



# Epidemiologisches Bulletin

21. Juni 2018 / Nr. 25

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) – Entwicklungsschritte

Mit dem [Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz \(DEMIS\)](#) sollen drei Hauptziele erreicht werden, die das Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) modernisieren sollen:

- I. Einführung der elektronischen Meldung
- II. Unterstützung der Arbeit im Gesundheitsamt durch Weiterentwicklung der Melde- und Übermittlungssoftware
- III. Zielgruppengerechte Veröffentlichung der Meldedaten

Die Entwicklung und Implementierung erfolgt in mehreren Schritten (s. Abb. 1). Zunächst sollen bis Ende 2018 die Schnittstellenspezifikationen für die elektronische Meldung durch das [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) zur Verfügung gestellt werden. Bis Ende 2019 soll die weiterentwickelte Melde- und Übermittlungssoftware für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bereitgestellt werden. Die Meldung an DEMIS durch alle Melder sowie verbesserte zielgruppengerechte Abfragemöglichkeiten der Daten sollen bis 2021 möglich sein.

### I. Einführung der elektronischen Meldung

Bisher werden für die Meldung gemäß IfSG handschriftlich oder elektronisch ausgefüllte Meldebögen verwendet, die den Empfänger in der Regel per Fax, also papierbasiert, erreichen. Im Rahmen von DEMIS soll die papierbasierte Meldung durch die elektronische Meldung ersetzt werden. Diese Funktion muss komplett neu entwickelt werden. Dabei wird auf die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt und von Kooperationspartnern zurückgegriffen.

Die elektronische Meldung an DEMIS soll über zwei Wege erfolgen können:

1. in die Software der Melder integrierte Schnittstellen und 2. das DEMIS-Meldeportal.

Durch die Integration von Schnittstellen in die Arzt-, Labor- und Krankenhausinformationssysteme soll das Absetzen von Meldungen niedrigschwelliger und vollzähliger erfolgen. Das Absetzen einer Meldung wird insbesondere für meldende Ärzte und Labore erleichtert, z. B. werden automatisiert die Empfänger-



Abb. 1: Meilensteine zur Entwicklung von DEMIS

Diese Woche 25/2018

Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) – Entwicklungsschritte

Ausschreibung des Konsiliarlabors für Bordetellen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten  
22. Woche 2018

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen in der  
21.–24. KW 2018



Gesundheitsämter bestimmt. Zudem entfällt das manuelle Ausfüllen der Formulare. Die Melde-Compliance und damit Vollständigkeit der Meldungen soll durch Feedbackmechanismen und Funktionalitäten, die den Meldenden bei der Meldung unterstützen, erhöht werden. Die Meldeinhalte werden automatisiert über die Schnittstelle in DEMIS übertragen. Dadurch sollen die Meldungen zeitnäher, vollständiger und valider im Gesundheitsamt vorliegen, wodurch der Ermittlungsaufwand reduziert werden soll. Durch die elektronische Datenübertragung entfällt größtenteils die manuelle Eingabe der Meldungen im Gesundheitsamt. Dadurch wird der Arbeitsaufwand in den Gesundheitsämtern reduziert, sodass die sowieso knappen Ressourcen effektiver für den Infektionsschutz eingesetzt werden können.

In § 291d Absatz 1a SGB V ist festgelegt, dass die Hersteller von Arzt- und Krankenhaus-Informationssystemen Schnittstellen zu DEMIS in ihre Softwareprodukte integrieren, die die Übertragung von Daten im Rahmen der elektronischen Meldung gemäß IfSG ermöglichen. Es ist geplant, dass ab 2021 alle Labore und Ärzte im ambulanten und stationären Bereich über Schnittstellen, die in die von ihnen genutzte Software integriert sind, aufwandsarm an DEMIS melden können. Daher sollte das RKI bis Ende 2018 der [Kassenärztlichen Bundesvereinigung \(KBV\)](#) und der [Deutschen Krankenhausgesellschaft \(DKG\)](#) die Spezifikationen für Festlegungen zu den Schnittstellen nach § 291d SGB V zur Verfügung stellen damit die Softwarehersteller ausreichend Zeit haben, diese zu integrieren.

Parallel dazu wird das für alle zur Meldung verpflichteten Personen kostenlose DEMIS-Meldeportal bereitgestellt werden, das ebenfalls ab 2021 für das Absetzen von Meldungen genutzt werden kann.

## II. Weiterentwicklung der Melde- und Übermittlungssoftware

In einem nächsten Schritt soll die Melde- und Übermittlungssoftware weiterentwickelt werden, die im ÖGD für die Bearbeitung und das Management von Fällen meldepflichtiger Infektionskrankheiten genutzt wird.

Dazu muss u. a. eine zentrale Datenbank eingerichtet werden, die durch einen IT-Dienstleister (IT – Informationstechnik) des Bundes gehostet werden soll. Zudem werden neue Funktionalitäten für die Bearbeitung der Fälle benötigt, dies betrifft insbesondere den Empfang und die Bearbeitung der elektronisch eingehenden Meldungen. Zudem soll die gemeinsame Bearbeitung von Fällen bei Zuständigkeit mehrerer Behörden erleichtert werden.

Gleichzeitig sollen bestehende Funktionalitäten von SurvNet@RKI im Rahmen eines SurvNet@DEMIS technisch neu umgesetzt werden. Dadurch wird ermöglicht, dass das System flexibler an die Veränderung der epidemiologische Lage oder Änderungen im Meldesystem angepasst werden kann, da Updates zentral installiert werden können und zeitgleich

allen Nutzern zur Verfügung stehen. Ebenso soll die Integration des DEMIS-Moduls in die kommerziellen Softwareprodukte erleichtert und die fehlerhafte Datenübertragung über falsch programmierte Schnittstellen vermieden werden. Insgesamt soll so die Qualität der Meldedaten steigen.

Um die Nutzung der neuen Software für die Anwender zu erleichtern, wird das RKI zeitgleich mit dem Rollout ÖGD Schulungsmaterialien (z. B. Handbuch und *E-Learning*-Kurse) zur Verfügung stellen.

Erst wenn alle zuständigen Behörden des ÖGD DEMIS nutzen, kann die erste elektronische Meldung an DEMIS abgesetzt werden. Daher ist geplant, dass das RKI SurvNet@DEMIS bis Anfang 2020 zur Verfügung stellt.

## III. Zielgruppengerechte Veröffentlichung der Meldedaten

Neben der verbesserten Datenerfassung soll auch die Bereitstellung der Meldedaten optimiert werden. Die Meldedaten sollen ab 2021 in einem neuen Format zielgruppengerecht aufbereitet werden können und für die verschiedenen Nutzer im Rahmen der jeweiligen Zugriffsrechte auf der DEMIS-Plattform abrufbar sein. Dazu sollen Werkzeuge entwickelt werden, die die grafische Aufbereitung der Daten unterstützen. Ebenso sollen die Daten aus der molekularen Surveillance besser eingebunden werden. Durch die zielgruppengerechte Bereitstellung der Daten sollen sie besser für die Gesundheitsberichterstattung, Planung von Präventionsmaßnahmen und infektionsepidemiologische Analysen genutzt werden können. Die (Fach-)Öffentlichkeit wird transparent über die epidemiologische Lage in Deutschland informiert. Zudem sollen über DEMIS Signalerkennungsalgorithmen zur Verfügung gestellt werden. Die automatisierten Signalerkennungsalgorithmen unterstützen die Erkennung von Ausbrüchen. Damit sollen Ausbruchsgeschehen schneller identifiziert und besser bewältigt werden.

Die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung von DEMIS erfordert die enge Zusammenarbeit mit zahlreichen Akteuren des Meldesystems gemäß IfSG sowie zahlreichen anderen Partnern, unterliegt daher aber auch zahlreichen externen Einflüssen. Das DEMIS-Projekt-Team wird in diesem Rahmen im [Epidemiologischen Bulletin](#) regelmäßig über den aktuellen Entwicklungsstand informieren.

---

■ Michaela Diercke  
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie |  
FG 32 Surveillance  
Korrespondenz: [demis@rki.de](mailto:demis@rki.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:  
Diercke M: Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) – Entwicklungsschritte.  
Epid Bull 2018;25:227–228 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-031

## Ausschreibung des Konsiliarlabors für Bordetellen

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Fortentwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut (RKI) zusätzliche ausgewiesene Fachexpertise und labordiagnostische Erfahrung erforderlich, die durch Nationale Referenzzentren (NRZ) und Konsiliarlabore (KL) erbracht werden.

Es wird die Leitung des KL für Bordetellen ausgeschrieben. Als KL kommt ein Labor infrage, das eine relevante Auswahl der nachfolgend aufgeführten allgemeinen (soweit zutreffend) und speziellen Aufgaben erfüllt.

### Allgemeiner Aufgabenkatalog für KL

1. Beratungstätigkeit, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie von Laboratorien, niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Forschungsinstituten;
2. Arbeiten im Rahmen der Qualitätssicherung: Teilnahme an Studien und Ringversuchen, z. B. in Zusammenarbeit mit INSTAND, WHO, EU, Fachgesellschaften sowie Teilnahme an Weiterbildungen;
3. Überregionales Angebot spezifischer Laborleistungen, insbesondere in Ausbruchssituationen und umgehende Mitteilung der Ergebnisse aus Ausbruchsuntersuchungen in anonymisierter Form an das RKI;
4. Weiter- oder Neuentwicklung diagnostischer Verfahren;
5. Mitwirkung bei der epidemiologischen Bewertung der Situation durch das RKI;
6. Durchführung von Studien innerhalb eines Netzwerkes diagnostischer Einrichtungen;
7. Beratung des RKI und Mitwirkung bei der Erarbeitung wissenschaftlicher Materialien (z. B. Falldefinitionen, Ratgeber für Ärzte).

### Spezielle Aufgaben des KL für Bordetellen

- Nachweis von *Bordetella (B.) pertussis*, *B. parapertussis* sowie weiteren *Bordetella* spp. durch kulturelle Anzucht, PCR sowie IgG- und IgA-Pertussistoxin-Antikörpernachweis mittels ELISA zur Bestätigung im Rahmen von Ausbruchsgeschehen;
- Molekulare Bordetellen-Typisierung im Rahmen von Ausbruchsgeschehen;
- Unterstützung von Primärlaboratorien bei diagnostisch schwierigen Fällen;
- Beratung zu Nachweisverfahren sowie zur Identifizierung und zur Differenzierung;
- Beratung zur serologischen und PCR-Diagnostik und zur Interpretation von Befunden;
- Beratung in Ausbruchssituationen.

### Weiteres Vorgehen

Das KL für Bordetellen soll zum nächstmöglichen Zeitpunkt seine Tätigkeit aufnehmen. Die NRZ und KL werden in der Regel für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Das KL für Bordetellen soll vorerst bis zum 31. Dezember 2022 berufen werden. Danach wird im Rahmen einer Evaluation über die weitere Berufung entschieden. Das Vorgehen bei Neubesetzungen von KL ist im Internet unter [www.rki.de/nrz-kl](http://www.rki.de/nrz-kl) veröffentlicht.

Die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgt durch Bewilligung von Zuwendungen auf der Grundlage des Bundeshaushaltsrechtes und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel. Zurzeit ist eine Förderung des KL für Bordetellen in Höhe von 16.000 Euro/Jahr vorgesehen. Die Förderung setzt eine Eigenbeteiligung des Labors voraus.

Interessierte, leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum

**12. August 2018**

(Datum des E-Mail-Eingangs im RKI) ein Konzept für das KL einzureichen. Das Konzept sollte in seiner Gliederung entsprechend den oben aufgeführten speziellen und allgemeinen Aufgaben aufgebaut sein und einen vorläufigen Finanzplan enthalten, der Auskunft darüber gibt, wie die zur Verfügung stehenden Mittel verwendet und welche Eigenanteile eingesetzt werden sollen.

Den Bewerbungsunterlagen sollten der Lebenslauf des/der Antragsstellers/in sowie eine Publikationsliste mit den für die Arbeit des KL relevanten Publikationen beigelegt sein. Die Angebote müssen in deutscher Sprache in Form eines Antrags schriftlich und rechtsverbindlich unterschrieben per E-Mail gesandt werden an:

[NRZ-KL-Koordination@rki.de](mailto:NRZ-KL-Koordination@rki.de)

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an Dr. Astrid Milde-Busch (Tel. +49(0) 30 18754-3312 oder unter oben genannter E-Mail-Adresse).

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

22. Woche 2018 (Datenstand: 20. Juni 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	78	2.007	1.948	3	80	66	18	385	314	0	27	11
Bayern	136	2.667	2.515	6	97	113	32	587	561	2	24	26
Berlin	50	903	825	2	45	51	8	144	175	1	46	19
Brandenburg	48	622	592	1	20	20	9	142	157	0	3	6
Bremen	8	152	148	1	9	5	0	18	25	0	1	2
Hamburg	36	575	521	1	16	23	6	123	118	1	20	20
Hessen	66	1.465	1.311	1	21	17	12	257	237	2	26	10
Mecklenburg-Vorpommern	38	552	501	0	10	22	5	140	149	0	1	0
Niedersachsen	122	1.796	1.590	2	71	91	18	440	425	1	7	1
Nordrhein-Westfalen	251	5.427	6.474	7	98	115	40	872	916	1	13	17
Rheinland-Pfalz	66	1.227	1.227	4	41	47	18	255	215	0	9	8
Saarland	13	381	404	1	5	1	2	33	36	0	1	0
Sachsen	115	1.747	1.504	6	84	66	24	313	313	1	18	9
Sachsen-Anhalt	31	510	469	0	41	40	12	184	182	1	1	4
Schleswig-Holstein	64	714	657	2	26	32	6	117	150	0	0	1
Thüringen	47	724	634	1	31	30	21	225	187	0	3	5
<b>Deutschland</b>	<b>1.169</b>	<b>21.471</b>	<b>21.324</b>	<b>38</b>	<b>695</b>	<b>740</b>	<b>231</b>	<b>4.235</b>	<b>4.161</b>	<b>10</b>	<b>200</b>	<b>139</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	1	48	38	34	2.704	4.030	20	574	1.902	4	123	151	1	12	16
Bayern	6	113	138	63	5.358	5.178	46	1.059	3.714	6	260	247	0	27	42
Berlin	4	44	36	20	2.076	1.997	20	816	1.676	9	184	185	2	35	54
Brandenburg	3	52	45	20	1.784	1.713	37	849	2.388	3	33	58	4	16	28
Bremen	0	0	9	1	301	115	1	72	187	0	13	11	0	2	1
Hamburg	0	11	17	14	970	797	17	564	1.170	4	76	59	2	27	22
Hessen	7	79	60	22	2.047	2.107	13	506	1.681	3	83	85	0	27	35
Mecklenburg-Vorpommern	1	32	22	12	2.012	1.545	54	728	1.556	1	33	41	2	29	40
Niedersachsen	4	86	93	35	3.552	2.764	38	809	2.306	3	55	82	1	31	36
Nordrhein-Westfalen	6	183	189	96	8.402	10.675	71	1.796	4.360	4	185	233	4	70	67
Rheinland-Pfalz	2	51	38	32	2.254	3.309	18	358	967	3	51	56	0	7	8
Saarland	0	11	4	3	551	1.023	2	76	338	1	8	8	1	4	2
Sachsen	9	180	142	97	3.865	3.625	126	3.805	3.638	6	107	119	3	33	34
Sachsen-Anhalt	6	59	71	37	2.316	2.169	77	1.146	1.736	0	35	49	0	30	40
Schleswig-Holstein	1	21	23	26	1.417	1.006	28	464	888	3	35	33	0	2	10
Thüringen	3	92	96	39	2.249	2.074	73	2.154	2.079	1	30	22	0	34	9
<b>Deutschland</b>	<b>53</b>	<b>1.062</b>	<b>1.021</b>	<b>551</b>	<b>41.866</b>	<b>44.133</b>	<b>641</b>	<b>15.777</b>	<b>30.596</b>	<b>51</b>	<b>1.311</b>	<b>1.439</b>	<b>20</b>	<b>386</b>	<b>444</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 sind und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)), **2. Kumulativwerte im laufenden Meldejahr**, **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

22. Woche 2018 (Datenstand: 20. Juni 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
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	1	39	30	11	315	197	17	365	272	0	21	20	6	294	320
Bayern	2	42	51	13	565	365	9	450	417	0	20	24	13	326	373
Berlin	1	25	96	8	83	60	10	132	115	0	10	6	13	180	185
Brandenburg	0	13	13	2	35	41	1	41	24	0	8	5	2	77	61
Bremen	0	2	3	2	8	3	0	16	0	0	0	2	1	20	22
Hamburg	0	10	19	2	21	26	8	58	55	0	8	1	0	76	99
Hessen	1	31	49	8	183	140	7	230	149	0	10	11	10	284	256
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	4	0	13	16	0	15	20	0	4	2	0	36	44
Niedersachsen	2	28	32	6	65	38	5	169	132	0	11	14	17	162	140
Nordrhein-Westfalen	7	148	101	7	254	139	11	535	354	0	43	19	15	515	536
Rheinland-Pfalz	0	17	15	8	122	73	7	108	89	0	9	12	1	97	121
Saarland	0	5	7	0	7	10	0	9	12	0	2	2	0	24	21
Sachsen	0	7	18	1	77	145	0	69	79	0	10	6	1	63	100
Sachsen-Anhalt	0	6	11	0	25	21	1	35	26	0	5	3	7	63	66
Schleswig-Holstein	0	4	11	5	46	54	9	100	101	0	9	7	3	60	66
Thüringen	0	6	4	1	8	2	1	32	21	0	3	3	2	44	56
<b>Deutschland</b>	<b>14</b>	<b>390</b>	<b>464</b>	<b>74</b>	<b>1.827</b>	<b>1.331</b>	<b>86</b>	<b>2.364</b>	<b>1.866</b>	<b>0</b>	<b>173</b>	<b>137</b>	<b>91</b>	<b>2.322</b>	<b>2.466</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	3	54	40	0	28	24	0	0	0	4	370	663	46	1.911	1.748
Bayern	4	39	34	2	73	79	0	1	0	26	1.417	1.567	25	2.165	3.154
Berlin	1	19	41	2	7	17	0	0	0	4	192	387	18	666	953
Brandenburg	1	11	1	0	2	8	0	0	0	8	281	429	4	193	345
Bremen	0	0	1	1	3	2	0	0	0	1	21	49	8	148	272
Hamburg	2	9	7	1	4	9	0	0	0	4	181	283	2	199	212
Hessen	1	19	70	0	16	52	0	0	0	11	435	446	13	499	576
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	3	6	0	0	0	0	152	297	1	74	92
Niedersachsen	0	3	4	0	18	30	0	0	1	14	343	412	21	717	751
Nordrhein-Westfalen	9	129	464	0	48	80	1	4	4	24	893	1.444	52	1.732	2.287
Rheinland-Pfalz	0	6	12	2	14	15	0	0	1	8	264	349	12	310	348
Saarland	0	0	2	0	3	2	0	0	0	3	81	66	3	47	44
Sachsen	0	4	69	1	3	8	0	0	1	17	373	374	20	962	853
Sachsen-Anhalt	0	3	3	0	0	7	0	0	0	18	534	238	8	159	223
Schleswig-Holstein	0	2	5	1	12	11	0	1	0	5	218	183	9	345	408
Thüringen	0	1	5	0	1	3	0	0	5	17	447	368	3	210	241
<b>Deutschland</b>	<b>21</b>	<b>299</b>	<b>758</b>	<b>10</b>	<b>235</b>	<b>353</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>164</b>	<b>6.204</b>	<b>7.556</b>	<b>245</b>	<b>10.339</b>	<b>12.509</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**

22. Woche 2018 (Datenstand: 20. Juni 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	22. Woche	1.–22. Woche	1.–22. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	14	291	249	717
Brucellose	0	12	15	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	9	13	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	41	1.239	1.337	2.806
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	40	72
Denguefieber	8	218	274	635
FSME	11	53	51	485
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	4	19	35	97
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	15	481	405	811
Hantavirus-Erkrankung	2	66	781	1.731
Hepatitis D	0	20	10	36
Hepatitis E	71	1.421	1.088	2.946
Influenza	37	270.275	93.802	95.976
Legionellose	25	411	315	1.282
Leptospirose	0	42	32	128
Listeriose	7	212	268	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	41	1.022	1.293	2.799
Ornithose	0	3	8	11
Paratyphus	0	4	17	44
Q-Fieber	1	38	42	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	8	8	52
Typhus abdominalis	1	29	42	78

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 21.–24. Kalenderwoche (KW) 2018****Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage**

Mit dem Influenza-Wochenbericht der 20. KW endete die wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2017/2018. 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 21. bis zur 24. KW 2018 bundesweit stabil geblieben, die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind im Berichtszeitraum insgesamt stabil geblieben und befinden sich auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Die Grippewelle in Deutschland der Saison 2017/2018 begann in der 52. KW 2017, erreichte während der 8. bis 10. KW 2018 ihren Höhepunkt und endete nach Definition der AGI in der 14. KW 2018. Sie hielt 15 Wochen an.

**Internationale Situation****Charakterisierung der Influenzaviren in Europa (ECDC)**

Der aktuelle Bericht des ECDC zur Charakterisierung der Influenzaviren (4.6.2018) ist abrufbar unter: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterisation-march-2018>

**Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 317 vom 11.6.2018)**

Die Ergebnisse im Update der WHO beruhen auf Daten bis zum 27.5.2018. Länder der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre: In den meisten Ländern lag die Influenza-Aktivität auf einem für diese Jahreszeit üblichen, niedrigen Niveau im Bereich der Hintergrund-Aktivität ([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:

[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: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 21.–24. 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)

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

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

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

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

**Das Epidemiologische Bulletin**

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

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

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

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

**Nachdruck**

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

**ISSN (Online) 2569-5266**