



Epidemiologisches Bulletin

2. April 2012 / Nr. 13

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weltgesundheitstag 2012 „Altern und Gesundheit“

Der Weltgesundheitstag wird Jahr für Jahr auf der ganzen Welt am 7. April begangen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erinnert mit diesem Tag an ihre Gründung im Jahr 1948. Sie legt jährlich ein neues Gesundheitsthema von globaler Relevanz für den Weltgesundheitstag fest. Ziel ist es dabei, dieses aus der Sicht der WHO vorrangige Gesundheitsproblem ins Bewusstsein der Weltöffentlichkeit zu rücken. Mit der 1977 eingeleiteten „Gesundheit für alle“-Strategie der WHO rückten zunehmend Themen mit strategischer Bedeutung für die Entwicklung von nationalen Gesundheitssystemen, wie primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitskommunikation, Gesundheitsförderung, in den Blickpunkt.

Ausgehend von der Tatsache, dass sich im Laufe des vergangenen Jahrhunderts die Lebenserwartung der Menschen deutlich erhöht hat, dass es in einigen Ländern schon bald mehr ältere Menschen als Kinder geben wird und dass sich diese demografische und soziale Transformation weltweit vollzieht, widmet sich die WHO erneut – wie bereits 1999 – dem Thema „Alter(n) und Gesundheit“. In Deutschland wurde vor diesem Hintergrund ein neues nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ entwickelt und anlässlich des diesjährigen Weltgesundheitstages vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgestellt.

Alte oder hochbetagte Menschen unterscheiden sich in ihrer Gesundheit in vielen Aspekten von Erwachsenen mittleren Alters. Sie sind vulnerabler, denn mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen, funktionelle Einschränkungen und Behinderungen in der Alltagsbewältigung. Durch den demografischen Wandel gewinnen Leiden, wie Krebs, Osteoporose, Diabetes mellitus oder Demenz, weiter an Bedeutung. Darüber hinaus leiden viele Menschen im höheren Alter zur gleichen Zeit an mehreren Erkrankungen (Multimorbidität), die sich gegenseitig beeinflussen, sich unter Umständen anders als gewohnt präsentieren und nicht selten eine Multimedikation bedingen. Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen geht mit spezifischen Anforderungen an das medizinische Versorgungssystem einher. Hieraus ergibt sich mehr denn je die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung der Belange älterer Männer und Frauen bei der strukturellen Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten sowie auch bei der Aus- und Weiterbildung derer, die diese Menschen betreuen.

Gemessen an der Anzahl der Veröffentlichungen ist die Aufmerksamkeit für das Thema „Gesundheit und Alter“ in den vergangenen Jahren zwar gestiegen, dennoch besteht für einzelne Bereiche weiterhin Forschungsbedarf.

Das Robert Koch-Institut (RKI) forscht schon seit einiger Zeit zu verschiedenen relevanten Fragestellungen im Bereich „Gesundes und aktives Altern“. Dabei interessieren Fragestellungen wie: Was bedeutet es für das medizinische Versorgungssystem, wenn die Zahl der Älteren steigt? Wird die alternde Gesellschaft

Diese Woche

13/2012

Weltgesundheitstag 2012
„Altern und Gesundheit“

Enterovirus 71
Gehäuftes Auftreten in
Deutschland

Ausschreibung
Stellenausschreibung des
RKI für die Postgraduier-
tenausbildung für angewandte
Epidemiologie (PAE)

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten**
Aktuelle Statistik
10. Woche 2012

ARE/Influenza
Zur Situation in der
12. Woche 2012



zunehmend gebrechlich? Lassen sich Autonomie und Lebensqualität durch eine gute Behandlung bis ins hohe Alter erhalten?

Mit Unterstützung des BMG wurde ein bundesweites kontinuierliches Gesundheitsmonitoring aufgebaut. Ergebnisse der gerade abgeschlossenen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) werden am 14. Juni 2012 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Das Gesundheitsmonitoring wird ergänzt durch Analysen zur Verbreitung von Krebserkrankungen, durchgeführt vom Zentrum für Krebsregisterdaten am RKI, und durch Untersuchungen, die auf die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mit bereits bestehenden Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen ausgerichtet sind, zum Beispiel Studien zur Anpassung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen an die Erfordernisse von Älteren mit Mehrfacherkrankungen, Studien zur Bekämpfung von

Infektionen bei Pflegeheimbewohnern und Analysen zu den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die stationäre Versorgung und den Pflegekräftebedarf. Im Bereich der Prävention forscht das RKI unter anderem zum Thema Impfschutz; bei Älteren spielt der Schutz vor Influenza und Pneumokokken eine große Rolle.

Gesundheit im Alter wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. Dazu zählen biologische, verhaltensbezogene, psychische, soziale, medizinische, pflegerische und gesamtgesellschaftliche Faktoren. Durch eine weitgehend gute Gesundheit lassen sich Alltagskompetenzen aufrechterhalten, die ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben mit eigenen Zielen ermöglichen. Dass wir zunehmend eine „Gesellschaft des langen Lebens“ sind, ist eine positive Botschaft, die zugleich mit zahlreichen Herausforderungen verbunden ist. Diesen müssen sich alle Altersgruppen gemeinsam schon heute stellen.

Gehäuftes Auftreten von Enterovirus-71-Infektionen in Deutschland 2010

Enteroviren verursachen eine Vielzahl klinisch relevanter Erkrankungen im Kindesalter. Dazu gehören vor allem die **aseptische Meningitis / Enzephalitis** aber auch Hauterkrankungen, wie die **Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK)**. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral bzw. durch direkten Kontakt und es kommt zu einer raschen Ausbreitung des Infektionsgeschehens. Ein Impfstoff gegen die Nicht-Polio-Enteroviren ist nicht vorhanden, die Therapie erfolgt symptomatisch.

Enteroviren treten insbesondere in den warmen Sommermonaten auf und sind weltweit verbreitet. Vor allem in Südostasien kam es in den letzten Jahren immer wieder zu großen Epidemien mit fatalen Krankheitsverläufen. Dabei spielt der Serotyp Enterovirus 71 (EV 71) eine wichtige Rolle, der als Erreger der HFMK auch schwere Verläufe mit Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems bis hin zum Tod hervorruft. So wurden im Sommer 2010 in China mehr als 1 Million HFMK-Erkrankungen gemeldet, mehr als 530 Kindern starben an den Komplikationen, in Vietnam wurden für 2011 100.000 Erkrankungen mit 163 Todesfällen berichtet. In Deutschland wird EV 71 vorrangig bei aseptischen Meningitiden / Enzephalitiden nachgewiesen.

Zur Überwachung der Poliofreiheit steht in Deutschland eine bundesweite Enterovirus-Surveillance (EVSurv) zur Abklärung aseptischer Meningitiden / Enzephalitiden bzw. akuter schlaffer Paresen zur Verfügung. Im Rahmen dieser Überwachung wurde im Jahr 2010 ein erhöhtes Auftreten des Serotyps EV 71 registriert. Insgesamt wurden 2010 im Labornetzwerk für Enterovirus-Diagnostik (LaNED) 2.795 Stuhl- und Liquorproben untersucht. Von den Enterovirus-positiven Proben konnten 12 % als EV 71 identifiziert werden (s. Tab. 1). Somit war EV 71 im Jahr 2010 nach Echovirus 30 der zweithäufigste Enterovirus-Serotyp (s. Tab. 2).

In den Vorjahren wurde EV 71 nur vereinzelt nachgewiesen und auch 2011 wurde in nur 2,6 % der Enterovirus-positiven Proben dieser Serotyp gefunden. Die epidemio-

Jahr	EV 71 (%)	Total EV-typisiert
2011	14 (2,6)	536
2010	73 (12)	608
2009	13 (3,2)	404
2008	8 (0,8)	959
2007	25 (6,3)	398

Tab. 1: Enterovirus-71-Infektionen in Deutschland 2007–2011

Serotyp	Anzahl	Anteil (%)
Echo 30	115	18,9
EV 71	73	12,0
Echo 18	65	10,7
Echo 6	44	7,2
Echo 11	19	3,1
Cox B5	19	3,1
andere	273	44,9
Total	608	100

Tab. 2: Die sechs häufigsten Enterovirus-Serotypen 2010

logische Auswertung der Daten zeigte die für die Enteroviren typische Saisonalität mit einem deutlichen Anstieg der EV-71-Infektionen in den Sommermonaten Juli bis September und auch die Altersverteilung spiegelte das Vorkommen von Enterovirus-Infektionen bei Kleinkindern bzw. Vorschulkindern wider. Auffällig hoch war hierbei jedoch der Anteil der Kinder unter einem Jahr: 20 % der Patienten mit EV 71 waren bei Erkrankungsbeginn jünger als 6 Monate (n=15).

Im Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) am RKI wurden 49 der insgesamt 73 Enterovirus-71-positiven Proben näher untersucht. Mit Hilfe einer EV-71-spezifischen PCR konnten 47 der im

NRZ PE untersuchte Proben dem Genotyp C2 zugeordnet werden, der seit 2006 der in Deutschland dominierende EV-71-Genotyp ist.¹

Nach 2010 kam es in Deutschland zu einer Veränderung der Genotypenverteilung: Neben dem Genotyp C2 (7/14) konnte 2011 auch der Genotyp C4 in Deutschland nachgewiesen werden (5/14). Viren dieses Genotyps zirkulieren seit mehr als zehn Jahren vor allem in China, Taiwan und Japan und verursachen dort immer wieder große HFMK-Epidemien. Im NRZ PE wurde EV 71 C4 bisher nur im Jahr 2004 in einer Probe eines zweijährigen Jungen nachgewiesen.

Auch 2011 waren viele Patienten bei Erkrankungsbeginn unter einem Jahr alt (35%).

Aufgrund der hohen Kontagiosität der Enteroviren ist die Durchseuchungsrate im Allgemeinen sehr hoch. Eine im NRZ PE durchgeführte Seroprävalenzstudie zeigte jedoch, dass gegen den Serotyp Enterovirus 71 nur bei 27,3% der unter 3-jährigen und 45,6% der 3- bis 6-jährigen Kinder neutralisierende Antikörper nachgewiesen werden konnten. Diese Tatsache könnte erklären, warum die meisten Infektionen im Kleinkind- und Vorschulalter auftreten.

Die im Rahmen der EVSurv untersuchten Proben stammen von Patienten mit Verdacht auf aseptische Meningitis bzw. Enzephalitis, Hinweise auf eine vorangegangene HFMK lagen nur in einem Fall vor. In Einzelfällen wurden schwere prolongierte Verläufe mit Komplikationen berichtet, fatale Verläufe wurden nicht gemeldet. Da die kostenlose Enterovirus-Diagnostik im Rahmen der EVSurv ausschließlich Kliniken und somit hospitalisierten Patienten zur Verfügung gestellt wird, ist generell von einem erhöhten Schweregrad der Erkrankung auszugehen. Eine retrospektive Erhebung weiterer anamnestischer Daten ist nicht möglich, da die Ergebnisse der Enterovirus-Surveillance pseudonymisiert erfasst werden.

Auch aus anderen europäischen Ländern wurden vereinzelt EV-71-Infektionen (teilweise mit Todesfolge) gemeldet,^{2,3,4} jedoch ist ein wie hier verzeichneter Anstieg von EV-71-Infektionen im Jahr 2010 bisher nicht beschrieben.

Stellenausschreibung: Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE) am RKI

Die Ausschreibung für die Stellen für die 18. Kohorte der Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE, deutsches FETP) ist auf der RKI-Internetseite erschienen (s. www.rki.de > Service > Stellenangebote; siehe Ausschreibung 17/12).

Die Ausbildung richtet sich vor allem an Human- oder Veterinärmediziner mit Vorkenntnissen im Bereich Public Health und / oder Epidemiologie.

Schwerpunkte des Programms sind die Untersuchung von Ausbrüchen, das Auswerten von Daten aus der infektionsepidemiologischen Überwachung (Surveillance),

Nicht nur im Hinblick auf die Ausbrüche in Südostasien, sondern auch für ein besseres Verständnis der Epidemiologie enteroviraler Infektionen ist eine flächendeckende Überwachung zirkulierender Enteroviren von großer Bedeutung. Da es sich hierbei nicht um meldepflichtige Erkrankungen bzw. Erreger nach IfSG handelt (außer bei Verdacht auf Poliomyelitis), ist das NRZ PE auf die Unterstützung der Gesundheitsämter sowie der einsendenden Kliniken angewiesen. Im Rahmen von HFMK-Ausbruchsgeschehen erfolgt die Diagnostik im NRZ PE kostenlos.

Fazit

Im Jahr 2010 wurde im Rahmen der EVSurv in Deutschland ein gehäuftes Auftreten von Enterovirus-71-Infektionen registriert. Auch wenn Erkrankungen durch Enteroviren in den meisten Fällen ohne Komplikationen und selbstlimitierend verlaufen, kommt es oft zu einer starken Beeinträchtigung der Patienten aufgrund der klinischen Symptome. Daher sollte eine rasche Ausbreitung durch konsequente Hygienemaßnahmen verhindert werden.

Literatur

1. Diedrich S, Weinbrecht A, Schreier E: Seroprevalence and molecular epidemiology of enterovirus 71 in Germany. *Arch Virol* 2009; 154 (7): 1139–1142
2. Tong CY, Bible JM, Platt C: A fatal case of enterovirus 71 infection with a single nucleotide variation in domain V of the 5' untranslated region. *Pediatr Infect Dis J* 2011; 30 (11): 1013–1014
3. Vallet S, Legrand Quillien MC, Dailland T, Podeur G, Gouriou S, Schuffenecker I, Payan C, Marcorelles P: Fatal case of enterovirus 71 infection, France, 2007. *Emerg Infect Dis* 2009; 15 (11): 1837–1840
4. van der Sanden S, van Eek J, Martin DP, van der Avoort H, Vennema H, Koopmans M: Detection of recombination breakpoints in the genomes of human enterovirus 71 strains isolated in the Netherlands in epidemic and non-epidemic years, 1963–2010. *Infect Genet Evol* 2011; 11 (5): 886–894

Wir danken allen Partnern im Labornetzwerk Enterovirus-Diagnostik für die sehr gute Zusammenarbeit und allen Einsendern für die Zusendung der Patientenproben.

Weitere Informationen zur Diagnostik erhalten Sie im NRZ PE von Dr. Sabine Diedrich (E-Mail: DiedrichS@rki.de) sowie nähere Informationen zur Enterovirus-Surveillance bei Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: EVSurv@rki.de).

Ansprechpartner für diesen Beitrag ist Dr. Sindy Böttcher, Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch-Institut (E-Mail: BoettcherS@rki.de).

Evaluation von Surveillance-Systemen sowie die Entwicklung und Durchführung von anwendungsbezogenen infektionsepidemiologischen Forschungsprojekten. Die Teilnehmer arbeiten unter Anleitung erfahrener Epidemiologen und sind am RKI angestellt. Sie werden entweder für zwei Jahre einer mit dem Infektionsschutz beauftragten Behörde der Bundesländer zugewiesen oder sind in der Abteilung für Infektionsepidemiologie am RKI tätig.

Bewerbungsfrist ist der **20. April 2012**, Beginn der Ausbildung ist am **15. September 2012**. Nähere Informationen zum Ausbildungsprogramm finden sich unter www.rki.de/pae.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

10. Woche 2012 (Datenstand: 28.3.2012)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	67	915	758	2	16	8	7	50	38	9	173	263	1	8	19
Bayern	65	972	839	7	33	35	11	104	84	33	266	274	0	19	16
Berlin	33	400	420	1	8	2	2	45	78	17	112	109	2	21	12
Brandenburg	15	276	289	0	7	5	5	52	44	7	97	111	0	1	1
Bremen	4	38	65	1	1	1	1	4	0	1	26	19	0	1	4
Hamburg	23	248	290	1	11	5	1	13	4	5	59	61	1	6	8
Hessen	38	528	586	0	6	2	4	31	26	24	156	155	1	6	12
Mecklenburg-Vorpommern	21	226	254	0	3	0	4	102	49	9	84	172	0	0	0
Niedersachsen	46	580	671	2	13	24	10	98	54	23	271	288	0	3	4
Nordrhein-Westfalen	167	2.264	2.110	8	52	31	20	204	133	67	636	597	1	12	13
Rheinland-Pfalz	23	544	467	3	20	17	2	32	29	13	142	156	0	5	3
Saarland	9	169	143	1	1	1	0	8	11	5	28	44	0	0	0
Sachsen	34	675	864	3	19	21	13	185	91	36	244	212	0	6	1
Sachsen-Anhalt	31	205	214	3	12	3	20	94	78	9	193	131	0	1	5
Schleswig-Holstein	22	264	351	3	15	5	3	19	9	15	89	67	0	3	0
Thüringen	14	280	249	0	10	6	6	88	116	16	194	181	0	0	2
Deutschland	612	8.584	8.570	35	227	166	109	1.129	844	289	2.770	2.840	6	92	100

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	3	28	29	320	3.443	2.727	159	1.001	1.193	8	114	93	1	6	6
Bayern	5	60	71	709	6.960	4.032	184	1.248	1.726	14	141	140	2	7	7
Berlin	2	15	9	116	1.443	1.363	73	525	550	11	79	82	0	12	12
Brandenburg	2	17	11	179	2.188	1.371	60	432	711	3	19	18	2	9	3
Bremen	1	1	1	39	348	214	1	10	95	0	7	3	0	0	0
Hamburg	0	20	11	165	1.149	1.089	83	499	380	2	27	22	1	4	2
Hessen	0	41	25	305	2.780	1.275	80	619	593	3	53	53	0	13	10
Mecklenburg-Vorpommern	2	8	14	132	1.548	1.211	59	285	610	5	24	33	0	10	3
Niedersachsen	4	38	63	488	5.156	2.652	130	652	1.188	6	35	35	3	16	9
Nordrhein-Westfalen	9	116	98	856	8.903	7.779	234	1.634	2.387	11	141	124	2	25	18
Rheinland-Pfalz	6	38	26	248	2.138	1.892	98	810	479	1	34	46	2	6	5
Saarland	1	5	5	127	862	467	20	160	115	0	4	4	0	0	0
Sachsen	1	55	73	412	4.886	3.439	92	569	2.692	6	68	57	2	12	10
Sachsen-Anhalt	5	45	27	241	2.766	1.631	73	529	1.154	1	16	11	0	7	4
Schleswig-Holstein	2	12	20	123	1.099	1.275	62	346	370	1	22	12	0	1	0
Thüringen	1	65	55	201	2.729	1.611	102	584	732	1	15	8	1	9	4
Deutschland	44	564	538	4.661	48.398	34.028	1.510	9.903	14.975	73	799	741	16	137	93

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-labordiagnostisch 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

10. Woche 2012 (Datenstand: 28.3.2012)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	1	19	10	1	9	8	17	166	163
Bayern	4	20	12	0	12	27	21	186	198
Berlin	0	7	18	2	16	8	4	129	118
Brandenburg	0	4	2	1	3	3	2	16	12
Bremen	0	1	6	0	2	2	1	6	2
Hamburg	0	3	16	0	8	4	1	25	30
Hessen	1	5	10	1	8	18	3	66	63
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	0	0	6	0	1	11	6
Niedersachsen	2	16	12	0	6	15	8	61	59
Nordrhein-Westfalen	0	33	20	1	29	24	10	167	110
Rheinland-Pfalz	0	4	2	0	9	11	3	49	37
Saarland	0	1	1	0	5	6	15	21	15
Sachsen	0	5	2	2	9	14	7	60	63
Sachsen-Anhalt	0	2	3	0	6	6	2	21	30
Schleswig-Holstein	0	0	2	0	1	5	4	32	45
Thüringen	0	3	2	0	5	4	2	26	20
Deutschland	8	126	118	8	134	155	101	1.042	971

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2012		2011	2012		2011	2012		2011
	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.	10.	1.–10.	1.–10.
Baden-Württemberg	0	8	14	0	1	33	3	80	101
Bayern	0	18	14	1	7	94	9	111	122
Berlin	1	5	10	0	3	6	14	62	57
Brandenburg	0	3	4	0	0	0	1	13	18
Bremen	0	3	0	0	0	0	1	10	13
Hamburg	0	1	0	0	0	10	1	24	22
Hessen	0	5	9	1	7	8	4	73	87
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	0	0	0	1	1	14	22
Niedersachsen	0	10	11	0	1	16	4	52	60
Nordrhein-Westfalen	3	19	29	0	4	14	20	197	203
Rheinland-Pfalz	1	4	11	0	0	8	5	30	36
Saarland	0	2	2	0	0	0	0	3	5
Sachsen	0	1	6	0	0	1	2	27	21
Sachsen-Anhalt	1	4	1	0	0	0	2	21	21
Schleswig-Holstein	0	3	7	0	1	5	1	20	10
Thüringen	0	4	6	0	0	0	2	20	10
Deutschland	6	92	124	2	24	196	70	757	808

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

10. Woche 2012 (Datenstand: 28.3.2012)

Krankheit	2012	2012	2011	2011
	10. Woche	1.–10. Woche	1.–10. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	23	375	71	674
Brucellose	0	3	1	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	20	23	130
Dengue-Fieber	7	56	66	288
FSME	0	1	2	423
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	5	7	877
Hantavirus-Erkrankung	36	320	37	305
Hepatitis D	0	3	2	16
Hepatitis E	0	35	58	238
Influenza	1.347	4.308	37.987	43.768
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	64	59	271
Legionellose	8	76	90	639
Leptospirose	0	2	7	51
Listeriose	5	59	46	338
Ornithose	0	3	2	16
Paratyphus	0	9	7	57
Q-Fieber	2	11	93	287
Trichinellose	0	1	0	3
Tularämie	2	3	5	17
Typhus abdominalis	0	7	8	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 12. Kalenderwoche (KW) 2012

Die Werte des Praxisindex sind in den AGI-Großregionen Süden und Osten im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und in Mitte (West) und Norden (West) leicht zurückgegangen. Bis auf die Großregion Süden liegen die Werte in der 12. KW im Bereich der Hintergrund-Aktivität. Im NRZ wurden in der 12. KW bei 86 eingesandten Sentinelproben 41 Proben (48%; Vorwoche: 39%) positiv auf Influenza getestet. Erstmals seit der 5. KW 2012 liegt die ARE-Aktivität bundesweit wieder im Bereich der Hintergrund-Aktivität. Die hohe Positivenrate für Influenza zeigt, dass die ARE-Aktivität (auch unterhalb des Schwellenwertes für den Praxisindex) deutlich durch die Influenzaviruszirkulation geprägt ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit grippetypischer Symptomatik tatsächlich Grippe hat, ist weiterhin hoch.

Internationale Situation

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

Für die 11. KW 2012 berichteten 9 von 27 Ländern eine geringe und 16 Länder über eine mittlere Influenza-Aktivität. Schweden berichtete weiterhin über eine hohe Influenza-Aktivität. 15 Länder meldeten einen sinkenden Trend der klinischen Aktivität. Die Länder Litauen, Lettland, Rumänien und Polen meldeten einen steigenden Trend. Weitere Informationen: www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120323_SUR_Weekly_Influenza_Surveillance_Overview.pdf

Literaturhinweis

In einem aktuell erschienenen Artikel in *Eurosurveillance* berichtet ein Team aus spanischen Epidemiologen und Virologen über Schätzungen zur Impfeffektivität des Grippeimpfstoffs für die Saison 2011/2012. Spanien berichtete als eines der ersten Länder in Europa über steigende Influenza-Aktivität Ende 2011 und den Höhepunkt der dortigen Influenza-Aktivität in KW 7/2012. Die adjustierte Impfeffektivität wird in der untersuchten Zielpopulation in dieser Studie auf 55% geschätzt (Vertrauensbereich zwischen 3 und 79%). Der eher moderate Schutzeffekt deutet darauf hin, dass die im Impfstoff enthaltene Influenza-A(H3N2)-Komponente nicht mehr optimal zu den zirkulierenden Influenza-A(H3N2)-Viren passt. Der Artikel ist online abrufbar unter: www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N12/art20129.pdf.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 12. 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