



# Epidemiologisches Bulletin

24. Oktober 2011 / Nr. 42

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welt-Poliotag 2011

## Einschleppung von Polioviren in poliofreie Regionen – eine stetige Gefahr!

Zum Gedenken an den Entwickler des ersten Polioimpfstoffes (IPV), den US-amerikanischen Arzt und Immunologen Dr. Jonas Salk, wird jährlich an seinem Geburtstag, dem 28. Oktober, der Welt-Poliotag begangen. Er wurde erstmals 1998 durch die UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgerufen und hat u. a. das Ziel, die Bevölkerung für diese fast vergessene Krankheit zu sensibilisieren und folglich zur Polioimpfung zu motivieren, um damit die globale Polioeradikationsinitiative der WHO (GPEI) zu unterstützen. Seit Beginn der GPEI 1988 wurden beträchtliche Erfolge bei der Bekämpfung dieser Infektionskrankheit erzielt. Bereits 2004 konnte eine Reduktion der weltweit registrierten Fälle um 99 % vermeldet werden; drei von sechs WHO-Regionen wurden als poliofrei zertifiziert (Amerika 1994, Westpazifik 2000 und Europa 2002). Doch seit 2005 stagniert der Prozess und auch im Jahr 2011 hielten sich Erfolge und Rückschläge die Waage. Problematisch sind vor allem die wiederholten Reimporte von Wild-Polioviren (WPV) aus den bestehenden vier Endemiegebieten (Pakistan, Afghanistan, Indien und Nigeria) in bereits poliofreie Gebiete. Nach Angaben der WHO waren in den Jahren 2009 bis 2010 23 Länder von solchen Reimporten betroffen.

Nachdem im letzten Jahr durch aus Indien eingeschleppte WPV 1 erstmalig wieder Poliofälle (n=475) in der WHO-Region Europa (Tadschikistan, Russische Föderation, Turkmenistan und Kasachstan) auftraten (s. *Epid. Bull.* 27 & 42/2010), wurden nun Fälle von Kinderlähmung aus dem Westen Chinas gemeldet (autonome Region Xinjiang Uygur). Seit Anfang Juli wurden 10 Erkrankungen offiziell bestätigt, darunter auch ein Todesfall. Genetische Untersuchungen belegen, dass die WPV 1-Viren aus dem benachbarten Pakistan stammen, wo die Zahl der Poliofälle im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (78 Fälle) stark angestiegen ist (aktuell 111 Fälle, d. h. ein Viertel aller Fälle weltweit). Zuvor wurde der letzte Poliofall in China im Jahr 2000 registriert. Bei umfassenden Impfkampagnen wurden innerhalb sehr kurzer Zeit über 4,5 Millionen Personen geimpft. Obwohl Poliomyelitis gewöhnlich bei Kindern unter 5 Jahren auftritt, waren in China auch junge Erwachsene betroffen. Um ein Szenario wie beim Ausbruch im letzten Jahr in der Republik Kongo zu verhindern (s. *Epid. Bull.* 3/2011), werden in den Impfkampagnen in der betroffenen chinesischen Provinz auch Personen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren eingeschlossen.

Wegen der kritischen Poliosituation in Pakistan ist die WHO besorgt, dass sich die Erkrankung mit den islamischen Pilgerfahrten (Hadsch und Umra) auf andere Länder ausbreiten könnte. Daher wurden insbesondere die muslimischen Länder im Mittelmeergebiet und in Asien aufgefordert, die Surveillance der akuten schlaffen Lähmungen zu verstärken. Reisende von und nach Pakistan sollten ihren Impfstatus prüfen. Die saudiarabische Regierung verlangt von den Pilgern einen Impfnachweis beziehungsweise impft alle Personen, die aus Endemieländern einreisen oder aus Ländern kommen, in denen es nach einem Reimport von Polioviren zu einer fortgesetzten Übertragung gekommen ist, unabhängig von Alter und vorherigen Impfstatus mit einer Dosis OPV.

Diese Woche

42/2011

### Poliomyelitis

Welt-Poliotag 2011 –  
Reimporte von Wildviren  
in poliofreie Regionen

### Public Health

Hygieneüberwachung auf  
Kreuzfahrtschiffen

### Erratum

Zur Ausgabe 40/2011

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik  
39. Woche 2011  
(Datenstand: 19. Oktober 2011)

### ARE/Influenza

Zur Situation in der  
41. Woche 2011



Insgesamt konnte 2011 die Zahl der weltweiten Poliofälle im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 40 % gesenkt werden (444 Fälle in 2011 vs. 717 in 2010 – Stand 12.10.2011). Von insgesamt 1.002 Fällen, die innerhalb der letzten 12 Monate an die WHO gemeldet wurden, betrafen nur 290 die letzten sechs Monate. Dies könnte eine Verlangsamung der Poliotransmission bedeuten. Besonders hervorzuheben ist die Situation in Indien, wo es seit nunmehr neun Monaten keine neuen Erkrankungen gegeben hat. Auch die intensive Suche nach WPV im Abwasser verlief negativ.

Ein weiteres positives Signal für die GPEI ist der Stopp des im vergangenen Jahr aufgetretenen dramatischen Polioausbruches in der Republik Kongo. Da auch der Polioausbruch in der WHO-Region Europa (Tadschikistan) 2010 gestoppt werden konnte, hat die Regionale Zertifizierungskommission der WHO für Europa aktuell den Erhalt des poliofrei Status für Europa bestätigt.

Wiederkehrende Polioausbrüche auch in seit Jahren poliofreien Staaten erinnern an das Risiko nicht geimpfter Bevölkerungsgruppen, an Polio zu erkranken. Sie heben gleichzeitig die Bedeutung einer kontinuierlichen Überwachung und Analyse der Poliosituation hervor. Auch in Deutschland haben die Aufrechterhaltung einer hohen Durchimpfungsrate der gesamten Bevölkerung sowie die Durchführung eines Überwachungssystems zur schnellen Detektion importierter Polioviren einen hohen Stellenwert. In Deutschland wird eine Enterovirus-Surveillance (EVS) durchgeführt, die von der seit April 2010 am Robert Koch-Institut (RKI) ansässigen Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland (NCC) koordiniert wird. Jährlich werden durchschnittlich 2.500 Proben untersucht. Dabei wurden Polioviren bisher nicht nachgewiesen.

Bericht des NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI. Als **Ansprechpartnerinnen** stehen Dr. Sabine Diedrich (E-Mail: DiedrichS@rki.de) und Dr. Katrin Neubauer (E-Mail: NeubauerK@rki.de) zur Verfügung.

## „Is there any ill person on board?“ – Hygieneüberwachung auf Kreuzfahrtschiffen

Ansteckende Erkrankungen an Bord von Kreuzfahrtschiffen sind gefürchtet. Sie können den Schiffsbetrieb empfindlich beeinträchtigen. Ob es die häufig auftretenden Durchfallerkrankungen (besonders durch Noroviren), Grippeepidemien oder Tuberkuloseerkrankungen sind, Infektionskrankheiten finden an Bord von Kreuzfahrtschiffen „ideale Bedingungen“ für eine Übertragung vor: Die große Zahl an Menschen auf engem Raum, das Zusammenkommen von Menschen aus verschiedenen Ländern, die Landgänge, aber auch die Essenszubereitung und Wasseraufbereitung an Bord stellen Risikofaktoren für die Übertragung von Krankheiten an Bord dar.

Die Hafenärztlichen Dienste überwachen die Einhaltung der Hygiene an Bord und in den Häfen in Deutschland, viele Reedereien haben Qualitätssicherungsprogramme im Bereich der Surveillance, Hygiene und im Ausbruchmanagement erstellt. Doch auch bei besten technischen und organisatorischen Hygienestandards an Bord sind größere und kleinere Ausbrüche von Infektionskrankheiten an Bord unvermeidbar. Wer aber legt fest, welche Regeln der Hygiene an Bord beachtet werden sollen und wer überprüft diese im internationalen Schiffsverkehr?

### Schiffshygienebescheinigung nach den IGV 2005

Für die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO verbindlich. Diese legen fest, dass alle Schiffe im internationalen Verkehr eine amtliche Schiffshygienebescheinigung mit sich führen und diese alle sechs Monate erneuern müssen. Das *Ship Sanitation Certificate* ersetzt das frühere *Deratting Certificate*. Mit dem neuen Zertifikat ist seit 2007 eine umfassende hafenärztliche Inspektion aller hygienerelevanten Bereiche an Bord von Schiffen erforderlich. Dabei unterscheiden die IGV nicht zwischen Schiffstypen und Fahrtgebieten: Alle See- und Binnenschiffe im internationalen Verkehr – ob Fracht- oder Passagierschiffe, gewerblich, privat oder im staatlichen Auftrag genutzt, müssen die Schiffshygienebescheinigung mit sich führen.

Damit die Inspektionen der Gesundheitsbehörden weltweit nach einheitlichen Kriterien verlaufen, hat die WHO im Mai 2011 das *International Health Regulations (2005) Handbook for Inspection of Ships and Issuance of Ship Sanitation Certificates* herausgegeben. Das Handbuch ist veröffentlicht unter: [http://www.who.int/ihr/publications/handbook\\_ships\\_inspection/en/index.html](http://www.who.int/ihr/publications/handbook_ships_inspection/en/index.html).

Mit diesem Handbuch erhalten die Hafenärztlichen Dienste eine fachliche Grundlage für ihre Inspektionen und Maßnahmen zur Ausstellung eines Schiffshygienezertifikats. Da das Handbuch öffentlich verfügbar ist, sind Verfahren und Anforderungen transparent für alle Beteiligten. Schiffsführungen, Reedereien und Agenten können sich auf Inspektionen vorbereiten und bei der Planung eines Schiffsbaus oder -umbaus die Empfehlungen berücksichtigen.

Die einzelnen Staaten sind verpflichtet, nur diejenigen Häfen zur Durchführung der Hygieneinspektionen zuzulassen, die über entsprechend geschultes Personal und strukturelle Ressourcen verfügen, um Gefahren für die Öffentliche Gesundheit zu erkennen, zu bewerten und Maßnahmen einzuleiten. In der Vergangenheit wurden immer wieder Zertifikate durch nicht autorisierte Stellen vergeben. Da diese von deutschen Häfen nicht anerkannt werden, müssen sich Reedereien, Agenten und Kapitäne vor der Beauftragung zur Ausstellung eines Schiffshygienezertifikats rückversichern, dass die Anbieter von ihren jeweiligen Regierungen zugelassen sind. Die WHO veröffentlicht hierzu eine Liste, die wöchentlich aktualisiert wird ([http://www.who.int/ihr/ports\\_airports/portslanding/en/index.html](http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/en/index.html)).

### Weitergehende Anforderungen an die Hygiene auf Kreuzfahrtschiffen

Auch Kreuzfahrtschiffe im internationalen Reiseverkehr unterliegen uneingeschränkt den oben beschriebenen

Bestimmungen der WHO, zusätzlich sind in den letzten Jahren spezielle, auf die Bedürfnisse der Kreuzfahrtindustrie zugeschnittene Standards erstellt worden. Die beiden bedeutendsten sind das US-amerikanische *Vessel Sanitation Program* und das EU-Projekt *ShipSan TrainNet*.

#### **Das US-amerikanische Vessel Sanitation Program**

Schiffe müssen sich hierbei einer umfangreichen, kostenpflichtigen Hygieneinspektion unterziehen. Die Ergebnisse werden im Internet veröffentlicht. Das *Vessel Sanitation Program* ist seit Jahrzehnten etabliert. Die Inspektionsmanuals und die Konstruktionsempfehlungen sind unter <http://www.cdc.gov/nceh/vsp/> verfügbar.

#### **Das EU-Projekt ShipSan TrainNet**

Die Europäische Kommission fördert seit 2005 das Projekt *ShipSan* und das Folgeprogramm *ShipSan TrainNet*. Ziel ist es, eine einheitliche europäische Strategie für die Sicherung der Hygiene und des Gesundheitsschutzes auf Kreuzfahrtschiffen herbeizuführen. So erfolgt in Deutschland die Überwachung durch den Hafenerztlichen Dienst. In den meisten skandinavischen Ländern werden die Aufgaben zu weiten Teilen durch private Firmen wahrgenommen, während in der Türkei alle Schiffe durch die Gesundheitsbehörden überwacht werden. Die gesundheitliche Überwachung in europäischen Häfen hat sich über Jahrhunderte unterschiedlich hinsichtlich administrativer Strukturen, rechtlicher Vorgaben und inhaltlicher Verfahren entwickelt. So muss nach den IGV der WHO ein Kapitän jede nichttraumatische Erkrankung und jeden Todesfall vor Einlaufen an die Hafengesundheitsbehörden melden. Die Reaktionen auf solche Meldungen sind aber unterschiedlich. Wird zum Beispiel eine Häufung von Durchfallerkrankungen an Bord gemeldet, kann dies in einem europäischen Hafen zu einer Beratung, ggf. Ausbruchsuntersuchung mit Probenahmen, im günstigsten Fall während der Liegezeit führen; in einem anderen Hafen kann dieselbe Meldung zu einer Quarantäne des Schiffes führen, es ist aber auch möglich, dass keinerlei Reaktion der staatlichen Stellen erfolgt.

Das europäische Projekt *ShipSan TrainNet*, aber auch die WHO, wollen mit fachlichen Empfehlungen die Behörden der Länder und die Reedereien bei einer Risikoeinschätzung von Ereignissen an Bord und den geeigneten Gegenmaßnahmen unterstützen. In Deutschland stimmen sich die Hafenerztlichen Dienste in ihrem Arbeitskreis der Küstenländer für Schiffshygiene ab. Alle Organisationen haben das Ziel, die Öffentliche Gesundheit zu schützen, ohne dass der Reiseverkehr und Handel unverhältnismäßig beeinträchtigt wird.

An dem Projekt *ShipSan TrainNet* sind neben den europäischen Mitgliedsstaaten auch die Kreuzfahrtindustrie, das US-amerikanische *Vessel Sanitation Program* und die WHO beteiligt. Als Vorbilder für eine europäische Strategie bei der Hygieneüberwachung auf Schiffen wurden u. a. die *Port State Inspections* nach dem *Pariser Memorandum of Understanding* herangezogen.

Inzwischen liegt das *European Manual for Hygiene Standards and Communicable Diseases on Passenger Ships*

in seiner 3. Fassung vor. Es enthält detaillierte Angaben zur Hygiene an Bord von Schiffen, z. B. bzgl. Trinkwasser, Schwimmbädern, Bordhospital, Abfall, Küchen, Kindergärten, Wellnessbereich etc. Darüber hinaus gibt es ausführliche Empfehlungen zur Vorbeugung und Bekämpfung von Ausbrüchen mit Influenza- oder Durchfallerkrankungen und zu Legionellen. Das *ShipSan TrainNet Manual* ist unter <http://www.shipsan.eu/trainet> abrufbar.

Zudem sind ein umfangreiches Trainingsprogramm für Gesundheitsbehörden und Reedereimitarbeiter und ein Kommunikationsnetzwerk der Hafenerztlichen Dienste in Europa entstanden. Aus Deutschland wurden Inspektoren aus Kiel und Hamburg in Griechenland geschult. Das Hamburg Port Health Center ist ein langjähriger Partner in dem EU-Projekt.

#### **Bedeutung des EU-Projektes ShipSan TrainNet**

Das Projekt wendet sich vorrangig an die staatlichen Stellen, deren Expertise in der Schiffshygiene und Zusammenarbeit in Europa verbessert werden soll.

Mit dem *European Manual for Hygiene Standards and Communicable Diseases on Passenger Ships* hat man sich zwischen allen Experten und Verantwortlichen aus Behörden und der Industrie in Europa auf einheitliche Richtlinien bei der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten auf Kreuzfahrtschiffen geeinigt.

Das öffentlich verfügbare Manual bildet somit den „Stand der Wissenschaft“ und einen europäischen Konsens, der mit den WHO- und US-amerikanischen Standards abgestimmt ist. Es wird von vielen hafenerztlichen Diensten und auch Reedereien für ihre qualitätssichernden Maßnahmen und die Überwachungen zugrunde gelegt. Auch wenn die zukünftige rechtliche Einordnung des EU-Projektes *ShipSan TrainNet* noch nicht vorherzusehen ist, sollten sich alle Verantwortlichen in den Reedereien und Behörden im Rahmen ihrer Sorgfaltspflichten mit diesen Standards auseinandersetzen und nur in fachlich nachvollziehbaren Einzelfällen von dem dort vorgelegten Hygienestandard abweichen.

**Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Geschäftsführung des Arbeitskreises der Küstenländer für Schiffshygiene am Hamburg Port Health Center (s. u. <http://www.ship-sanitation.de>).**

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Clara Schlaich, Leiterin des Hamburg Port Health Center, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin. Dr. Schlaich steht auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: [Clara.Schlaich@bgv.hamburg.de](mailto:Clara.Schlaich@bgv.hamburg.de)).

#### **Erratum**

Im *Epidemiologischen Bulletin* 40/2011 ist in dem Beitrag „Zum Vorkommen von *Clostridium difficile* in zwei Regionen Niedersachsens“ versehentlich die Grafik aus Abbildung 4 (S. 365) ebenfalls als Abbildung 2 auf S. 364 wiedergegeben. Eine korrigierte Fassung kann im Internet unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin aufgerufen werden.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

39. Woche 2011 (Datenstand: 19.10.2011)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	124	5.063	4.806	3	272	59	14	285	194	72	1.864	2.101	2	68	54
Bayern	154	6.082	4.996	10	399	143	25	769	546	88	2.616	2.758	3	94	63
Berlin	58	2.574	2.242	2	101	25	9	450	145	25	659	670	1	79	74
Brandenburg	40	1.898	1.559	0	57	16	6	265	222	19	592	666	0	6	9
Bremen	10	366	334	0	48	3	0	6	17	5	104	97	1	7	8
Hamburg	28	1.838	1.527	1	561	18	0	142	27	10	342	310	0	39	23
Hessen	79	3.529	3.494	1	136	13	4	145	70	39	1.113	1.307	2	48	54
Mecklenburg-Vorpommern	32	2.009	1.549	1	165	5	12	399	224	17	580	503	0	2	5
Niedersachsen	103	4.731	4.643	6	778	120	18	567	474	40	1.708	1.937	0	13	14
Nordrhein-Westfalen	336	13.722	13.061	13	671	130	24	1.154	743	95	4.006	4.143	4	55	59
Rheinland-Pfalz	52	3.144	2.781	3	135	70	7	192	169	28	975	1.091	1	35	24
Saarland	27	884	989	1	14	6	0	47	18	3	209	252	0	2	3
Sachsen	149	4.879	4.343	5	136	51	21	673	521	54	1.264	1.614	0	33	27
Sachsen-Anhalt	28	1.388	1.082	1	62	18	14	493	358	37	925	922	0	10	6
Schleswig-Holstein	36	2.327	2.007	0	915	20	3	99	51	12	533	460	0	7	4
Thüringen	25	1.584	1.310	0	84	15	19	451	543	28	909	1.045	0	8	9
<b>Deutschland</b>	<b>1.281</b>	<b>56.018</b>	<b>50.723</b>	<b>47</b>	<b>4.534</b>	<b>712</b>	<b>176</b>	<b>6.137</b>	<b>4.322</b>	<b>572</b>	<b>18.399</b>	<b>19.876</b>	<b>14</b>	<b>506</b>	<b>436</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	6	141	104	79	6.916	10.391	21	3.792	3.701	12	440	407	2	39	33
Bayern	15	296	294	62	9.872	17.778	25	6.014	6.177	28	571	508	2	47	51
Berlin	3	57	60	20	2.782	3.441	4	1.361	2.038	5	313	301	1	60	63
Brandenburg	2	81	90	34	3.170	4.794	11	2.699	3.170	1	65	70	1	17	24
Bremen	0	14	18	3	510	785	1	275	336	1	14	20	1	5	5
Hamburg	1	69	49	16	2.528	2.337	2	1.109	1.196	2	111	89	1	13	14
Hessen	3	158	158	31	3.539	6.437	10	2.218	2.258	7	257	216	0	60	54
Mecklenburg-Vorpommern	1	51	47	35	3.180	4.694	9	3.061	2.070	2	138	104	3	50	29
Niedersachsen	5	260	225	68	6.283	11.511	5	3.603	4.403	4	145	162	1	63	102
Nordrhein-Westfalen	14	503	569	107	16.845	24.569	38	7.680	8.091	16	559	539	7	116	137
Rheinland-Pfalz	7	170	165	33	4.385	6.429	8	1.654	2.527	2	145	153	0	27	25
Saarland	2	20	22	5	1.114	1.618	4	394	648	0	23	19	0	1	0
Sachsen	5	306	342	140	7.887	11.261	20	9.317	4.519	4	219	277	1	73	92
Sachsen-Anhalt	3	139	139	82	4.510	7.596	5	2.907	2.656	0	60	66	0	23	22
Schleswig-Holstein	1	106	75	17	3.060	3.011	4	1.285	1.342	2	49	65	0	3	3
Thüringen	11	221	203	57	4.038	6.600	11	3.039	3.048	1	38	59	1	14	37
<b>Deutschland</b>	<b>79</b>	<b>2.592</b>	<b>2.560</b>	<b>789</b>	<b>80.619</b>	<b>123.252</b>	<b>178</b>	<b>50.408</b>	<b>48.180</b>	<b>87</b>	<b>3.147</b>	<b>3.055</b>	<b>21</b>	<b>611</b>	<b>691</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 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

39. Woche 2011 (Datenstand: 19.10.2011)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	5	46	42	1	38	50	11	541	640
Bayern	2	49	81	2	79	78	18	817	898
Berlin	2	69	45	0	57	50	5	422	466
Brandenburg	0	21	14	1	12	13	1	60	54
Bremen	0	16	4	0	12	1	0	16	26
Hamburg	1	73	39	1	32	22	4	101	110
Hessen	0	33	52	1	57	50	6	253	257
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	4	0	5	13	0	24	42
Niedersachsen	8	83	55	0	34	23	13	246	250
Nordrhein-Westfalen	1	98	116	6	121	134	13	449	540
Rheinland-Pfalz	3	24	32	0	43	58	1	172	210
Saarland	0	7	19	0	14	8	2	51	75
Sachsen	0	13	6	0	37	20	7	202	217
Sachsen-Anhalt	2	15	16	0	17	19	1	109	91
Schleswig-Holstein	1	9	9	0	14	17	5	124	111
Thüringen	0	16	16	0	8	10	3	80	95
<b>Deutschland</b>	<b>25</b>	<b>575</b>	<b>550</b>	<b>12</b>	<b>580</b>	<b>566</b>	<b>90</b>	<b>3.667</b>	<b>4.082</b>

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2011		2010	2011		2010	2011		2010
	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.	39.	1.–39.	1.–39.
Baden-Württemberg	1	30	28	1	523	124	10	402	419
Bayern	0	35	46	2	424	128	12	480	530
Berlin	1	24	21	0	158	84	6	232	219
Brandenburg	0	9	7	1	27	15	1	60	79
Bremen	0	1	1	0	1	1	0	38	29
Hamburg	2	5	5	0	45	15	2	111	123
Hessen	1	22	17	0	121	27	9	373	292
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	2	0	3	0	2	61	31
Niedersachsen	0	20	25	0	54	13	6	240	208
Nordrhein-Westfalen	1	62	76	0	100	162	8	788	824
Rheinland-Pfalz	0	28	14	0	29	22	3	149	134
Saarland	0	2	4	0	31	1	0	30	40
Sachsen	3	13	13	0	23	3	1	83	125
Sachsen-Anhalt	0	3	6	0	0	4	3	81	120
Schleswig-Holstein	1	13	5	3	25	12	1	47	68
Thüringen	1	11	11	0	0	1	4	59	77
<b>Deutschland</b>	<b>11</b>	<b>282</b>	<b>281</b>	<b>7</b>	<b>1.564</b>	<b>612</b>	<b>68</b>	<b>3.234</b>	<b>3.318</b>

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

39. Woche 2011 (Datenstand:19.10.2011)

Krankheit	2011	2011	2010	2010
	39. Woche	1.–39. Woche	1.–39. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	15	312	386	489
Brucellose	0	19	18	22
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	87	99	128
Dengue-Fieber	8	216	431	595
FSME	2	353	215	260
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	6	859	55	65
Hantavirus-Erkrankung	8	137	1.878	2.017
Hepatitis D	0	11	8	10
Hepatitis E	4	180	160	221
Influenza	6	43.614	2.999	3.468
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	173	133	211
Legionellose	10	447	546	690
Leptospirose	2	30	50	70
Listeriose	8	229	292	390
Ornithose	0	14	20	25
Paratyphus	2	48	50	57
Q-Fieber	3	267	331	361
Trichinellose	0	2	2	3
Tularämie	1	12	19	31
Typhus abdominalis	0	48	60	71

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

## Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

## Botulismus:

1. Niedersachsen, 49 Jahre, weiblich
2. Niedersachsen, 60 Jahre, männlich

(35. Meldewoche; Lebensmittelbedingter Botulismus; 5. und 6. Botulismus-Fall 2011)

## Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

## Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 41. Kalenderwoche (KW) 2011

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 41. KW 2011 im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Die Werte des Praxisindex liegen in allen AGI-Regionen weiterhin im Bereich der Hintergrundaktivität (Datenstand: 18.10.2011).

## Daten aus dem bevölkerungsbasierten Überwachungsinstrument GrippeWeb

In der 41. KW hat der Anteil der Teilnehmer mit einer ARE zugenommen, der Anstieg ist vor allem durch eine Zunahme in der Altersgruppe der über 14-Jährigen zu erklären. Dieses Ergebnis passt gut zu den Werten der ARE-Konsultationsinzidenz der AGI, nachdem vermehrt Erwachsene von ARE betroffen sind (s. u.: [www.grippeweb.rki.de](http://www.grippeweb.rki.de)).

## Internationale Situation

► **Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN:** Für die 40. KW 2011 berichteten alle 23 Länder über eine geringe Influenza-Aktivität (s. u.: <http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN/Pages/index.aspx>).

► **Ergebnisse der weltweiten Influenza-Surveillance durch die WHO:** Aus tropischen Ländern in Äquatornähe, wie Kuba, Honduras und Bolivien, auf dem amerikanischen Kontinent bzw. Kamerun in Afrika und Indien, Thailand, Vietnam und Singapur in Südasien wird über eine Influenzaviruszirkulation bei meist niedriger Influenza-Aktivität berichtet. Für die gemäßigte Zone der Südhalbkugel wird aus Südafrika und Südamerika über niedrige Influenza-Aktivität berichtet, auch in Australien sinken die Werte in den meisten Bundesstaaten weiter ab. In Neuseeland liegen die Werte im Bereich der dortigen Basislinie. Die Verteilung der in den jeweiligen Ländern hauptsächlich nachgewiesenen Influenzavirustypen/Subtypen ist sehr heterogen. Anfang Oktober 2011 zirkulierten in Südafrika, Indien und Südasien Influenza B-Viren dominant mit einer deutlichen Kozirkulation von Influenza A(H3N2) oder A(H1N1) 2009, während in Australien hauptsächlich Influenza A(H1N1) 2009-Viren identifiziert wurden. In Mittelamerika überwogen Influenza A(H3N2)-Nachweise, während in Südamerika Influenza A(H1N1)2009 oder beide Influenza A-Subtypen zirkulierten (s. a. unter: [www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/en/index.html](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html)).

**Quelle:** Influenza-Wochenbericht für die 41. Kalenderwoche 2011 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und dem NRZ für Influenza am RKI.

## Impressum

## Herausgeber

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

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)  
E-Mail: [MarcusU@rki.de](mailto:MarcusU@rki.de)

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann  
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)  
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459  
E-Mail: [FehrmannS@rki.de](mailto: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](mailto: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 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). 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](http://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