



Epidemiologisches Bulletin

25. Oktober 2018 / Nr. 43

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welt-Poliotag 2018

30 Jahre globale Polioeradikationsinitiative

Die globale Polioeradikationsinitiative (GPEI) wurde im Jahr 1988 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihren Partnern ins Leben gerufen. Damals erkrankten täglich mehr als 1.000 Kinder weltweit an Poliomyelitis. Durch die Zusammenarbeit von mehr als 200 Ländern und 20 Millionen Freiwilligen, unterstützt durch internationale Investitionen in Milliardenhöhe konnten Impfprogramme durchgeführt werden, die schnell enorme Erfolge erzielten. Nachdem Poliowildviren des Typs 2 (WPV₂) letztmalig 1999 nachgewiesen wurden, erklärte die WHO sie im Jahr 2015 für ausgerottet. Auch WPV₃ wurden seit 2012 weltweit nicht mehr detektiert. Die Zahl der Infektionen, die durch den letzten der drei Serotypen (WPV₁) verursacht werden, ist seit 2015 unter 100 Fälle pro Jahr gesunken. In diesem Jahr sind bisher (Stand: 19. Oktober 2018) 20 Fälle bekannt geworden – 16 in Afghanistan und vier in Pakistan (Vergleich 2017: n = 22). Nachdem Nigeria im Jahr 2015 bereits als poliofrei galt, sind dort im Jahr 2016 wieder vier Poliofälle gemeldet worden. Somit gibt es derzeit drei Länder, in denen die Polio als endemisch gilt: Afghanistan, Pakistan und Nigeria. Leider steigt derzeit die Zahl der Erkrankungsfälle durch zirkulierende, vom Impfstoff abgeleitete Polioviren (cVDPV) auch in nicht endemischen Ländern an.

Der Weltpoliotag wird jährlich in der letzten Oktoberwoche, zu Ehren des Geburtstages von Dr. Jonas Salk am 28. Oktober, begangen. Er entwickelte 1955 die erste inaktivierte Poliovakzine (IPV) und schuf damit eine der Grundvoraussetzungen für den weltweiten Kampf gegen die Kinderlähmung (Poliomyelitis). Dr. Albert Sabin entwickelte einige Jahre später den oralen (attenuierten) Lebendimpfstoff (OPV). Dieser leicht zu verabreichende Impfstoff leitete den Siegeszug eines der erfolgreichsten Gesundheitsprogramme der Geschichte ein, dessen Ziel die weltweite Ausrottung der Poliomyelitis ist. Andererseits kann das attenuierte Virus, das vor der Erkrankung schützen soll, in sehr seltenen Fällen jedoch selber zum Auslöser der Erkrankung werden. In diesem Fall spricht man von einer Vakzine-assoziierten paralytischen Poliomyelitis (VAPP). Da die Impfviren über mehrere Wochen mit dem Stuhl ausgeschieden werden, können so neben dem Impfling auch nicht ausreichend geschützte Kontaktpersonen an einer VAPP erkranken. In der Regel bricht die Infektkette dann schnell ab. Wenn es jedoch Impflücken in der Bevölkerung gibt, können die Impfviren auch langanhaltend zirkulieren und sich dabei genetisch verändern. In diesem Fall spricht man von zirkulierenden Vakzine-abgeleiteten Polioviren (cVDPV).

Da etwa nur eine von 200 infizierten Personen an einer klinisch manifesten Poliomyelitis erkrankt, können die Viren zum Teil auch über Jahre unerkannt zirkulieren. Um sowohl VAPP als auch cVDPV Fälle zu verhindern, soll letztendlich nach Beendigung der Übertragung aller drei Serotypen von Poliowildviren der Einsatz von OPV weltweit eingestellt werden.

Der erste Schritt in diese Richtung war die Umstellung der Impfstrategie vom trivalenten OPV (tOPV) auf den bivalenten OPV (bOPV₁₊₃), der keine Polio-

Diese Woche 43/2018

[Welt-Poliotag 2018: 30 Jahre globale Polioeradikationsinitiative](#)

[Ausschreibung des Konsiliarlabors für Bordetellen](#)

[Hinweis auf Veranstaltungen](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 40. Woche 2018](#)

[Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 42. KW 2017](#)



viren Typ 2 mehr enthält. Innerhalb der letzten zwei Aprilwochen 2016 beteiligen sich weltweit ca. 145 Länder an dieser beispiellosen, global koordinierten Impfstoffumstellung. Gleichzeitig sollte mindestens eine Dosis des IPV-Impfstoffs in die Impfprogramme aller Länder aufgenommen werden, um den Schutz gegen alle drei Poliovirustypen aufrecht zu erhalten. Alternativ kann auch ausschließlich IPV geimpft werden, wie es z. B. bereits seit 20 Jahren in Deutschland passiert.

Nach der Umstellung der Impfstrategie kam es teilweise zu IPV-Lieferengpässen. Daher konnte in einigen Ländern vorübergehend nicht gegen Poliovirus Serotyp 2 geimpft werden. Auch die politische Situation in einigen Ländern erschwert die Finalisierung der Polioeradikation, wie etwa der Bürgerkrieg in Syrien oder der Einfluss der Terrormiliz Boko Haram in Nigeria. Dort können Impfprogramme nicht oder nur schwer durchgeführt werden.

Impflücken jeglicher Art können zu Ausbrüchen führen. So kam es seit der Impfstoffumstellung zu Ausbrüchen durch Vakzine-abgeleitete Polioviren Serotyp 2 – VDPV2 (74 Erkrankungen in Syrien und 22 in der Demokratischen Republik Kongo in 2017). In diesem Jahr wurden bisher 43 cVDPV2 Fälle bekannt (16 in Nigeria, 15 in der Demokratischen Republik Kongo, sechs in Somalia und sechs in Niger). Außerdem wurden auch wieder Fälle durch cVDPV1 und cVDPV3 registriert. So wurde im Mai 2018 in Papua Neuguinea (PNG) erstmalig seit über 20

Jahren wieder bei einem Kind eine Polio diagnostiziert. Insgesamt traten dort seither wieder 17 cVDPV1 Fälle auf.

Um diese Ausbrüche einzudämmen, werden gezielte, großangelegte Impfkampagnen in den betroffenen Regionen durchgeführt und die Surveillance intensiviert. Dabei wird bei gegebener Indikation auch monovalenter mOPV2 eingesetzt.

Auch in der WHO Region Europa, die seit 2002 poliofrei zertifiziert ist, gibt es gefährdete Staaten. So schätzt die WHO das Risiko einer Weiterverbreitung von Polioviren nach Import in Bosnien und Herzegowina, Rumänien und der Ukraine als hoch ein. Weitere 21 europäische Länder, darunter auch Deutschland, haben diesbezüglich ein mittleres Risiko. Dieses Risiko wird auf der Grundlage von Impfquoten (Ziel: 95%; gegenwärtige Impfquote in Deutschland: 93,9%)¹ und der Qualität der jeweiligen Surveillance ermittelt.

Eine „Welt ohne Polio“ ist möglich wenn alle drei Säulen der Polioeradikation – Impfen, Surveillance und Containment auf hohem Niveau aufrechterhalten werden. Auch wenn es länger dauert als ursprünglich erwartet – es lohnt sich!

Literatur

1. Rieck T, et al.: Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland. *Epid. Bull.* 2018;1:1–14. DOI 10.17886/EpiBull-2018-001.3

■ ^{*,***}Dr. Kathrin Keeren | ^{*,***} Dr. Sindy Böttcher | ^{*,***} Dr. Sabine Diedrich
^{*} Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionskrankheiten |
 FG 15 Virale Gastroenteritis- und Hepatitisreger und Enteroviren
^{**} Geschäftsstelle der Nationalen Polio-Kommission
^{***} Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren
 Korrespondenz: DiedrichS@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
 Keeren K, Böttcher S, Diedrich S: Welt-Poliotag 2018: 30 Jahre globale Polioeradikationsinitiative. *Epid Bull* 2018;43:461–462 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-052

Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren

Institutionen: Robert Koch-Institut
 Fachgebiet 15 – Virale Gastroenteritis- und Hepatitisreger und Enteroviren
 Seestraße 10
 13353 Berlin

Ansprechpartner: Dr. Sabine Diedrich

Telefon: +49(0)30.18754–2378

Telefax: +49(0)30 18754–2617

E-Mail: DiedrichS@rki.de

Homepage: www.rki.de/nrz-polio

Leistungsangebot

- Enterovirusdiagnostik bei Patienten mit aseptischer Meningitis/Enzephalitis und akuten schlaffen Paresen im Rahmen des WHO Programms zur Eradikation der Poliomyelitis (Nationale Enterovirusurveillance) 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;
- 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 BMG und der obersten Landesbehörden zur Poliomyelitis und zum Komplex der Enteroviren.

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.

Ausschreibung des Konsiliarlabors für Bordetellen

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

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

Allgemeiner Aufgabenkatalog für KL

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

Spezielle Aufgaben des KL für Bordetellen

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

- Beratung zur serologischen und PCR-Diagnostik und zur Interpretation von Befunden;
- Beratung in Ausbruchssituationen.

Weiteres Vorgehen

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

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. Zurzeit ist eine Förderung des KL für Bordetellen in Höhe von 16.000 Euro/Jahr vorgesehen. Die Förderung setzt eine Eigenbeteiligung des Labors voraus. Interessierte, leistungsfähige Institutionen werden gebeten, bis zum

31. Januar 2019

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

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

NRZ-KL-Koordination@rki.de

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

Hinweis auf Veranstaltungen

9. Symposium der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft resistente Erreger

Termin:	5. Dezember 2018
Veranstaltungsort:	Bürgerzentrum Oberschleißheim Theodor-Heuss-Straße 29 85764 Oberschleißheim
Veranstalter:	Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Tel:	+49(0)9131 6808-5237
Fax:	+49(0)9131 6808-5458
E-Mail:	hygiene@lgl.bayern.de

Homepage: www.lgl.bayern.de/gesundheits/hygiene/lare/index.htm

Programm

BARDa – die bayerische Antibiotikaresistenzdatenbank | Welche Rolle spielen Tiere bei der Verbreitung von Antibiotikaresistenzen | Antibiotika – Stand des Wissens in der Landwirtschaft und der Lebensmittelproduktion | Antibiotika und Antibiotikaresistenzen: Wissen, Einstellungen und Praktiken der Bevölkerung und relevanter Berufsgruppen | Impfschutz für das medizinische Personal | BMBF – Verbundprojekt EMERGE-Net: Patientenströme und Übertragungswege von multiresistenten Erregern

Anmeldung

Der Anmeldeschluss ist der 15. November 2018. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Meldewoche
korrigiert am
31.10.2018**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland** 40. Woche 2018 (Datenstand: 24. Oktober 2018)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	110	5.079	5.154	7	204	160	41	1.237	1.010	1	49	28
Bayern	169	6.684	6.731	10	261	239	47	1.483	1.889	4	62	63
Berlin	40	2.129	1.999	1	79	104	8	375	401	2	106	46
Brandenburg	35	1.707	1.597	0	73	45	8	338	318	0	11	12
Bremen	9	381	391	0	9	8	3	66	51	0	2	2
Hamburg	22	1.321	1.349	1	40	41	6	245	258	0	42	36
Hessen	86	3.696	3.430	1	46	46	20	631	619	0	51	21
Mecklenburg-Vorpommern	32	1.502	1.497	1	27	44	10	261	308	0	2	3
Niedersachsen	59	4.599	4.489	5	204	208	28	925	1.130	0	12	4
Nordrhein-Westfalen	236	12.978	15.589	10	269	263	88	2.008	2.196	0	38	37
Rheinland-Pfalz	62	3.335	2.985	5	113	98	28	672	524	0	23	18
Saarland	7	1.017	967	0	10	7	1	121	83	0	1	4
Sachsen	83	4.185	3.816	3	170	128	26	662	945	1	54	20
Sachsen-Anhalt	29	1.354	1.334	0	94	99	5	384	410	0	2	9
Schleswig-Holstein	33	1.921	1.822	2	66	64	15	263	340	0	6	7
Thüringen	33	1.709	1.594	1	61	46	10	464	573	1	8	10
Deutschland	1.045	53.602	54.753	47	1.726	1.601	344	10.135	11.056	9	469	320

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.
Baden-Württemberg	1	73	74	49	3.599	4.632	8	799	2.213	7	241	294	8	82	70
Bayern	3	232	252	72	6.572	6.002	12	1.563	4.226	12	461	451	4	125	133
Berlin	0	79	55	50	2.750	2.477	5	1.020	1.874	4	349	336	2	83	118
Brandenburg	1	93	77	64	2.549	2.251	3	1.208	2.766	0	55	88	0	51	74
Bremen	1	3	14	5	373	161	0	92	215	0	18	18	0	11	5
Hamburg	0	26	46	7	1.256	1.057	0	658	1.264	1	133	94	0	58	54
Hessen	2	160	121	26	2.573	2.537	7	721	1.886	5	156	172	2	70	88
Mecklenburg-Vorpommern	0	59	45	43	2.584	1.913	2	989	1.968	1	67	74	4	95	96
Niedersachsen	3	154	153	37	4.267	3.243	11	1.155	2.637	2	128	149	2	97	86
Nordrhein-Westfalen	5	319	342	140	10.325	12.008	20	2.522	5.201	19	409	435	4	370	249
Rheinland-Pfalz	5	100	81	26	2.983	3.763	6	521	1.150	2	104	95	1	54	27
Saarland	0	14	14	7	701	1.098	0	128	387	0	17	14	0	6	4
Sachsen	6	298	274	111	5.466	4.689	49	4.656	4.283	4	202	208	3	144	111
Sachsen-Anhalt	1	101	138	102	3.293	2.947	7	1.560	2.009	4	69	74	3	81	159
Schleswig-Holstein	0	30	49	7	1.643	1.151	10	684	1.015	1	54	56	0	18	22
Thüringen	3	162	170	61	3.111	2.623	5	2.561	2.640	3	52	40	1	53	25
Deutschland	31	1.903	1.905	807	54.054	52.558	145	20.839	35.745	65	2.515	2.598	34	1.398	1.322

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), **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 40. Woche 2018 (Datenstand: 24. Oktober 2018)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.
Baden-Württemberg	4	57	47	14	590	341	7	727	535	0	31	28	8	537	542
Bayern	5	75	109	17	1.024	686	15	819	719	4	36	40	17	635	636
Berlin	9	51	138	8	165	127	4	230	227	1	14	14	5	326	323
Brandenburg	0	20	31	0	64	59	0	68	53	0	8	7	1	129	125
Bremen	1	7	6	1	24	8	0	30	7	1	1	2	1	35	34
Hamburg	0	16	33	0	51	56	2	111	118	1	13	2	0	129	165
Hessen	2	78	90	4	340	268	3	405	300	0	14	14	6	501	445
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	18	0	19	27	0	31	37	0	4	4	0	66	69
Niedersachsen	3	57	51	4	126	89	11	347	232	0	14	21	9	325	262
Nordrhein-Westfalen	4	218	248	10	458	309	19	1.033	703	1	58	35	19	950	960
Rheinland-Pfalz	3	30	33	8	285	165	8	199	143	2	16	16	1	171	200
Saarland	0	10	21	0	16	18	0	22	22	0	3	2	1	31	39
Sachsen	2	15	26	3	184	212	4	157	154	0	12	7	2	130	174
Sachsen-Anhalt	0	18	15	0	46	53	0	55	61	0	6	6	2	133	109
Schleswig-Holstein	0	14	17	1	96	84	8	177	183	0	10	7	2	111	104
Thüringen	0	13	10	0	16	8	1	55	51	0	5	4	2	72	89
Deutschland	33	690	893	70	3.505	2.511	82	4.466	3.546	10	245	209	76	4.283	4.277

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.
Baden-Württemberg	1	86	44	1	38	38	0	0	0	8	777	1.178	41	2.684	2.357
Bayern	2	100	43	0	116	96	0	2	0	45	2.171	2.658	45	3.156	4.115
Berlin	1	29	66	0	9	27	0	0	0	5	402	593	14	952	1.229
Brandenburg	0	12	8	0	4	12	0	0	0	4	432	696	3	300	502
Bremen	0	2	3	0	3	3	0	0	0	0	67	82	1	197	319
Hamburg	0	14	8	0	8	15	0	0	1	6	276	497	5	326	323
Hessen	0	23	76	1	33	66	0	0	0	10	628	729	7	787	861
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	1	6	7	0	0	0	4	217	495	1	110	128
Niedersachsen	0	13	14	0	38	45	0	0	1	5	566	686	17	1.044	1.088
Nordrhein-Westfalen	1	206	519	2	81	132	0	5	5	32	1.784	2.828	49	2.658	3.361
Rheinland-Pfalz	0	9	20	0	25	32	0	0	3	5	434	645	6	505	518
Saarland	0	0	2	0	6	3	0	0	0	1	105	152	1	82	82
Sachsen	0	6	69	0	7	10	0	1	1	10	640	675	33	1.322	1.209
Sachsen-Anhalt	1	9	9	0	5	12	0	0	0	10	740	492	4	254	310
Schleswig-Holstein	0	5	10	1	20	18	0	2	0	11	333	336	3	505	624
Thüringen	0	1	6	0	5	6	0	0	5	9	648	607	3	310	329
Deutschland	6	516	898	6	404	522	0	10	16	165	10.222	13.352	233	15.195	17.358

* 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

40. Woche 2018 (Datenstand: 24. Oktober 2018)

Krankheit	2018	2018	2017	2017
	40. Woche	1.–40. Woche	1.–40. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	0	490	519	717
Brucellose	0	25	34	41
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	10	28	33
<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform	42	2.203	2.195	2.808
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	52	64	76
Denguefieber	10	406	503	635
FSME	5	508	400	486
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	58	89	97
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	10	652	609	811
Hantavirus-Erkrankung	0	127	1.627	1.731
Hepatitis D	0	32	23	36
Hepatitis E	46	2.677	2.237	2.951
Influenza	9	271.764	94.028	95.979
Legionellose	33	1.101	987	1.282
Leptospirose	0	94	88	129
Listeriose	22	540	600	770
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion	35	1.880	2.212	2.798
Ornithose	0	7	9	11
Paratyphus	0	12	33	44
Q-Fieber	0	76	87	107
Trichinellose	0	0	1	2
Tularämie	0	21	40	52
Typhus abdominalis	0	46	68	78

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 42. Kalenderwoche (KW) 2018**Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage**

Die Aktivität der ARE ist in der 42. KW 2018 bundesweit relativ stabil geblieben, die Werte des Praxisindex lagen in der 42. KW insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität. Die Werte der Konsultationsinzidenz sind im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.

Weitere Informationen zur Influenzasaison 2018/19

Informationen zu zugelassenen Grippe-Impfstoffen und die Zahl der für die aktuelle Saison bereits freigegebenen Impfstoffdosen sind auf den Internetseiten des PEI abrufbar: www.pei.de/DE/infos/fachkreise/impfungen-impfstoffe/influenza-grippeimpfstoffe-saisonal/influenza-grippeimpfstoffe-node.html

FAQ zu Influenza auf den RKI-Internetseiten:

- ▶ FAQ Saisonale Influenza (Stand 9.10.2018): www.rki.de/faq-influenza
- ▶ FAQ Saisonale Influenzaimpfung (Stand 28.9.2018): www.rki.de/faq-influenza-impfung
- ▶ FAQ Zoonotische Influenza (Stand 24.5.2018): www.rki.de/faq-zoonotische-influenza

Erregersteckbrief der BZgA zum Thema Grippe: www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza

Ergebnisse der Influenzaüberwachung sind im Bericht der Epidemiologie der Influenza in Deutschland für die Saison 2017/18 umfassend analysiert und bewertet worden (<https://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx>).

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

Alle 49 Länder und Regionen, die für die 41. KW 2018 Daten an TESSy sandten, berichteten über eine niedrige Influenza-Aktivität (www.flunewseurope.org/).

Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance

Interaktive Weltkarte mit Informationen zu Influenza-Aktivität und geografischer Verbreitung nach KW: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=/WHO_HQ_Reports/G5/PROD/EXT/Influenza%20Qualitative+Indicators+Map

Informationen zu Influenzavirusnachweisen, die über GISRS an die WHO berichtet werden: www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flunet/charts/en/

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 42. KW 2018 <https://influenza.rki.de>

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18 754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

▶ Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18 754-23 24

E-Mail: Seadat@rki.de

Marieke Degen (Vertretung)

▶ Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18 754-24 55

E-Mail: 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

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

Nachdruck

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

ISSN (Online) 2569-5266