4221“ (n = 15) (s. Abb. 4, S. 328). Die dominierende Variante „B3-Dublin-4299“ wurde in 12 Bundesländern von Januar bis September und dann erneut ab November bis zum Mai 2018 beobachtet und besonders häufig in NRW nachgewiesen (bei 73 von 149 Fällen). Sie wird seit 2016 in Rumänien und in weiteren Balkanstaaten im Rahmen eines großen Ausbruchsgeschehens beobachtet. Obwohl „B3-Dublin-4299“ im Verlauf der Jahre 2017–2018 aus Balkanstaaten sowie aus Italien mehrfach nach Deutschland importiert wurde, kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht ausgeschlossen werden, dass die Transmission dieser B3-Variante über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten in Deutschland erfolgte, was als endemisch einzustufen ist. Alle anderen identifizierten Hauptvarianten der Genotypen B3 bzw. D8 zeigten eine Transmissionsdauer von deutlich unter 12 Monaten und gelten damit nicht als endemisch. Einige dieser Varianten hatten Ausbrüche ausgelöst, die über mindestens 3 Monate anhielten, wie z. B. im 1. Halbjahr (HJ) 2017 „B3-4751“ in Sachsen, „D8-Herborn-4807“ in Hessen und „D8-Hulu Langat-2283“ in Berlin. Im 1. HJ 2018 sind zahlreiche neue Varianten der Genotypen B3 und D8 aufgetreten, die überwiegend sporadisch oder nur kurzzeitig beobachtet wurden. Drei Varianten des Genotyps D8 waren mit länger anhaltenden Ausbrüchen assoziiert. Ein aus Thailand eingereister Index-Fall mit der Variante „D8-Gir Somnath-4683“ hatte im März einen Ausbruch in Baden-Württemberg ausgelöst, der sich auch auf benachbarte Bundesländer ausgebreitet hat und vermutlich noch anhält. Bei dem ebenfalls ab März beobachteten Ausbruchsgeschehen in Köln wurden zwei parallel zirkulierende Varianten, „D8-5100“ (dominant) und „D8-5301“, die sich deutlich voneinander unterscheiden, nachgewiesen, was auf zwei voneinander unabhängige gleichzeitige Ausbrüche schließen lässt.

In der Eliminationsphase stellt die WHO besondere Anforderungen hinsichtlich der Qualität der molekularen Surveillance, u. a. sollte versucht werden, Transmissionsketten vollständig abzubilden. Dies war für Ausbrüche, wie z. B. Hessen 2017 oder Köln 2018, nicht möglich, weil der Indexfall nicht bekannt war.

### Gründe für ein gehäuftes Auftreten der Masern in Deutschland

Aus welchen Gründen gibt es Jahre, in denen in Deutschland im Vergleich zu anderen Staaten der europäischen WHO Region deutlich mehr Masernfälle beobachtet werden? Deutschland weist nicht nur die zweithöchste Bevölkerungszahl in der europäischen WHO Region hinter der Russischen Föderation auf, sondern gehört auch zu den Ländern mit der höchsten Bevölkerungsdichte in Europa.

Darüber hinaus kommen jedes Jahr Millionen Menschen nach Deutschland, um hier zu arbeiten, zu studieren oder Ferien zu machen. Die importierten Masernfälle erreichen Deutschland insbesondere in den Ballungsgebieten, in denen die Menschen besonders dicht zusammenleben und eine schnelle Masernübertragung möglich ist. Hier ist auch die Wahrscheinlichkeit am höchsten, auf Menschen zu treffen, die aus unterschiedlichen Gründen bisher noch keine Impfung erhalten hatten und an den Masern erkranken können.

Der Lebendimpfstoff gegen Masern wird seit über 40 Jahren weltweit verabreicht. Die seitdem erhobenen Daten haben gezeigt, dass er sehr wirksam und sicher ist.<sup>2</sup> Auch wenn es noch Bevölkerungsgruppen mit verbesserungswürdigen Impfquoten in Deutschland gibt, so liegen die Masernimpfquoten in den Schuleingangsuntersuchungen schon auf einem hohen Niveau. Bis zum Schuleingang waren im Jahr 2016 über 97% der Kinder einmalig gegen Masern geimpft. Die Impfquote für die zweite Impfung lag bei 92,9%, sie stagniert bereits seit 2011 mehr oder weniger zwischen 92% und 93%. Trotz wiederholter Informationskampagnen und einer zum Teil hohen medialen Aufmerksamkeit, insbesondere zu Zeiten von Ausbrüchen, konnten diese Impfquoten bisher nicht weiter verbessert, die Eltern also scheinbar nicht von der Notwendigkeit der zweiten Impfung überzeugt werden. Ferner werden kleine Kinder zu spät geimpft. So waren im Jahr 2014 geborene Kinder bis zu einem Alter von 24 Monaten im Bundesdurchschnitt zu 95,6% einmalig, jedoch nur zu 79,3% zweimalig gegen Masern geimpft (s. [www.vacmap.de](http://www.vacmap.de)). Die Gründe, warum sich Eltern fast immer für eine erste, weniger jedoch für eine (rechtzeitige) zweite Impfung entscheiden, sind vielfältig. Daten von bevölkerungsbezogenen Surveys der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](http://www.bzga.de) haben gezeigt, dass diese Gründe weniger in einer grundsätzlich impfkritischen Haltung zu suchen sind (s. [www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/impfen-und-hygiene/](http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/impfen-und-hygiene/)). Vielmehr wurden Impfungen auch immer wieder aus verschiedenen Gründen verschoben und dann vergessen oder die Befragten gaben an, über eine entsprechende Empfehlung der STIKO, insbesondere hinsichtlich der Erwachsenenimpfung, gar nicht aufgeklärt worden zu sein. Darüber hinaus kommen jedes Jahr viele Menschen mit Migrationshintergrund nach Deutschland, die in ihren Heimatländern keine Impfung erhalten hatten. Dies betrifft nicht nur Asylsuchende und Geflüchtete aus Krisengebieten, in denen Impfprogramme mehr oder weniger zusammengebrochen sind, sondern auch Menschen aus der [Europäischen Union \(EU\)](http://www.europa.eu), insbesondere aus Osteuropa. Gründe für eine fehlende Impfung sind mithin komplex und vielschichtig und müssen sorgfältig analysiert werden. Die landkreisbezogenen VacMap-Daten können zum Beispiel helfen, gezielt in entsprechenden Landkreisen mit geringeren Impfquoten nachzufragen. Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), in der das [Bundesministerium für Gesundheit \(BMG\)](http://www.bmg.de), die Gesundheitsministerien aller Bundesländer sowie die [Bundesärztekammer \(BÄK\)](http://www.bundesaerztekammer.de), die [Kassenärztliche Bundesvereinigung](http://www.kassenaerzliche.de)

(KBV), der Spitzenverband der [gesetzlichen Krankenversicherung \(GKV\)](#), der Verband der privaten Krankenversicherungen und der [gemeinsame Bundesausschuss \(G-BA\)](#) vertreten sind, setzt sich aktuell besonders für eine Verbesserung des Impfschutzes des medizinischen Personals ein und appelliert diesbezüglich an alle Krankenhausleiter, den Impfschutz beim medizinischen Personal zu überprüfen und einen entsprechenden Impfstatus insbesondere bei einer Tätigkeit in sensiblen Bereichen einzufordern. Ferner unterstützt sie ein niedrigschwelliges Impfangebot für Erwachsene, wie bei einem Besuch des Betriebsarztes oder beim Kinderarzt im Rahmen der Begleitung des eigenen Kindes, um alle Impfungen ohne zusätzlichen Aufwand schließen lassen zu können.

### Fazit

Auch wenn im Bundesdurchschnitt die Impfquoten der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung gut sind, gibt es weiterhin Land- und Stadtkreise sowie bestimmte Bevölkerungsgruppen mit verbesserungswürdigen Impfquoten. Das betrifft insbesondere die kleinen Kinder und Erwachsene mit und ohne Migrationshintergrund. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sie sollten durch gezielte, Analysen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der Fachgesellschaften und aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten (Ärztinnen und Ärzte, aber auch z. B. Krankenkassen) aufgedeckt werden, um gezielte und nachhaltige Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten zu ermöglichen. Einige Ideen hierfür finden sich bezogen auf bestimmte Zielgruppen im Nationalen Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland ([www.gmkonline.de/documents/Aktionsplan\\_Masern\\_Roeteln\\_2.pdf](http://www.gmkonline.de/documents/Aktionsplan_Masern_Roeteln_2.pdf)). Diese gilt es umzusetzen. Die vom RKI bereitgestellten Daten von vacmap ([www.vacmap.de](http://www.vacmap.de)) sind eine gute Basis für kleinräumige Analysen der Impfquoten.

Die Masern treten in einigen Bundesländern in Deutschland nur noch selten auf. Andere Bundesländer sind fast jedes Jahr betroffen. Hierzu gehören insbesondere Bundesländer, die über eine hohe Bevölkerungsdichte oder große Ballungszentren verfügen. Bedingt auch durch die internationale Situation werden wir weiterhin Importe der Masern nach Deutschland erleben. Je nachdem in welche Bevölkerungsgruppe die Masern hereingetragen werden und wie gut das Kontakt- und Ausbruchmanagement gelingt, wird es nachfolgend mehr oder weniger lange Transmissionsketten geben. In den nächsten Jahren werden neben der Immunität in der Bevölkerung auch das Management der Ausbrüche wie auch eine gute Qualität der übermittelten Daten entscheidend sein, die Elimination der Masern und Röteln formal zu erreichen.

### Literatur

1. Matysiak-Klose D, Razum O: The German National Verification Committee for Measles and Rubella Elimination. Bundesgesundheitsblatt 2013;56(9):1293–1296
2. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C: Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012(2)
3. Santibanez S, Hübschen JM, Ben Mamou MC, Muscat M, Brown KE, Myers R, Donoso Mantke O, Zeichhardt H, Brockmann D, Shulga S, Muller CP, O'Connor PM, Mulders MN, Mankertz A: Molecular surveillance of measles and rubella in the WHO European Region: new challenges in the elimination phase. Clin Microbiol Infect 2017 Aug;23(8):516–523

■ \*Dr. Dorothea Matysiak-Klose | \*\*Dr. Sabine Santibanez  
Robert Koch-Institut | \*Abteilung für Infektionsepidemiologie |  
FG 33 Impfprävention | \*\*Abteilung für Infektionskrankheiten |  
FG 12 Masern, Mumps, Röteln und Viren bei Abwehrschwäche,  
Korrespondenz: [Matysiak-KloseD@rki.de](mailto:Matysiak-KloseD@rki.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:  
Matysiak-Klose D, Santibanez S: Aktuelle Epidemiologie der Masern in Deutschland.

Epid Bull 2018;33:325–330 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-041.1

### Hinweis auf Veranstaltungen

#### 6. Treffen der Moderatoren der Regionalen MRE-Netzwerke am RKI in Wernigerode – Fokus Vancomycin resistente Enterokokken (VRE)

**Termin:** 29.–30. November 2018 (jeweils halbtags)

**Veranstaltungsort:** Robert Koch-Institut  
Burgstr. 37  
38855 Wernigerode

**Veranstalter:** AG Nosokomiale Infektionen am RKI und Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Staphylokokken und Enterokokken

#### Hintergrund und Ziel

Zurzeit werden steigende VRE-Zahlen in vielen Kliniken in Deutschland beobachtet. Aktuelle Zahlen aus deutschen Intensivstationen belegen dies auch zahlenmäßig [Remschmidt et al., 2018, ARIC 7:54]. Das geplante „MRE-Netzwerktreffen – Fokus VRE“ bietet interessierten Fachkolleginnen und -kollegen die Möglichkeit, sich hinsichtlich ihrer Erfahrungen im Umgang mit VRE-Patienten auszutauschen und Aspekte der aktuellen KRINKO-Empfehlung zu VRE zu diskutieren.

#### Inhalt

Die Veranstaltung behandelt 4 Themenkomplexe: (i) Aktuelle Entwicklungen der VRE-Surveillance; (ii) Krankheitslast und Therapieoptionen bei VRE; (iii) Erfahrungsberichte aus verschiedenen Bundesländern; (iv) Vorstellung und Diskussion ausgewählter Aspekte der aktuellen KRINKO-Empfehlung zu VRE/Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen.

#### Anmeldung

Sekretariat FG14 (Stichwort: 6. MRE-Netzwerktreffen)  
Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Tel.: +49 (0)18754–2293

E-Mail: [Netzwerktreffen2018@rki.de](mailto:Netzwerktreffen2018@rki.de)

Weitere Hinweise zum Stand der Planungen und das Anmeldeformular finden Sie unter [www.rki.de](http://www.rki.de); dort: Rubrik „Infektions- und Krankenhaushygiene“, dort: „Aktuelles“.

#### Hinweis

Die Teilnehmerzahl ist auf ca. 100 beschränkt.  
Anmeldeschluss ist der 31. Oktober 2018.

## Das Robert Koch-Institut trauert um Professor Dr. med. Georg Peters

Am 8. August ist Professor Dr. med. Georg Peters, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Robert Koch-Instituts, bei einer Bergwanderung in den Alpen tödlich verunglückt.

Georg Peters war dem Robert Koch-Institut lange Zeit und sehr eng verbunden. Seit mehr als 20 Jahren hat er das Institut sowie Kommissionen, die ihren Sitz beim Robert Koch-Institut haben, intensiv unterstützt und inhaltlich mitgestaltet. So gehörte Georg Peters seit 1997 der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) an, von 2001 bis 2004 auch als deren Vorsitzender. Georg Peters war Mitglied im 2012 gegründeten Expertenbeirat Influenza und zuvor bereits in der Influenzakkommission für den Pandemiefall aktiv. Erstmals in den Wissenschaftlichen Beirat des Robert Koch-Instituts berufen wurde Georg Peters im Herbst 2003. Im Februar 2009 wurde er zum Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats gewählt, gefolgt von Wiederwahlen in den Jahren 2013 und 2017. Damit begann letzten Sommer seine vierte Amtszeit als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats, die dritte als dessen Vorsitzender. In dieser Funktion war Georg Peters auch Mitglied des Gemeinsamen Wissenschaftlichen Beirats des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), zuletzt dessen stellvertretender Vorsitzender.

Georg Peters war nicht nur kompetent, er war klug, pragmatisch und weit vorausschauend. Er hatte einen ausgezeichneten Blick für das Wesentliche und dazu eine überragende Fachkompetenz in der Medizinischen Mikrobiologie,

von der klinischen Mikrobiologie – Mikroben bezeichnete er gern als „Viecher“ – bis hin zur Ausbruchsbekämpfung. Georg Peters war ein offener und fairer Visionär, der immer das Wohl seiner Mitmenschen wie der Patienten im Auge hatte. Daher suchten viele Kolleginnen und Kollegen seinen Rat. Dank seiner fachlichen und menschlichen Größe sowie seiner immensen Erfahrung war er in der Lage, stets wissenschaftlich fundierte wie praktikable Lösungswege zu entwickeln.

Georg Peters machte sich sehr für die Agenden RKI 2010 und RKI 2025 stark. Unter seinem Vorsitz wurden die Evaluierungen aller Abteilungen, Nachwuchs- und Projektgruppen des Robert Koch-Instituts durchgeführt. Auch in Krisenzeiten stärkte er dem Robert Koch-Institut den Rücken, etwa beim Ausbruch durch Enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) 2011 oder während der Bekämpfung des Ebolafieber-Ausbruchs in Westafrika 2014 und 2015. Aus vielen persönlichen Gesprächen wissen wir, dass ihm das Robert Koch-Institut und der wissenschaftliche Beirat unseres Instituts sehr am Herzen lagen. Er hat sich immer für uns eingesetzt. Wir haben ihm sehr viel zu verdanken.

Der Tod von Georg Peters ist für uns alle ein großer Verlust. Wir werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Unser tiefstes Mitgefühl gilt seiner Familie.

Prof. Dr. Lars Schaade  
Vizepräsident

Prof. Dr. Lothar H. Wieler  
Präsident

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 30. Woche 2018 (Datenstand: 15. August 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	170	3.455	3.385	7	141	102	38	701	548	0	32	17
Bayern	245	4.560	4.367	5	161	166	33	917	1.093	2	36	41
Berlin	61	1.459	1.344	1	54	67	15	228	277	1	64	25
Brandenburg	64	1.121	1.058	4	59	31	14	228	233	0	5	7
Bremen	14	251	263	0	9	6	3	34	34	0	1	2
Hamburg	30	887	890	2	30	30	5	170	170	1	28	26
Hessen	140	2.473	2.226	1	27	35	19	390	413	4	39	16
Mecklenburg-Vorpommern	51	995	956	0	18	34	6	180	238	0	1	2
Niedersachsen	184	3.132	2.869	7	118	134	36	643	690	0	9	3
Nordrhein-Westfalen	413	9.019	10.530	8	161	182	42	1.299	1.485	0	17	25
Rheinland-Pfalz	115	2.256	2.014	5	72	73	19	433	317	0	18	12
Saarland	34	671	661	2	8	6	2	70	52	0	1	2
Sachsen	119	2.826	2.487	4	131	90	16	439	539	2	25	11
Sachsen-Anhalt	38	879	854	1	64	70	9	256	258	0	1	5
Schleswig-Holstein	41	1.294	1.186	4	48	43	2	164	241	0	1	4
Thüringen	46	1.184	1.043	3	47	35	5	325	358	0	4	6
<b>Deutschland</b>	<b>1.766</b>	<b>36.467</b>	<b>36.140</b>	<b>54</b>	<b>1.148</b>	<b>1.105</b>	<b>264</b>	<b>6.477</b>	<b>6.947</b>	<b>10</b>	<b>282</b>	<b>204</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	2	64	56	55	3.021	4.253	7	687	2.093	3	172	213	1	26	36
Bayern	7	181	195	69	5.814	5.450	40	1.349	4.049	10	343	339	6	55	64
Berlin	5	67	49	22	2.264	2.196	10	931	1.794	4	259	260	3	49	75
Brandenburg	2	75	53	33	2.020	1.942	18	1.108	2.689	4	48	70	2	26	41
Bremen	0	1	12	2	326	136	2	82	197	1	16	14	1	5	2
Hamburg	1	15	33	14	1.090	884	6	635	1.229	3	98	68	1	38	36
Hessen	1	114	85	28	2.254	2.265	6	648	1.802	3	117	121	4	40	56
Mecklenburg-Vorpommern	0	41	29	11	2.195	1.679	11	889	1.873	5	46	53	3	54	55
Niedersachsen	0	110	122	21	3.799	2.938	16	987	2.527	1	74	104	3	45	51
Nordrhein-Westfalen	5	265	268	101	9.133	11.183	40	2.190	4.885	10	267	319	8	141	131
Rheinland-Pfalz	0	77	61	40	2.600	3.482	7	470	1.100	1	70	66	0	9	15
Saarland	0	13	8	7	610	1.050	1	99	368	1	11	9	1	6	3
Sachsen	0	230	196	77	4.393	4.020	44	4.279	4.090	2	137	154	7	65	50
Sachsen-Anhalt	1	80	102	40	2.645	2.456	21	1.416	1.912	1	47	56	3	44	78
Schleswig-Holstein	0	25	35	10	1.514	1.066	18	610	965	0	40	46	1	7	12
Thüringen	0	125	119	35	2.530	2.241	23	2.424	2.509	0	34	29	0	40	12
<b>Deutschland</b>	<b>24</b>	<b>1.483</b>	<b>1.423</b>	<b>565</b>	<b>46.217</b>	<b>47.247</b>	<b>270</b>	<b>18.806</b>	<b>34.093</b>	<b>49</b>	<b>1.779</b>	<b>1.921</b>	<b>44</b>	<b>650</b>	<b>718</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** 30. Woche 2018 (Datenstand: 15. August 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
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	2	48	39	23	459	249	29	546	392	0	26	23	11	438	437
Bayern	1	52	68	31	804	469	16	633	566	0	29	32	13	470	501
Berlin	1	29	116	6	115	88	5	181	161	1	12	9	10	246	248
Brandenburg	1	16	23	1	50	46	3	51	31	0	8	6	2	105	83
Bremen	0	3	4	0	16	3	0	19	3	0	0	2	1	27	26
Hamburg	1	13	27	2	37	35	2	83	79	0	10	1	6	106	133
Hessen	4	43	57	8	258	178	7	304	217	0	14	13	14	392	336
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	10	0	15	19	0	25	26	0	4	3	0	54	60
Niedersachsen	0	36	41	4	93	54	7	237	177	0	13	18	5	235	205
Nordrhein-Westfalen	4	177	172	17	364	220	23	758	465	1	50	25	21	728	739
Rheinland-Pfalz	1	20	22	9	211	110	5	156	111	0	11	13	4	140	161
Saarland	0	7	9	0	14	14	0	18	17	0	2	2	0	27	27
Sachsen	0	9	19	9	129	172	7	109	116	0	10	6	1	100	132
Sachsen-Anhalt	0	10	13	2	35	35	1	45	36	0	6	3	3	97	87
Schleswig-Holstein	0	10	13	3	68	75	7	141	144	0	9	7	7	88	85
Thüringen	0	8	7	1	12	3	1	46	34	1	4	3	2	56	73
<b>Deutschland</b>	<b>15</b>	<b>490</b>	<b>640</b>	<b>116</b>	<b>2.680</b>	<b>1.771</b>	<b>113</b>	<b>3.352</b>	<b>2.575</b>	<b>3</b>	<b>208</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	<b>3.309</b>	<b>3.333</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.
Baden-Württemberg	0	73	43	0	30	30	0	0	0	20	573	889	52	2.351	2.043
Bayern	4	89	40	2	95	86	0	1	0	40	1.764	2.054	79	2.772	3.760
Berlin	1	21	45	0	7	22	0	0	0	4	266	487	12	799	1.088
Brandenburg	0	12	3	0	2	11	0	0	0	7	346	540	2	234	445
Bremen	0	0	3	0	3	2	0	0	0	1	53	62	2	169	292
Hamburg	0	13	8	0	7	10	0	0	1	2	212	392	2	267	277
Hessen	1	21	71	1	23	62	0	0	0	8	517	563	15	659	700
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	0	4	6	0	0	0	5	193	399	3	92	111
Niedersachsen	1	4	4	0	26	37	0	0	1	8	429	534	12	826	917
Nordrhein-Westfalen	1	192	507	1	63	114	1	5	5	25	1.260	2.096	39	2.221	2.870
Rheinland-Pfalz	0	9	18	1	20	27	0	0	3	8	340	469	10	373	441
Saarland	0	0	2	0	4	2	0	0	0	1	93	90	1	60	66
Sachsen	0	6	69	0	5	9	0	0	1	5	473	519	11	1.102	1.031
Sachsen-Anhalt	0	3	3	0	1	10	0	0	0	7	647	321	1	191	270
Schleswig-Holstein	0	3	7	0	15	15	0	1	0	2	263	266	2	415	548
Thüringen	0	1	6	0	4	4	0	0	5	7	518	459	6	260	290
<b>Deutschland</b>	<b>8</b>	<b>448</b>	<b>830</b>	<b>5</b>	<b>309</b>	<b>447</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>150</b>	<b>7.949</b>	<b>10.143</b>	<b>249</b>	<b>12.794</b>	<b>15.152</b>

\* 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

30. Woche 2018 (Datenstand: 15. August 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	30. Woche	1.–30. Woche	1.–30. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	6	386	378	717
Brucellose	0	22	23	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	9	21	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	52	1.704	1.731	2.808
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	56	72
Denguefieber	3	295	380	635
FSME	30	374	249	485
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	5	39	53	97
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	4	555	501	811
Hantavirus-Erkrankung	5	100	1.353	1.731
Hepatitis D	0	26	16	36
Hepatitis E	47	2.010	1.610	2.949
Influenza	14	271.414	93.891	95.979
Legionellose	30	732	571	1.282
Leptospirose	0	54	49	128
Listeriose	10	336	412	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	44	1.401	1.705	2.797
Ornithose	0	4	9	11
Paratyphus	0	12	21	44
Q-Fieber	2	58	60	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	21	20	52
Typhus abdominalis	0	37	47	78

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

### Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

#### Diphtherie

Sachsen, 71 Jahre, weiblich, Meldewoche 30 (*C. ulcerans*, Hautdiphtherie)

#### Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 29.–32. Kalenderwoche (KW) 2018 Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Mit dem Influenza-Wochenbericht der 20. KW endete die wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2017/18. Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert und auf der AGI-Webseite veröffentlicht. Die Berichterstattung erfolgt in der Sommersaison monatlich. Die Aktivität der ARE ist von der 29. bis zur 32. KW 2018 bundesweit gesunken, die Werte des Praxisindex lagen im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind im Berichtszeitraum insgesamt leicht gesunken und befinden sich auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau.

#### Internationale Situation

##### Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (Flu News Europe)

Informationen und Karten zur Influenza-Intensität und -ausbreitung, zum Trend und zum dominierenden Influenzotyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: [www.flunewseurope.org/](http://www.flunewseurope.org/).

##### Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 321 vom 6.8.2018)

Die Ergebnisse im Update der WHO beruhen auf Daten bis zum 22.7.2018. In den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre blieb die Influenza-Aktivität auf einem für diese Jahreszeit üblichen, niedrigen Niveau im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Ausführliche Informationen sind abrufbar unter: [www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/).

Eine interaktive Weltkarte mit Informationen zu Influenza-Aktivität und geografischer Verbreitung nach KW ist auf den Internetseiten der WHO abrufbar unter:

[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=/WHO\\_HQ\\_Reports/G5/PROD/EXT/Influenza%20Qualitative+Indicators+Map](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=/WHO_HQ_Reports/G5/PROD/EXT/Influenza%20Qualitative+Indicators+Map)

(Hinweis: Angezeigt wird in der Standardeinstellung die jeweils aktuelle Woche, die Daten sind aber nur bis zur Vorwoche verfügbar, die Einstellung muss entsprechend angepasst werden.)

Quelle: Monatsbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 29.–32. KW 2018  
<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)

Marieke Degen (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 erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN (Online) 2569-5266