



Epidemiologisches Bulletin

23. Januar 2012 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

HIV bei Migranten in Deutschland

Erhobene Daten zur Migration im HIV-Meldesystem

Im HIV-Meldewesen werden Herkunfts- und das vermutete Infektionsland erfragt, da aus datenschutzrechtlichen Gründen weder Geburtsland noch Staatsangehörigkeit abgefragt werden dürfen. Als **Herkunftsland** ist das Land definiert, in dem eine Person den größten Teil ihres Lebens verbracht hat, und als **Infektionsland** wird das Land bezeichnet, in dem vermutlich die HIV-Infektion erworben wurde. In die hier vorgestellten Auswertungen gingen alle Personen ein, bei denen als Herkunftsland ein anderes Land als Deutschland angegeben wurde. In den folgenden Darstellungen wurde nicht das üblicherweise in Veröffentlichungen zur Epidemiologie von HIV in Deutschland gebrauchte Infektionsrisiko „HPL (Hochprävalenzland)“ verwendet. Der Grund dafür ist, dass sich alle anderen potenziellen Übertragungswege auf ein Verhalten beziehen und dass die Herkunft eines Menschen an sich kein Infektionsrisiko darstellt. Da in den sog. Hochprävalenzländern die heterosexuelle Übertragung das bei Weitem überwiegende Übertragungsrisiko darstellt, wurden Menschen aus HPL in der Kategorie „heterosexuelles Übertragungsrisiko“ eingeschlossen, es sei denn, es wurde als Infektionsrisiko gleichgeschlechtlicher Sex unter Männern oder intravenöser Drogengebrauch vermerkt.

Anzahl von HIV-Erstdiagnosen in Deutschland bei Menschen mit Angabe eines anderen Herkunftslandes als Deutschland im Jahr 2010

Von den im Jahr 2010 gemeldeten Erstdiagnosen lagen bei 2.508 Meldungen (85,3%) die Angaben zum Herkunftsland vor. Unter den gemeldeten Erstdiagnosen mit Herkunftsangabe wurde bei 72,2% (n=1.811) Deutschland und in

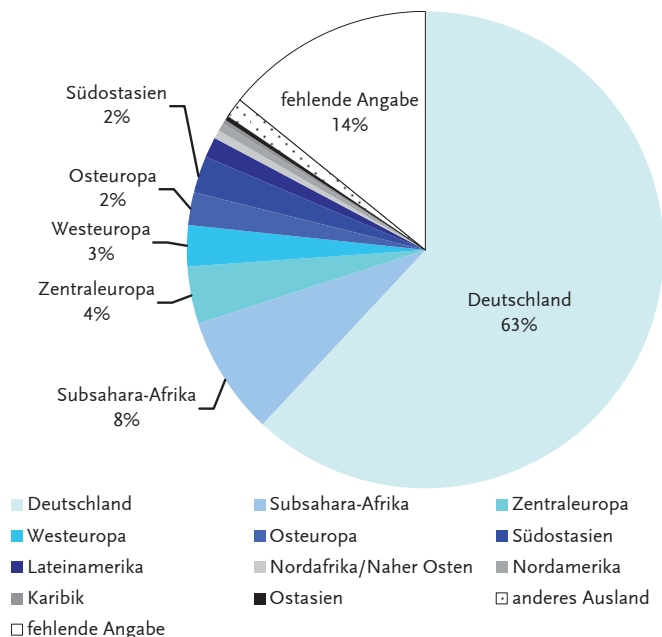


Abb. 1: Alle HIV-Erstmeldungen im Jahr 2010 nach Herkunftsregion, IfSG-Meldedaten

Diese Woche

3/2012

HIV-Infektionen/AIDS

HIV bei Migranten in Deutschland

Nationale Referenzzentren/ Konsiliarlaboratorien

Ausschreibung eines Nationalen Referenzentrums für Retroviren

Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen

- ▶ 22. Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress
- ▶ Ein Jahr Hygienegesetz – Fortbildungsveranstaltung in Essen
- ▶ Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
52. Woche 2011

ARE/Influenza

Zur Situation in der
2. Woche 2012



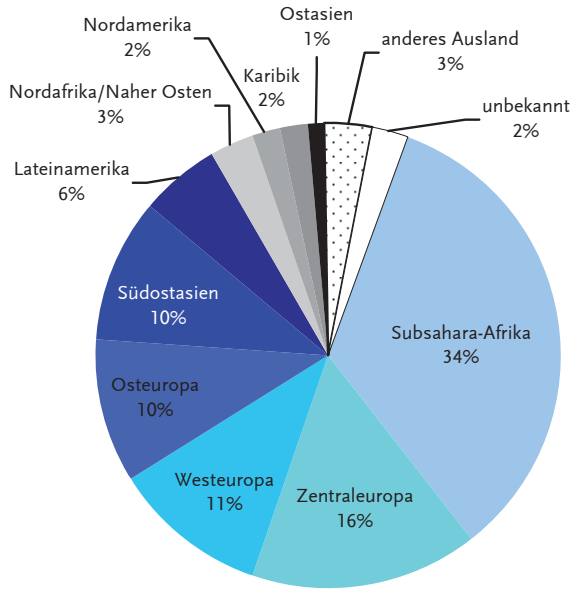


Abb. 2: Herkunftsregion von HIV-Erstdiagnosen im Jahr 2010, bei denen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde (n=697), IfSG-Meldedaten

27,8% (n=697) der Fälle ein anderes Herkunftsland angegeben (s. auch Abb. 1, S. 19).

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die **HIV-Erstdiagnosen**, bei denen ein **anderes Herkunftsland als Deutschland** vermerkt wurde. Der größte Teil dieser Personen kam mit 34% (n=236) aus Subsahara-Afrika, gefolgt von Zentraleuropa mit 16% (n=110), Westeuropa mit 11% (n=77) sowie Osteuropa und Südostasien mit jeweils 10% (n=69, s. Abb. 2). In Tabelle 1 sind die Herkunftsländer aufgelistet, die im Jahr 2010 mehr als 20-mal angegeben wurden.

Unter den 697 Personen, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben haben, lagen bei 86% (n=622) Angaben zum **Infektionsrisiko** vor. Bei den Männern dominierte als Übertragungsweg Sex mit Männern (MSM), bei den Frauen heterosexuelle Kontakte (Hetero, s. Abb. 3). Unter den Frauen mit heterosexuellem Infektionsrisiko wurde bei 66,3% (n=132) Subsahara-Afrika als Her-

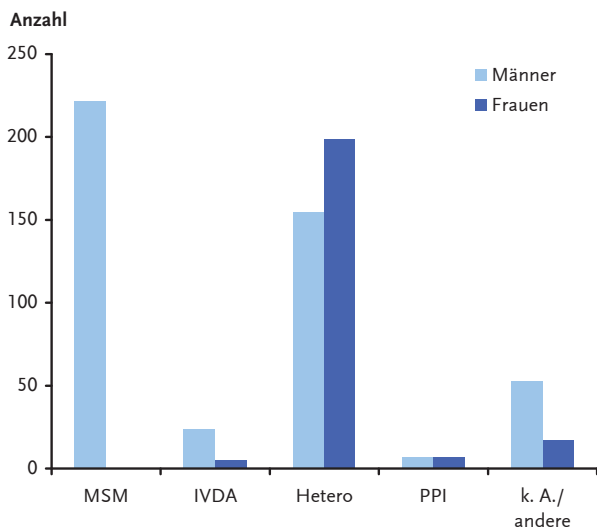


Abb. 3: Infektionsrisiko im Jahr 2010 bei Personen mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland (n=622), IfSG-Meldedaten
PPI=prä-/peripartale Infektionen

Herkunftsregion		Häufigkeit	Prozent	Länderaufschlüsselung (> 20 Personen)
Europa	Westeuropa	77	11%	Russland (n=36) Türkei (n=31) Italien (n=31) Polen (n=28) Rumänien (n=24)
	Zentraleuropa	110	15,8%	
	Osteuropa	69	9,9%	
Amerika	Nordamerika	15	2,2%	Brasilien (n=24)
	Karibik	13	1,9%	
	Lateinamerika	40	5,7%	
Asien	Ostasien	8	1,1%	Thailand (n=28)
	Südostasien	69	9,9%	
Afrika	Subsahara-Afrika	236	33,9%	Elfenbeinküste (n=48) Nigeria (n=35) Ghana (n=26)
	Nordafrika/Naher Osten	20	2,9%	
Ausland ohne spezifische Angabe		23	3,3%	
Herkunft unbekannt		17	2,4%	
Gesamt		697	100%	

Tab. 1: Angabe der Länder, die im Jahr 2010 bei mehr als 20 HIV-Erstdiagnosen als Herkunftsland angegeben wurden (n=697), IfSG-Meldedaten

kunftsregion vermerkt. Unter den MSM, die aus anderen Herkunftsländern als Deutschland stammen (n=217), wurden am häufigsten Zentral- und Westeuropa als Herkunftsregion angegeben (26% bzw. 24%, s. Abb. 4).

Bei den auf **heterosexuellem** Weg Infizierten (n=356) machten Personen, bei denen als Herkunftsregion Subsahara-Afrika vermerkt wurde, bei Weitem den größten Anteil aus (63%), gefolgt von Zentraleuropa (9%, s. Abb. 5). Unter Erstdiagnosen, bei denen **intravenöser Drogengebrauch** (IVDA) als wahrscheinlicher Infektionsweg angegeben wurde (n=29), wurden bei 17 Personen Osteuropa und bei 8 Personen Zentraleuropa als Herkunftsregion angegeben (s. Abb. 6).

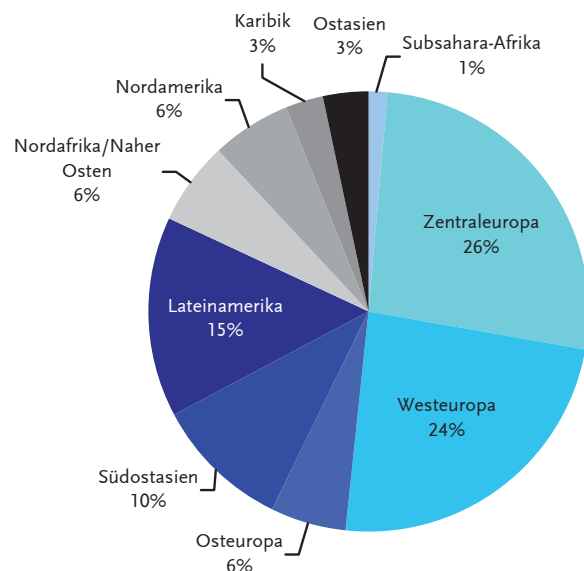


Abb. 4: Herkunftsregion bei Erstdiagnosen unter MSM im Jahr 2010, für die ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde (n=217), IfSG-Meldedaten

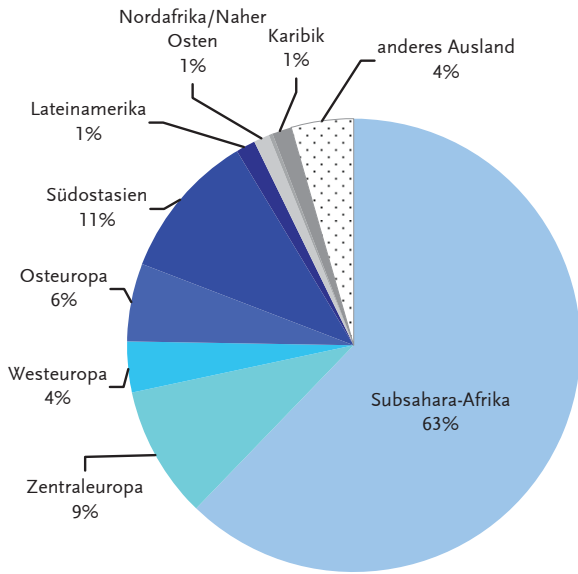


Abb. 5: Herkunftsregion bei Erstdiagnosen unter Personen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko im Jahr 2010, für die ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde (n=356), IfSG-Meldedaten

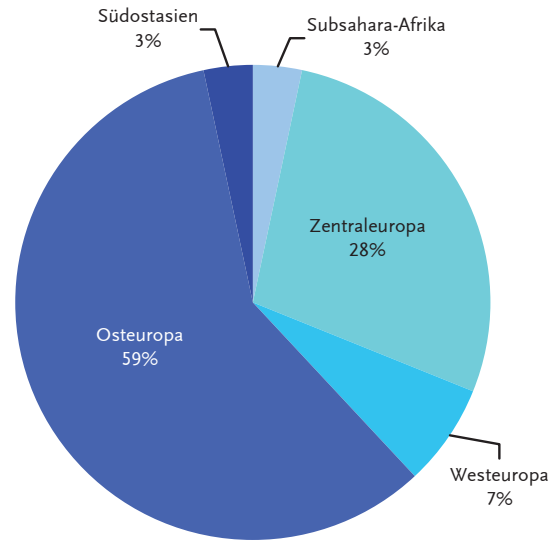


Abb. 6: Herkunftsregion bei Erstdiagnosen unter i.v. Drogengebern im Jahr 2010, für die ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde (n=29), IfSG-Meldedaten

Bei ca. 90% der gemeldeten HIV-Diagnosen mit nichtdeutscher Herkunft lag eine **Angabe zum Infektionsland** vor. Insgesamt betrug der Anteil der Personen, die sich vermutlich in Deutschland infiziert haben, ca. 44%. Allerdings gab es hier große geschlechterspezifische Unterschiede: Bei Männern lag der Anteil der Personen, bei denen Deutschland als vermutetes Infektionsland angegeben wurde, bei 221 (52%, s. Abb. 7a), während er bei Frauen nur 57

(27,5%, s. Abb. 7b) betrug. Erwähnenswert ist, dass bei Personen mit Herkunftsregion Subsahara-Afrika bei ca. einem Drittel der Männer und einem Viertel der Frauen angegeben wurde, dass die HIV-Infektion in Deutschland stattgefunden hatte.

Bericht aus dem FG 34, HIV/AIDS u.a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Claudia Santos-Hövenner (E-Mail: Santos-HoevernerC@rki.de).

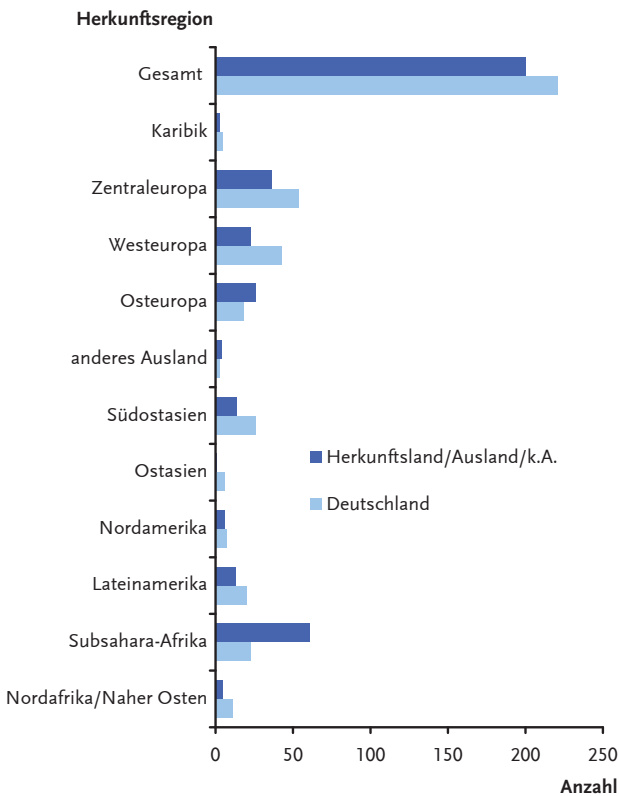


Abb. 7a: Infektionsregion bei Männern im Jahr 2010, bei denen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde, nach Herkunftsregion, IfSG-Meldedaten

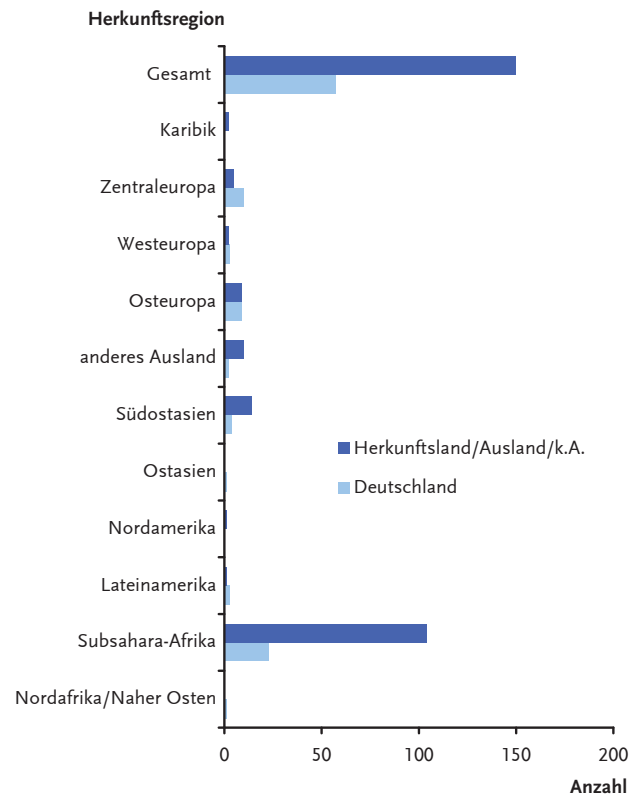


Abb. 7b: Infektionsregion bei Frauen im Jahr 2010, bei denen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde, nach Herkunftsregion, IfSG-Meldedaten

Ausschreibung eines Nationalen Referenzzentrums für Retroviren

Zum weiteren Ausbau infektionsepidemiologischer Netzwerke und zur Fortentwicklung effektiver Präventions- und Bekämpfungsstrategien bei Infektionskrankheiten sind für das Robert Koch-Institut zusätzliche Fachexpertisen erforderlich, die u. a. durch Nationale Referenzzentren (NRZ) erbracht werden.

Es ist beabsichtigt, ein **NRZ für Retroviren** auszuschreiben, das voraussichtlich ab **Oktober 2012** seine Tätigkeit aufnehmen soll.

Interessierte, leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum **26. März 2012** ein Konzept für dieses NRZ einzureichen. Das Konzept sollte in seiner Gliederung entsprechend dem Aufgabenkatalog für NRZ aufgebaut sein.

Das NRZ soll nachfolgend aufgeführte spezielle Aufgaben übernehmen:

- ▶ serologische Diagnostik für humane Immundefizienzviren (HIV-1/2) und humane T-Zell-Leukämieviren HTLV-1/2;
- ▶ quantitative Bestimmung der Viruslast für HIV-1, HIV-2 und HTLV;
- ▶ genotypische und phänotypische Resistenztestung von HIV-1 und HIV-2;
- ▶ Isolierung von HIV und HTLV (Viruszüchtung und Subtypisierung);
- ▶ HIV-1 Korezeptor-Tropismus-Bestimmung;
- ▶ Erregernachweis und Typisierung für epidemiologische Fragestellungen und zur Aufklärung von Infektionsketten;
- ▶ Infektionstestungen von Neugeborenen infizierter Mütter;
- ▶ Organisation und Durchführung von Schulungen und Ringversuchen zur HTLV-Diagnostik und zur HIV-1-Resistenztestung und anderen speziellen retrovirologischen diagnostischen Methoden;
- ▶ Vorhalten einer Stammsammlung von Isolaten, die sowohl konventionelle Laborstämme von HIV und HTLV als auch Isolate aus Patientenmaterial (z. B. HIV-1-non-B-Subtypen) umfasst;
- ▶ quantitative HIV-Viruslast-Messung mittels mehrerer Methoden für Fragen der HIV-Übertragung im Bereich der Blutspende (Mindestanforderung an einsetzbare Methoden: *Dual target assays*);

- ▶ Beratung zu Fragen der Diagnostik und Epidemiologie von Immundefizienzviren und T-Zell-Leukämieviren sowie zu Fragen der AIDS-Pathogenese und -Therapie.

Über die aufgeführten speziellen Aufgaben hinaus wird für **alle ausgeschriebenen NRZ**, soweit zutreffend, der allgemeine Aufgabenkatalog für NRZ zugrunde gelegt:

Allgemeiner Aufgabenkatalog für NRZ:

1. Entwicklung bzw. Verbesserung diagnostischer Verfahren, Koordination bei der Standardisierung und Verbreitung allgemein gültiger Testverfahren. Initiierung von Untersuchungen zur Qualitätssicherung
2. Über die Routine hinausreichende Diagnostik und Feintypisierung von Erregern einschließlich molekularbiologischer Untersuchungen zur Aufklärung epidemiologischer Zusammenhänge
3. Führen einer Stammsammlung und Abgabe von Referenzstämmen bzw. von diagnostikspezifischen Referenzpräparaten, mit Ausnahme von ATCC (*American Type Culture Collection*)- und DSMZ (Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen)-Stämmen
4. Aufbau und koordinierende Pflege eines Netzwerkes diagnostischer Einrichtungen
5. Beratungstätigkeit für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Laboratorien, niedergelassene Ärzte, Kliniken und Forschungsinstitute, Durchführung von Weiterbildungen und Öffentlichkeitsarbeit
6. Zusammenarbeit mit Referenzlaboratorien anderer Länder sowie den Kollaborationszentren der WHO einschließlich der Teilnahme an internationalen Ringversuchen
7. In Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut Auswertung und Interpretation der Daten mit dem Ziel, die epidemiologische Situation möglichst repräsentativ für Deutschland zu beschreiben, Initiierung von und Mitarbeit bei Surveillance-Projekten
8. Überwachung der eingehenden Daten mit dem Ziel der zeitnahen Aufdeckung von Ausbrüchen oder Ausbruchsgefahren sowie umgehende Mitteilung an das Robert Koch-Institut. Unterstützung des ÖGD und des Robert Koch-Institutes bei ergänzenden Untersuchungen im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen
9. Epidemiologische Analyse und Bewertung der Resistenz- und Virulenzentwicklung
10. Regelmäßige Berichterstattung sowie Beratung des Robert Koch-Institutes zu den entsprechenden Sachfragen und Mitwirkung bei der Erarbeitung von Empfehlungen des Robert Koch-Institutes für Diagnostik, Therapie und Prävention sowie allgemein in der angewandten Infektionsepidemiologie

Die NRZ werden in der Regel für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Danach wird im Rahmen einer Evaluation über die weitere Berufung entschieden. Die gegenwärtige

Berufungsperiode der NRZ erstreckt sich auf den Zeitraum bis zum 31.12.2013.

Die finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt durch Bewilligung von Zuwendungen auf der Grundlage des Bundeshaushaltsrechtes und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

Die Förderung setzt eine Eigenbeteiligung des NRZ voraus. Das Procedere für Neubesetzungen von NRZ ist im Internet unter www.rki.de (Infektionsschutz > Nationale Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien) veröffentlicht.

Den Bewerbungsunterlagen sollten der Lebenslauf sowie eine Publikationsliste mit den für die Arbeit dieses NRZ relevanten Publikationen beigelegt sein.

Die Angebote müssen in deutscher Sprache in Form eines Antrags schriftlich in zweifacher Ausfertigung und rechtsverbindlich unterschrieben im verschlossenen Umschlag bis zum

26. März 2012

an das Robert Koch-Institut, Abteilung 3, Frau Dr. Laude, DGZ-Ring 1, 13086 Berlin, abgesandt sein (Datum des Poststempels). Weiterhin wird um Übersendung der Datei per E-Mail an laudeg@rki.de gebeten.

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Robert Koch-Institut unter der o. g. Anschrift (Tel. 030.18754-3312 oder Fax 030.18754-3533).

Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen

22. Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

Termin: 15. und 16. März 2012

Veranstaltungsort: Konzerthaus Freiburg, Konrad-Adenauer-Platz 1, 79098 Freiburg

Veranstalter: Deutsches Beratungszentrum für Hygiene (BZH GmbH), Freiburg

Themen: MRSA, HUS, allgemeine infektionspräventive Maßnahmen, Intensivmedizin und Krankenhaushygiene, Versorgung chronischer Wunden und ESBL

Wissenschaftliche Leitung: Dipl.-Volkswirt Dr. med. Wolfgang Gärtner, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene

Hinweise: Die Teilnahme ist gebührenpflichtig. Bei der Veranstaltung können 13 Punkte für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Baden-Württemberg erworben werden. Anmeldeschluss ist der 6. März 2012.

Anmeldung und Information:

Susanne Opitz, BZH GmbH – Deutsches Beratungszentrum für Hygiene
Schnewlinstr. 10, 79098 Freiburg
Tel.: 07 61. 20 26 78 – 0, Fax: 07 61. 20 26 78 – 28
E-Mail: opitz@bzh-freiburg.de
Internet: www.bzh-freiburg.de

Ein Jahr Hygienegesetz – Fortbildungsveranstaltung in Essen

Termin: 22. Februar 2012

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Hörsaal OZ II

Veranstalter: Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Essen

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Walter Popp

Themen: Das neue Hygienegesetz – wie es entstand und wie es weitergeht; Hygiene bei Punktionen und Injektionen; Antibiotikamanagement unter DART und ARS – erste Konsequenzen für die Praxis; Sepsis – eine ständige Herausforderung; nosokomiale Infektionen als Schaden in der Haftpflichtversicherung und Vermögensschadenversicherung

Anmeldung:

Tel.: 0201. 723-3822; Fax: 0201. 723-5664
E-Mail: krankenhaushygiene@uk-essen.de
Internet: www.uk-essen.de/krankenhaushygiene

Hinweise: Die Veranstaltung ist kostenfrei. Bei der Ärztekammer Nordrhein sind Fortbildungspunkte beantragt.

Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise, GBE kompakt 7/2011
GBE kompakt – Online-Publikationsreihe (www.rki.de/gbe-kompakt)

Psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für individuelle Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Hierdurch trägt sie entscheidend zum menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Erfolg einer Gesellschaft bei. Entsprechend ist die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung eine wichtige gesundheitspolitische Priorität.

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sind weit verbreitet und haben erhebliche individuelle und gesellschaftliche Folgen. Depressionen gehören dabei zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen. Sie sind weltweit eine Hauptursache für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen im Alltag und haben in westlichen Ländern den drittgrößten Anteil an der gesamten Krankheitslast.

Psychische und körperliche Gesundheit sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. So ist zum Beispiel der wechselseitige Zusammenhang zwischen Depression und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie kardiometabolischen Risikofaktoren, wie Diabetes und Adipositas, gut belegt. Dieser Zusammenhang kann wahrscheinlich zum Teil durch das Gesundheitsverhalten erklärt werden. Eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität sind wichtige Schutzfaktoren nicht nur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren, sondern auch für die psychische Gesundheit. Umgekehrt gehen psychische Erkrankungen häufig mit Rauchen, körperlicher Inaktivität und ungesunder Ernährung einher.

In Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensweise und Gesundheit wird zunehmend der kombinierte Einfluss mehrerer Lebensstilfaktoren, wie Ernährung, Rauchen, körperliche Aktivität und Übergewicht, untersucht. Dabei zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Anzahl individueller Lebensstilfaktoren und einer Vielzahl chronischer Erkrankungen. Der Zusammenhang zwischen einer gesunden Lebensweise mit einer Kombination von gesunden Lebensstilfaktoren und psychischer Gesundheit ist hingegen bislang nur wenig untersucht worden.

GBE kompakt 7/2011 ist am 7.11.2011 erschienen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2011 (Datenstand: 18.1.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	60	6.430	6.152	2	295	73	5	394	262	9	2.354	2.645	1	84	84
Bayern	61	7.821	6.451	3	464	183	10	1.027	716	26	3.346	3.570	0	127	124
Berlin	24	3.314	3.011	1	113	31	2	591	290	10	899	844	1	114	120
Brandenburg	16	2.434	2.054	0	66	18	1	368	296	10	834	822	0	8	13
Bremen	4	452	449	0	48	5	0	9	20	2	140	125	0	10	12
Hamburg	11	2.253	2.041	0	571	25	2	167	42	5	440	405	0	46	38
Hessen	34	4.445	4.561	0	149	15	2	178	93	10	1.493	1.667	0	62	78
Mecklenburg-Vorpommern	18	2.591	2.023	0	173	7	8	585	296	18	836	717	0	2	7
Niedersachsen	33	5.826	5.838	2	818	150	11	757	586	16	2.276	2.401	0	17	24
Nordrhein-Westfalen	109	17.409	16.779	5	750	177	10	1.499	956	62	5.316	5.343	0	79	91
Rheinland-Pfalz	38	4.047	3.575	0	148	85	5	248	218	7	1.287	1.465	0	45	49
Saarland	13	1.213	1.263	0	17	9	0	54	26	2	269	326	0	4	5
Sachsen	46	6.165	5.638	1	177	75	13	1.029	736	24	1.757	1.954	0	42	54
Sachsen-Anhalt	21	1.887	1.502	1	77	23	6	666	498	12	1.310	1.172	0	14	11
Schleswig-Holstein	8	2.814	2.608	0	933	24	0	128	72	5	713	593	2	11	6
Thüringen	17	2.025	1.795	2	104	18	3	571	740	17	1.184	1.260	0	13	15
Deutschland	513	71.126	65.740	17	4.903	918	78	8.271	5.847	235	24.454	25.309	4	678	731

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	0	180	127	219	8.847	11.459	42	4.178	4.183	4	590	526	0	52	41
Bayern	4	416	378	470	13.682	19.784	32	6.458	7.008	12	769	697	1	65	69
Berlin	1	78	81	138	4.123	4.271	18	1.477	2.309	1	424	395	1	102	81
Brandenburg	0	109	119	178	5.743	5.756	43	3.011	3.398	1	85	79	0	26	34
Bremen	2	17	22	8	587	887	2	292	355	1	21	26	0	10	9
Hamburg	0	87	65	109	3.377	2.714	4	1.262	1.303	0	151	123	0	20	18
Hessen	3	197	211	128	5.096	7.095	21	2.429	2.435	1	338	290	3	83	74
Mecklenburg-Vorpommern	0	66	71	125	4.846	5.554	8	3.182	2.242	0	184	129	0	85	45
Niedersachsen	4	303	296	264	8.972	12.703	25	3.892	4.823	5	189	192	2	92	130
Nordrhein-Westfalen	7	652	751	573	22.198	27.674	75	8.502	9.129	10	778	723	3	170	188
Rheinland-Pfalz	2	227	211	136	5.540	7.169	16	1.868	2.746	5	193	203	0	46	39
Saarland	0	31	29	59	1.635	1.765	6	430	691	1	31	25	0	3	0
Sachsen	6	418	434	358	13.115	13.411	20	9.685	5.331	4	299	349	1	117	124
Sachsen-Anhalt	0	178	206	208	7.546	9.273	9	3.020	3.169	0	85	81	0	36	31
Schleswig-Holstein	0	126	96	58	3.813	3.403	10	1.412	1.470	1	61	85	0	8	8
Thüringen	5	302	272	181	6.548	7.594	7	3.233	3.458	1	46	70	0	23	43
Deutschland	34	3.387	3.369	3.212	115.668	140.512	338	54.331	54.050	47	4.244	3.993	11	938	934

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 in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **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. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2011 (Datenstand: 18.1.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	72	63	0	57	68	10	760	822
Bayern	0	74	117	0	122	113	8	1.108	1.179
Berlin	1	89	57	0	77	69	8	591	630
Brandenburg	0	26	19	0	15	20	1	72	75
Bremen	0	18	6	1	19	3	1	29	36
Hamburg	1	91	71	0	44	26	2	136	138
Hessen	0	37	75	0	75	72	2	341	344
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	7	0	7	17	0	39	52
Niedersachsen	1	118	62	0	50	30	4	313	322
Nordrhein-Westfalen	3	170	184	2	161	172	6	635	668
Rheinland-Pfalz	0	31	39	1	61	76	0	232	266
Saarland	0	11	21	0	16	12	2	67	94
Sachsen	2	26	8	0	52	28	1	278	275
Sachsen-Anhalt	1	20	18	1	19	28	4	135	123
Schleswig-Holstein	0	17	17	0	22	20	0	158	141
Thüringen	1	22	24	0	10	14	0	104	137
Deutschland	11	827	788	5	807	768	49	4.998	5.302

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	39	33	0	526	151	6	509	551
Bayern	1	50	59	0	435	219	6	662	693
Berlin	0	27	32	0	161	92	3	330	292
Brandenburg	0	12	9	0	27	15	0	69	101
Bremen	0	4	1	0	2	1	2	56	35
Hamburg	0	5	6	0	48	16	4	161	170
Hessen	0	25	23	0	122	28	5	435	416
Mecklenburg-Vorpommern	0	10	3	0	3	1	0	86	45
Niedersachsen	0	30	37	0	55	16	3	305	283
Nordrhein-Westfalen	4	84	101	0	102	185	8	1.062	1.052
Rheinland-Pfalz	1	29	17	0	29	26	0	180	186
Saarland	0	2	8	0	35	1	2	39	47
Sachsen	0	16	23	0	23	4	1	124	157
Sachsen-Anhalt	0	6	8	0	0	4	0	99	141
Schleswig-Holstein	0	14	9	0	28	20	0	62	97
Thüringen	0	15	17	0	13	1	0	69	94
Deutschland	7	368	386	0	1.609	780	40	4.248	4.360

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

52. Woche 2011 (Datenstand: 18.1.2012)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	52. Woche	1.–52. Woche	1.–52. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	19	667	489	489
Brucellose	0	24	22	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	117	128	128
Dengue-Fieber	2	283	595	595
FSME	2	406	260	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	877	65	65
Hantavirus-Erkrankung	10	291	2.017	2.017
Hepatitis D	0	16	10	10
Hepatitis E	5	229	221	221
Influenza	16	43.756	3.468	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	173	211	211
Legionellose	9	610	691	691
Leptospirose	0	51	70	70
Listeriose	3	335	390	390
Ornithose	0	16	25	25
Paratyphus	0	58	57	57
Q-Fieber	4	287	361	361
Trichinellose	0	3	3	3
Tularämie	0	17	31	31
Typhus abdominalis	1	57	71	71

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

- ▶ **Botulismus:** Baden-Württemberg, 64 Jahre, männlich (Lebensmittelbedingter Botulismus; 51. Meldewoche 2011, 9. Botulismus-Fall 2011)
- ▶ **Erreger anderer hämorrhagischer Fieber - Chikungunya:** Berlin, 72 Jahre, männlich (Infektionsland Indien) (13. Chikungunya-Fall 2011)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 2. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 2. KW 2012 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Der Wert des Praxisindex liegt in der 2. KW 2012 in der AGI-Region Sachsen im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität, in allen anderen AGI-Regionen und bundesweit im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation

▶ Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN (ECDC)

Für die 1. KW 2011 berichteten 26 von 27 Ländern von einer geringen Influenza-Aktivität. Malta berichtete über eine mittlere Influenza-Aktivität.

Weitere Informationen: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120113_SUR_Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.pdf.

▶ Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EuroFlu (WHO Europa)

Das EuroFlu-Netzwerk informiert zusätzlich über die Influenza-Aktivität in weiteren Ländern der WHO Euroregion (Nicht-EU-Länder Osteuropas, Israel und die Türkei). Aus diesen Ländern berichtete die Türkei für die 1. KW 2012 erstmals über mittlere Influenza-Aktivität und einen steigenden Trend.

Weitere Informationen: http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 2. Kalenderwoche 2012 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Lepra, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
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.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

▶ Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

▶ Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

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 allgemeiner 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). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abbruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273