



# Epidemiologisches Bulletin

4. April 2019 / Nr. 14

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Die globale Polio-Eradikation ist zum Greifen nahe – Ziel ist das Jahr 2023

Die globale Eradikation der Poliomyelitis ist ein von der Weltgesundheitsversammlung erklärtes Ziel. In einer außerordentlichen gemeinsamen Erklärung der *Global Polio Eradication Initiative (GPEI)* fordern die Vorsitzenden alle an der Eradikation der Poliomyelitis Beteiligten auf, sicherzustellen, dass die Kinderlähmung bis 2023 endlich der Vergangenheit angehören soll. Der Eradikationsplan bis 2018 hat die Welt an den Rand der Poliofreiheit gebracht. Ein neuer Strategieplan 2019–2023 soll nun auf den seit 2013 gewonnenen Erfahrungen aufbauen. In der gemeinsamen Erklärung werden alle Beteiligten aufgefordert, sich verstärkt für die Eradikation einzusetzen.

Dank weltweiter Impfkampagnen konnten Poliovildviren (WPV) in 4 von 6 Regionen der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* bereits eliminiert werden. Im Jahr 2015 wurde die Übertagung von WPV-Typ 2 (WPV<sub>2</sub>) für weltweit beendet erklärt, woraufhin 2016 der trivalente OPV (Typ<sub>1+2+3</sub> enthaltend) zugunsten des bivalenten OPV (nur Typ<sub>1+3</sub> enthaltend) weltweit ersetzt wurde. Die WHO empfiehlt gleichzeitig, mindestens eine Dosis IPV in die nationalen Impfschemata zu integrieren (s. a. unten „Hintergrund Poliomyelitis“). Aufgrund von einerseits politisch, andererseits kulturell bedingten Unterbrechungen flächendeckender nationaler Impfprogramme kommt es weiterhin zum Auftreten von einzelnen Fällen und Ausbrüchen mit Nachweis des WPV<sub>1</sub> sowie von zirkulierenden vakzineabgeleiteten Polioviren (cVDPV, insbesondere cVDPV<sub>1</sub> und cVDPV<sub>2</sub>). Zur Ausbruchsbekämpfung wurde daher neben dem bivalenten OPV (Typ 1+3) auch der monovalente OPV (mOPV<sub>2</sub>) eingesetzt.

### Hintergrund zu Poliomyelitis

Poliomyelitis ist eine durch akute, schlaffe Lähmungen einer oder mehrerer Extremitäten gekennzeichnete Viruserkrankung, verursacht durch WPV oder VDPV bzw. das Impfvirus selbst. Polioviren werden fäkal ausgeschieden und können dadurch leicht von Mensch zu Mensch übertragen werden.

Es stehen ein intramuskulär zu applizierender, inaktivierter Polioimpfstoff (IPV) und ein oraler Lebendimpfstoff (OPV) zur Verfügung. Das vom Lebendimpfstoff abgeleitete VDPV kann in der Bevölkerung zirkulieren (cVDPV) und bei nicht ausreichenden Impfquoten Ausbrüche hervorrufen. Dabei präsentieren sich die Fälle durch die wiedererlangte Neurovirulenz des zuvor abgeschwächten Virus mit akuten, schlaffen Paresen, also den Symptomen einer akuten Poliomyelitis.

In Deutschland empfiehlt die *Ständige Impfkommission (STIKO)* seit 1998, generell nur noch IPV zu verwenden. Nach vollständiger Grundimmunisierung wird für Jugendliche im Alter von 9–16 Jahren eine Auffrischimpfung mit IPV empfohlen.

### Aktuelle globale Situation

Als Endemiegebiete gelten weiterhin Pakistan, Afghanistan und Nigeria, mit aktuell wiederholten Nachweisen von WPV<sub>1</sub> in Afghanistan und Pakistan (2019: 6 Fälle

Diese Woche 14/2019

[Die globale Polio-Eradikation ist zum Greifen nahe – Ziel ist das Jahr 2023](#)

[Hinweis auf Veranstaltungen](#)

[Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Januar 2019](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 11. Woche 2019](#)

[Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 13. KW 2019](#)



bisher). Die Fallzahlen beziehen sich nur auf symptomatische Fälle, Nachweise bei Nicht-Erkrankten innerhalb von Umgebungsuntersuchungen oder aus Abwässern sind nicht enthalten. Im Jahr 2017 wurden aus den 3 oben genannten Ländern insgesamt 22 WPV1-Fälle (14 in Afghanistan und 8 in Pakistan) berichtet, so wenige wie nie zuvor. Im Jahr 2018 gab es wieder etwas mehr WPV1-Fälle (33 Fälle, siehe Tab. 1).

Pakistan hat mit der ersten landesweiten Impfkampagne gegen Kinderlähmung in diesem Jahr begonnen. Über 39 Millionen unter 5 Jahre alte Kinder sollen von mehr als 260.000 Helfern innerhalb von 5 Tagen geimpft werden.

Nigeria ist nach wie vor von 2 getrennten cVDPV2-Ausbrüchen betroffen, ein Ausbruch in der Region Sokoto und einer, der in der Region Jigawa begann und sich von dort in andere Regionen Nigerias und nach Niger ausbreitete.

### Ausbruchsgeschehen 2018 und 2019 in Nicht-Endemiegebieten

Außerhalb der Endemiegebiete kam es im Jahr 2018 vermehrt zu Ausbrüchen verursacht durch cVDPV (s. Tab. 1).

	2019	2018
Afghanistan	2 (WPV1)	21 (WPV1)
Demokratische Republik Kongo	0	20 (cVDPV2)
Niger	0	10 (cVDPV2)
Nigeria	2 (cVDPV2)	34 (cVDPV2)
Mosambik	1 (cVDPV2)	1 (cVDPV2)
Pakistan	4 (WPV1)	12 (WPV1)
Papua-Neuguinea	0	26 (cVDPV1)
Somalia	0	13 (cVDPV2 und cVDPV3)

Tab. 1: Anzahl an durch Poliowildvirus (WPV1) und Impfstoff-abgeleiteten Viren (cVDPV) hervorgerufenen Polio-Fällen weltweit nach betroffenem Land, 2018–2019 (Stand: 22.3.2019)

Quelle: Global Polio Eradication Initiative

Die **Demokratische Republik Kongo** (DRC) ist von 4 separaten cVDPV2-Ausbrüchen betroffen (in Mongala, Maniema und Haut Lomami; in Tanganika, in Haut Katanga und in Ituri). Im September und Oktober 2018 wurden großflächige Impfkampagnen durchgeführt.

**Somalia** ist von 2 Ausbrüchen mit cVDPV2 und cVDPV3 betroffen.

Im Juni 2018 wurde erstmals über einen Nachweis eines cVDPV1 in **Papua-Neuguinea** berichtet. Insgesamt gab es im Jahr 2018 in Papua-Neuguinea 26 Ausbruchsfälle. Als Reaktion auf den Ausbruch erfolgten intensivierete Surveillance-Maßnahmen (aktive Fallsuche, Stuhl-Screening) sowie Impfkampagnen in den betroffenen Provinzen.

Die GPEI hat auch für **Indonesien** über einen Poliomyelitis-Ausbruch, verursacht durch cVDPV1, berichtet. In den vergangenen 13 Jahren war in Indonesien kein Fall von Poliomyelitis mehr berichtet worden. Nach Aussagen der

GPEI besteht epidemiologisch keine Verbindung zwischen dem neuen Ausbruch in Indonesien und dem Ausbruch im angrenzenden Papua-Neuguinea.

Anfang Januar 2019 berichtete die GPEI von einem cVDPV2-Ausbruch in **Mosambik**. Bereits am 21.10.2018 erkrankte in Mosambik ein 6-jähriges ungeimpftes Mädchen an einer akuten schlaffen Lähmung. Dieses Mädchen und eine ihrer Kontaktpersonen wurden Anfang 2019 als Poliomyelitis-Fälle labordiagnostisch bestätigt. In Mosambik werden weitere Untersuchungen sowie umfassende Risikobewertungsaktivitäten zur Planung von Immunisierungs- und Kontrollmaßnahmen durchgeführt. Dies ist der erste Ausbruch von cVDPV in Mosambik, seit das Land 2016 als poliofrei erklärt wurde. Ein sporadischer Fall von cVDPV trat im Januar 2017 auf.

### Situation in Deutschland

Die letzte in Deutschland erworbene Erkrankung an Poliomyelitis durch ein Wildvirus wurde 1990 erfasst. Die letzten beiden importierten Fälle (aus Ägypten und Indien) wurden 1992 registriert. Wegen der Möglichkeit eines Reimportes von Polioviren müssen die Pfeiler der Polioeradikation – hohe Impfquoten und Überwachung – auch in poliofreien Regionen solange intensiv weitergeführt werden, bis die globale Polioeradikation erreicht ist.

Im Kontext der Globalen Polioeradikation werden im Rahmen der bundesweiten Enterovirus-Surveillance (EVSURV) in Deutschland Stuhl- und Liquorproben von Patienten mit Verdacht auf eine aseptische Meningitis/Enzephalitis bzw. akute schlaffe Paresen (AFP) auf Enteroviren untersucht. Seit 2006 wurden pro Jahr 26–78 AFP-Fälle bekannt und auf Enteroviren untersucht. Pro Jahr wurden bei 3–7 Patienten mit AFP (6,5–14 %) Enteroviren nachgewiesen (vorwiegend im Stuhl). Insgesamt wurden 19 verschiedene Enteroviren typisiert. Im Gegensatz zu den USA und einigen Ländern Europas wurde in Deutschland 2018 kein Anstieg der AFP-Fälle im Rahmen der EVSURV festgestellt.

Beim Auftreten einer AFP mit vorangegangener respiratorischer Symptomatik ist zusätzlich zu einer Stuhl- oder Liquorprobe die kostenlose Untersuchung einer Probe des oberen Respirationstraktes sinnvoll (um gegebenenfalls EV-D68 sicher nachweisen zu können). Diese kann im **Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren** am **Robert Koch-Institut (RKI)** oder einem der Netzwerklabore (LaNED) durchgeführt werden.

### Literatur

- <http://polioeradication.org>
- <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/01/GPEI-Letter-chairs-January2019.pdf>

■ Dr. Raskit Lachmann (INIG) | Dr. Katalyn Rossmann (Kdo SanDstBw) | Dr. Sabine Diedrich (FG15) | PD Dr. Ole Wichmann (FG33)

Korrespondenz: [DiedrichS@rki.de](mailto:DiedrichS@rki.de)

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Lachmann R, Rossmann K, Diedrich S, Wichmann O: Die globale Polioeradikation ist zum Greifen nahe – Ziel ist das Jahr 2023.

Epid Bull 2019;14:119–120 | DOI 10.25646/6044

**Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren**

Institution: Robert Koch-Institut  
 Fachgebiet 15 – Virale Gastroenteritis- und Hepatitisserreger und Enteroviren  
 Seestraße 10  
 13353 Berlin  
 Internet: [www.rki.de/nrz-polio](http://www.rki.de/nrz-polio)  
 Ansprechpartner: Dr. Sabine Diedrich  
 Tel.: +49 (0)30 18754–2378  
 Fax: +49 (0)30 18754–2617  
 E-Mail: [DiedrichS@rki.de](mailto:DiedrichS@rki.de)

- Kontrolle der Populationsimmunität und Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei gegebener Indikation mittels Neutralisationstest;
- Standardisierung und Verbesserung der molekularen Enterovirusdiagnostik (Beispiel: spezifische PCR-Systeme zum Nachweis der verschiedenen Enterovirusgruppen sowie ausgewählter Serotypen);
- Führung und Abgabe von Referenzmaterial (Virusstämme, Referenzserum für Neutralisationstest);
- Durchführung von Ringversuchen zum Enterovirusnachweis mittels virologischer (Virusanzucht und Typisierung) und molekularer Verfahren (PCR) in Zusammenarbeit mit INSTAND, Inter-Laborvergleiche zur Qualitätssicherung (Neutralisationstest);
- Beratung des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der obersten Landesbehörden zur Poliomyelitis und zum Komplex der Enteroviren.

**Leistungsangebot**

- Enterovirusdiagnostik bei Patienten mit aseptischer Meningitis/Enzephalitis und akuten schlaffen Paresen im Rahmen des WHO-Programms zur Eradikation der Poliomyelitis (Nationale Enterovirus-surveillance) mit virologischen (Virusanzucht und Typisierung) und molekularen Methoden (PCR in verschiedenen Genomregionen mit anschließender Sequenzierung);
- Molekularbiologische Feincharakterisierung ausgewählter Picornavirus-Serotypen zur Aufklärung von Ausbrüchen (Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit) oder für phylogenetische Analysen;

**Hinweise**

Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. Das Untersuchungsmaterial (Stuhl, Liquor, Serum) sollte auf dem schnellstmöglichen Wege gekühlt transportiert werden.

**Hinweis auf Veranstaltungen**

**Frühjahrstagung der Sektion Antimykotische Therapie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. (PEG)**

Datum: 10. bis 11. Mai 2019  
 Ort: Gustav-Stresemann-Institut  
 Langer Grabenweg 68  
 D-53175 Bonn  
 Veranstalter: Nationales Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitee  
 Wissen. Leitung: Prof. Dr. Michael Kresken  
 Tel: +49 (0)2226 908–917  
 Fax: +49 (0)2226 908–918

E-Mail: [michael.kresken@p-e-g.org](mailto:michael.kresken@p-e-g.org)  
 Internet: [www.peg-symposien.org/fruehjahrstagung\\_2019.html](http://www.peg-symposien.org/fruehjahrstagung_2019.html)

**Inhalt**

Neues aus der mikrobiologischen Diagnostik | Candida Therapieempfehlungen – Leitlinie 2019/20? | Management von Schimmelpilzinfektionen beim hämatologisch-onkologischen Patienten | Molekulare Diagnostik | Pilzerreger in der Lunge | Epidemiologie – neue Risikogruppen?

**Anmeldung**

Unter folgendem Link können Sie sich zur Veranstaltung anmelden: [www.peg-symposien.org/registrierung-524.html](http://www.peg-symposien.org/registrierung-524.html)

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten** Berichtsmonat: **Januar 2019** (Datenstand: 1. April 2019)  
**Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern**  
 (Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.			
	2019		2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	
	Jan.	Jan.–Jan.	Jan.	Jan.–Jan.	Jan.	Jan.	Jan.–Jan.	Jan.	Jan.–Jan.	Jan.	Jan.–Jan.	Jan.	Jan.–Jan.		
Baden-Württemberg	58	58	72	45	45	42	8	8	10	0	0	6	1	1	0
Bayern	112	112	98	39	39	50	5	5	15	2	2	4	0	0	0
Berlin	144	144	119	28	28	28	12	12	8	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	8	8	12	9	9	7	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	13	13	5	6	6	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	36	36	42	18	18	7	2	2	11	0	0	3	0	0	0
Hessen	45	45	46	16	16	14	4	4	4	0	0	2	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	6	6	9	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	35	35	47	24	24	20	3	3	2	2	2	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	172	172	162	49	49	48	23	23	16	1	1	3	0	0	0
Rheinland-Pfalz	19	19	27	7	7	8	2	2	6	0	0	0	0	0	0
Saarland	4	4	9	2	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	39	39	26	4	4	15	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Sachsen-Anhalt	10	10	8	7	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	15	15	11	5	5	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0
Thüringen	19	19	12	5	5	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>735</b>	<b>735</b>	<b>705</b>	<b>266</b>	<b>266</b>	<b>262</b>	<b>67</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

11. Woche 2019 (Datenstand: 4. April 2019)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	61	826	1.080	2	37	42	9	154	174	3	17	14
Bayern	63	1.043	1.319	0	36	46	26	246	267	1	17	5
Berlin	37	453	419	2	25	22	3	77	58	4	31	20
Brandenburg	27	315	286	3	11	13	10	69	58	0	0	3
Bremen	3	55	88	0	1	6	1	11	11	0	0	0
Hamburg	14	278	269	0	4	8	6	58	54	1	14	7
Hessen	37	558	800	0	8	12	3	120	123	0	10	14
Mecklenburg-Vorpommern	22	228	256	1	6	6	3	71	58	0	1	1
Niedersachsen	70	759	888	5	40	43	19	243	231	0	5	2
Nordrhein-Westfalen	178	2.256	2.869	3	53	43	28	349	399	0	10	6
Rheinland-Pfalz	60	577	582	2	24	16	10	118	126	0	6	4
Saarland	20	139	216	0	4	5	1	15	11	0	0	0
Sachsen	48	754	800	2	32	35	7	132	149	2	12	8
Sachsen-Anhalt	23	256	247	2	20	28	13	80	104	0	3	0
Schleswig-Holstein	25	352	314	1	10	10	3	43	47	0	1	0
Thüringen	26	322	350	1	10	13	12	117	102	2	3	2
<b>Deutschland</b>	<b>715</b>	<b>9.174</b>	<b>10.784</b>	<b>24</b>	<b>322</b>	<b>348</b>	<b>154</b>	<b>1.904</b>	<b>1.972</b>	<b>13</b>	<b>130</b>	<b>86</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis <sup>+</sup>			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	4	16	26	188	2.582	1.659	37	254	184	8	98	65	1	13	5
Bayern	4	54	50	277	3.453	3.648	63	787	329	11	133	116	2	13	8
Berlin	1	15	17	105	1.357	1.646	188	1.107	327	11	137	84	3	18	21
Brandenburg	0	21	25	82	1.145	1.346	188	917	416	8	34	15	1	15	4
Bremen	0	1	1	12	98	212	6	41	42	0	1	7	0	3	2
Hamburg	0	9	5	27	440	683	102	528	181	6	54	36	1	9	9
Hessen	4	36	38	125	1.821	1.336	45	342	184	3	76	46	4	18	15
Mecklenburg-Vorpommern	1	9	19	77	1.050	1.561	63	404	252	1	23	19	2	25	21
Niedersachsen	5	31	44	215	2.833	2.507	129	779	252	3	36	24	0	19	20
Nordrhein-Westfalen	9	77	87	463	6.701	5.908	116	876	644	12	109	91	4	58	36
Rheinland-Pfalz	2	25	27	133	2.045	1.355	79	275	133	2	31	27	0	8	1
Saarland	0	1	6	22	322	401	6	77	14	2	26	4	0	0	2
Sachsen	11	76	103	203	2.507	2.879	206	1.209	1.374	8	65	55	4	22	13
Sachsen-Anhalt	3	24	27	109	1.333	1.686	85	448	447	0	20	14	1	9	16
Schleswig-Holstein	4	13	9	50	723	961	77	421	134	2	16	12	0	3	2
Thüringen	2	53	59	107	1.351	1.537	104	655	710	3	19	15	0	6	3
<b>Deutschland</b>	<b>50</b>	<b>462</b>	<b>543</b>	<b>2.197</b>	<b>29.767</b>	<b>29.332</b>	<b>1.494</b>	<b>9.120</b>	<b>5.624</b>	<b>80</b>	<b>878</b>	<b>630</b>	<b>23</b>	<b>239</b>	<b>178</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

11. Woche 2019 (Datenstand: 4. April 2019)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	0	12	19	16	169	147	20	263	183	0	9	15	10	100	168
Bayern	2	20	23	19	285	289	22	238	267	2	17	14	10	134	163
Berlin	0	18	16	6	45	36	8	66	65	1	6	4	7	84	91
Brandenburg	0	4	7	1	14	12	1	14	21	0	1	5	3	17	35
Bremen	0	2	2	0	9	1	0	7	8	0	0	0	0	16	13
Hamburg	1	13	2	0	12	13	3	35	34	0	4	5	3	50	44
Hessen	1	11	19	6	115	101	6	94	123	2	6	7	11	106	127
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	2	0	11	6	0	9	5	0	0	2	2	12	18
Niedersachsen	1	7	13	2	38	34	6	99	84	1	5	5	5	79	78
Nordrhein-Westfalen	5	45	74	20	133	118	27	298	271	2	16	23	16	225	257
Rheinland-Pfalz	1	10	8	13	87	57	2	54	40	0	6	6	6	42	57
Saarland	0	3	3	1	15	3	2	18	4	0	0	0	0	8	15
Sachsen	1	2	2	3	23	34	6	41	39	0	4	7	3	29	31
Sachsen-Anhalt	0	1	3	0	18	11	3	31	21	0	2	2	0	31	23
Schleswig-Holstein	0	7	3	4	40	30	2	47	52	0	6	5	2	20	27
Thüringen	1	4	3	1	8	4	6	20	21	0	1	1	0	18	15
<b>Deutschland</b>	<b>13</b>	<b>163</b>	<b>199</b>	<b>92</b>	<b>1.022</b>	<b>896</b>	<b>114</b>	<b>1.334</b>	<b>1.238</b>	<b>8</b>	<b>83</b>	<b>101</b>	<b>78</b>	<b>971</b>	<b>1.162</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018	2019		2018
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
Baden-Württemberg	8	36	12	0	6	13	0	0	0	15	198	213	94	1.036	1.089
Bayern	2	30	18	0	20	44	1	1	0	48	544	950	152	1.567	1.232
Berlin	1	7	8	1	7	4	0	0	0	4	67	156	43	421	357
Brandenburg	0	0	2	0	3	2	0	0	0	7	118	177	14	121	128
Bremen	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	14	22	6	43	70
Hamburg	0	3	4	0	1	1	0	0	0	3	100	101	4	100	116
Hessen	1	16	7	0	11	11	0	0	0	10	118	265	33	289	280
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	3	1	0	0	0	10	54	106	5	81	46
Niedersachsen	6	31	3	1	11	12	0	1	0	7	100	235	52	408	424
Nordrhein-Westfalen	11	92	24	2	19	26	0	0	3	25	344	541	99	1.054	952
Rheinland-Pfalz	1	8	0	1	7	8	0	0	0	6	116	171	13	153	156
Saarland	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	59	1	10	20
Sachsen	1	10	4	0	1	2	0	0	0	18	200	239	30	414	573
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	1	0	0	0	0	26	130	338	9	62	88
Schleswig-Holstein	0	1	1	0	5	7	0	0	0	4	64	145	11	155	181
Thüringen	0	2	0	0	1	1	0	0	0	6	98	301	8	97	144
<b>Deutschland</b>	<b>31</b>	<b>236</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>98</b>	<b>135</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>189</b>	<b>2.270</b>	<b>4.020</b>	<b>574</b>	<b>6.012</b>	<b>5.857</b>

\* Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

**Allgemeiner Hinweis:** 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

11. Woche 2019 (Datenstand: 4. April 2019)

Krankheit	2019	2019	2018	2018
	11. Woche	1.–11. Woche	1.–11. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	11	207	186	677
Brucellose	0	2	8	37
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	8	26
<i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	40	478	660	2.824
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	10	14	78
Denguefieber	15	174	88	613
FSME	1	11	2	584
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	6	4	68
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	25	261	276	852
Hantavirus-Erkrankung	8	88	54	235
Hepatitis D	3	7	19	59
Hepatitis E	63	709	704	3.400
Influenza	13.259	111.045	227.252	274.275
Legionellose	14	216	203	1.444
Leptospirose	1	14	20	117
Listeriose	13	140	118	702
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	38	415	556	2.428
Ornithose	0	1	2	9
Paratyphus	0	4	4	29
Q-Fieber	0	6	15	93
Trichinellose	0	0	0	0
Tularämie	0	2	4	54
Typhus abdominalis	1	10	12	58

\* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

### Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 13. Kalenderwoche (KW) 2019

#### Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 13. KW 2019 insgesamt zurückgegangen. Die Werte des Praxisindex lagen in der 13. KW 2019 im Bereich geringfügig erhöhter ARE-Aktivität. Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ) wurden in der 13. KW 2019 in 58 (56%) von 104 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Dabei handelt es sich in der aktuellen Berichtswoche zum größten Teil um Influenzaviren. Die Influenza-Positivrate lag bei 32% (95%-Vertrauensbereich 23–41%). Für die 13. Meldeweche (MW) 2019 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 7.810 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt.

#### Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von 45 Ländern und Regionen, die für die 12. KW 2019 Daten an TESSy (*The European Surveillance System*) sandten, berichteten 11 Länder, dass sie unterhalb des nationalen Schwellenwertes lagen. 30 Länder (darunter Deutschland) berichteten über eine niedrige und 4 Länder über eine mittlere Influenza-Aktivität ([www.flunewseurope.org](http://www.flunewseurope.org)).

Quelle: Wochenbericht der AGI des RKI für die 13. KW 2019; <https://influenza.rki.de>

## Impressum

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: 030.18754-0  
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.: 030.18754-2324  
E-Mail: [Seedatj@rki.de](mailto:Seedatj@rki.de)  
Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski  
Tel.: 030.18754-2455  
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.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

ISSN (Online) 2569-5266