

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**33/96**

## **Zur Situation bei ausgewählten Infektionskrankheiten am Ende des 1. Halbjahres 1996**

### **Teil 3: Epidemiologische Daten zu HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland**

In den vergangenen 12 Monaten sind im AIDS-Zentrum des Robert Koch-Instituts 1.722 Berichte über AIDS-Neuerkrankungen bei 1.498 Männern (87,0%) und 224 Frauen (13%) eingegangen. Damit sind bis zum 30.6.1996 insgesamt 14.899 AIDS-Erkrankungsfälle gemeldet worden. Bei 9.623 dieser Erkrankungen (64,6%) ist der tödliche Ausgang bekannt. Bei Berücksichtigung des Meldeverzuges und der wahrscheinlichen Untererfassung sind vom Beginn der Epidemie bis Mitte 1996 in Deutschland insgesamt etwa 18.000 Personen an AIDS erkrankt, von denen etwa 13.000 bereits verstorben sind. Ausgehend von schätzungsweise 50.000 bis 60.000 Personen, die sich in Deutschland bisher mit dem HIV infiziert haben, bedeutet dies, daß gegenwärtig in Deutschland etwa 37.000 bis 47.000 HIV-Infizierte leben, von denen etwa 5.000 mit dem Vollbild (AIDS) erkrankt sind.

Obwohl sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit der HIV-Epidemie in Deutschland in den letzten Jahren deutlich verlangsamt hat, gibt es immer noch eine erhebliche Zahl vermeidbarer HIV-Infektionen. Die geschätzte Zahl der jährlichen Neuinfektionen liegt zur Zeit bei 2.000. Unter den Neuinfizierten sind 15–20% Frauen. Nach wie vor erfolgt die überwiegende Zahl (rund zwei Drittel) der Neuinfektionen über homosexuelle Kontakte unter Männern. Der Anteil der i.v. Drogenabhängigen hat sich bei etwa 15% stabilisiert. Der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen – zur Zeit etwa 10% – nimmt weiter langsam zu. Etwa ein Drittel aller HIV-infizierten Frauen stecken sich über heterosexuelle Kontakte – meist mit i.v. drogenabhängigen oder bisexuellen Männern – an. Bei den heterosexuell infizierten Männern überwiegen sexuelle Kontakte mit Frauen aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz und mit i.v. drogenabhängigen Frauen. – In Deutschland sind zur Zeit etwa 2.000 neu diagnostizierte AIDS-Erkrankungen pro Jahr zu erwarten, wobei sich die Zahl der Neuerkrankungen in den Hauptbetroffenengruppen der homo- bzw. bisexuellen Männer und der i.v. Drogenabhängigen in den letzten Jahren kaum geändert hat. In den neuen Bundesländern nimmt die Zahl der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen – wenn auch auf niedrigem Niveau – weiter zu. Insbesondere in Ost-Berlin ist die Zahl der Fallmeldungen deutlich angestiegen. Durch die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten und die dadurch verlängerte Zeit zwischen HIV-Infektion und AIDS könnte die Zahl der neu mit dem Vollbild AIDS Erkrankten vorübergehend etwas abnehmen. Gleichzeitig würde die Zahl der in Behandlung befindlichen HIV-Infizierten ansteigen. – Insgesamt besteht gegenwärtig keine Veranlassung, in den Anstrengungen zur Prävention neuer Infektionen nachzulassen.

## **Diese Woche:**

**Zu ausgewählten  
Infektionskrankheiten  
im 1. Halbjahr 1996,  
Teil 3: HIV-Infektionen  
und AIDS**

**Einschleppung  
multiresistenter  
Staphylokokken (MRSA):  
Fallbeispiele / Hinweise**

**Zur Übertragung von BSE  
von der Kuh auf das Kalb**

**Masern bei Erwachsenen:  
Fallbeispiele**

**Creutzfeldt-Jakob-  
Krankheit  
in der Schweiz**

**Typhus-Epidemie  
in Tadschikistan:  
Update**

**Virusmeningitis  
in Zypern:  
Update**

**Hinweis auf Kongresse**

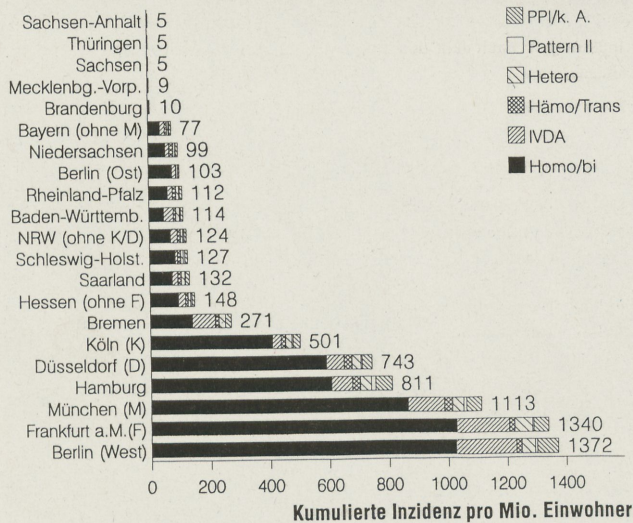
**20. August 1996**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

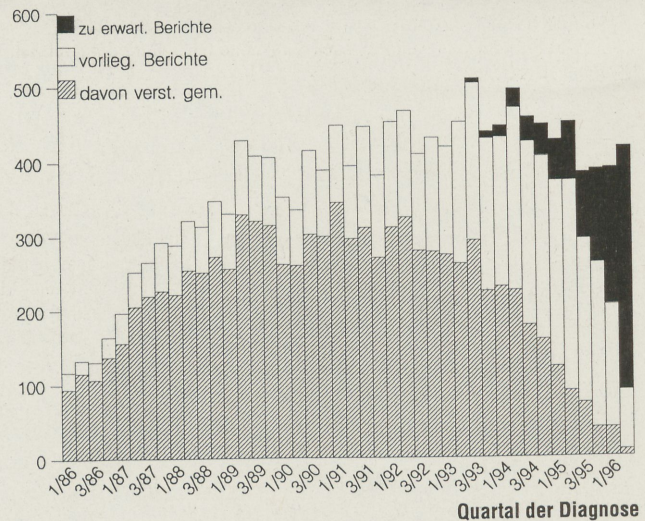
**Anhang:** Tabellen zur Verteilung der AIDS-Erkrankungen nach Jahren, Regionen und Übertragungswegen sowie zu den aus den Laboratorien gemeldeten HIV-Befunden (Stand: 30.6.1996)

Bundesländer/ Großräume	Einwohner (in Mio.)	Zeitraum der Registrierung				kumulativ seit 1982	
		Juli 94 – Juni 95		Juli 95 – Juni 96		Anzahl	Inzidenz
		Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.	Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.		
Sachsen-Anhalt	2,76	6	2,17	2	0,72	13	4,71
Thüringen	2,52	0	0,00	3	1,19	12	4,76
Sachsen	4,58	6	1,31	8	1,75	23	5,02
Mecklenbg.-Vorpommern	1,83	1	0,55	3	1,64	16	8,74
Brandenburg	2,54	5	1,97	13	5,12	25	9,84
Bayern (ohne M)	10,65	107	10,05	112	10,52	819	76,90
Niedersachsen	7,72	100	12,95	90	11,66	764	98,96
Berlin (Ost)	1,30	29	22,31	48	36,92	134	103,08
Rheinland-Pfalz	3,95	61	15,44	63	15,95	441	111,65
Baden-Württemberg	10,27	205	19,96	170	16,55	1168	113,73
NRW (ohne K/D)	15,55	300	19,29	210	13,50	1921	123,54
Schleswig-Holstein	2,71	50	18,45	58	21,40	343	126,57
Saarland	1,08	22	20,37	15	13,89	143	132,41
Hessen (ohne F)	5,20	105	20,19	85	16,35	772	148,46
Bremen	0,68	26	38,24	7	10,29	184	270,59
Köln (K)	1,57	114	72,61	74	47,13	786	500,64
Düsseldorf (D)	0,70	56	80,00	51	72,86	520	742,86
Hamburg	1,70	184	108,24	180	105,88	1379	811,18
München (M)	1,27	127	100,00	106	83,46	1413	1112,60
Frankfurt/Main (F)	0,78	120	153,85	83	106,41	1045	1339,74
Berlin (West)	2,17	395	182,03	341	157,14	2978	1372,35
<b>Gesamt</b>	<b>81,53</b>	<b>2019</b>	<b>24,76</b>	<b>1722</b>	<b>21,12</b>	<b>14899</b>	<b>182,74</b>

**Tab. 1** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle und kumulierte Inzidenzen pro Million Einwohner nach Bundesländern beziehungsweise ausgewählten Großräumen<sup>1</sup> und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung



**Abb. 1** Kumulierte AIDS-Inzidenzen pro Mio. Einwohner nach Infektionsrisiken in Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen<sup>1</sup>



**Abb. 2** Bereits gemeldete AIDS-Fälle mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle sowie auf der Basis des bisher beobachteten Meldeverzugs noch zu erwartende Meldungen<sup>2</sup> nach Quartal der Diagnose

**Aktuelle epidemiologische Daten zu HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland: ausführliche Information verfügbar**

Der Jahresbericht *AIDS/HIV 1995 – Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1995* des Robert Koch-Instituts ist in der Reihe »RKI-Heft« als Heft 13/1996 erschienen. Er kann ab sofort gegen Einsendung eines adressierten und mit 4,- DM frankierten DIN C4-Rückumschlages

unter folgender Adresse angefordert werden:

Robert Koch-Institut  
Fachgruppe Infektionsepidemiologie /  
AIDS-Zentrum  
Reichpietschufer 74-76  
10785 Berlin

Der **Quartalsbericht AIDS/HIV II/96** (Stand: 30.06.96) des RKI kann unter der gleichen Adresse angefordert oder per Fax-Abruffunktion (Polling) unter 030 / 4547 – 3555 bezogen werden.

Infektionsrisiko ♂ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	Juli 94 – Juni 95	Juli 95 – Juni 96	
<b>Homo/bi</b>	1003 73,8%	518 69,4%	10018 75,4%
<b>IVDA</b>	148 10,9%	85 11,4%	1449 10,9%
<b>Hämo</b>	42 3,1%	18 2,4%	495 3,7%
<b>Trans</b>	6 0,4%	3 0,4%	119 0,9%
<b>Hetero</b>	52 3,8%	31 4,2%	366 2,8%
<b>Pattern II</b>	28 2,1%	25 3,4%	145 1,1%
<b>k. A.</b>	81 6,0%	66 8,8%	697 5,2%
<b>Gesamt</b>	1360 100%	746 100%	13289 100%

**Tab. 2a** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko<sup>3</sup> und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko ♀ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	Juli 94 – Juni 95	Juli 95 – Juni 96	
<b>IVDA</b>	91 43,8%	38 38,8%	733 48,9%
<b>Trans</b>	8 3,8%	5 5,1%	133 8,9%
<b>Hetero</b>	71 34,1%	29 29,6%	432 28,8%
<b>Pattern II</b>	18 8,7%	17 17,3%	102 6,8%
<b>k. A.</b>	20 9,6%	9 9,2%	100 6,7%
<b>Gesamt</b>	208 100%	98 100%	1500 100%

**Tab. 2b** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko<sup>3</sup> und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Jahr der Einsendung	k. A.	Geschlecht		Gesamt
		♂	♀	
< 1987	2095 16,4%	9100 71,1%	1599 12,5%	12794 100%
	1987	1407 15,5%	6271 69,2%	1378 15,2%
1988	1198 14,2%	5895 69,8%	1357 16,1%	8450 100%
1989	860 12,6%	4864 71,1%	1113 16,3%	6837 100%
1990	782 12,3%	4549 71,5%	1032 16,2%	6363 100%
1991	779 11,8%	4681 70,7%	1160 17,5%	6620 100%
1992	727 11,1%	4700 71,8%	1119 17,1%	6546 100%
1993	604 10,2%	4210 71,1%	1105 18,7%	5919 100%
1994	445 8,6%	3703 71,2%	1056 20,3%	5204 100%
1995	477 9,5%	3493 69,8%	1032 20,6%	5002 100%
1996	143 9,5%	1056 70,5%	299 20,0%	1498 100%
<b>Gesamt</b>	9517 12,8%	52522 70,7%	12250 16,5%	74289 100%

**Tab. 3** HIV-Bestätigungsteste<sup>4</sup> unter Ausschluß erkennbarer Doppel-meldungen<sup>5</sup> nach Jahr des Eingangs des Serums zur Untersuchung<sup>6</sup> und Geschlecht

### Ergänzende Hinweise und Erklärung der Abkürzungen zu den obenstehenden Tabellen

1 Für die regionale Zuordnung werden die ersten drei Ziffern der fünfstelligen Postleitzahlen verwendet. Die Großräume wurden auf der Grundlage der ersten drei Ziffern der neuen Postleitzahlen bzw. der Bundesländergrenzen definiert. Die Einwohnerzahlen der Bundesländer für die Berechnung der Inzidenzen sind bezogen auf Dezember 1994 (Statistisches Bundesamt, Stand: September 1995). Die Einwohnerzahlen für die großstädtischen Bereiche (Frankfurt/M. inkl. Offenbach, Köln inkl. Leverkusen und Bergisch-Gladbach) wurden auf der Basis der ersten drei Ziffern der Postleitzahlen nach Angaben des Wickert-Institutes (Stand: Februar 1995) berechnet.

2 Zur Berechnung der durch den Meldeverzug in Zukunft noch zu erwartenden AIDS-Fallberichte wurde ein Programm des European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS eingesetzt (Heisterkamp et al.). Für die letzten beiden Quartale der Diagnose kann der relativ kleine Anteil bereits eingegangener Meldungen zu deutlichen Unschärfen der Projektion führen.

3 Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i.v.

Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie »IVDA« subsumiert. In der Kategorie »Trans« werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefaßt. Fälle, bei denen Angaben zum Infektionsrisiko fehlen und Fälle, bei denen kein Infektionsrisiko erfragt werden konnte, werden unter der Kategorie »k.A.« zusammengefaßt.

4 Bei den Meldungen über positive HIV-Bestätigungsteste handelt es sich um die anonyme Meldung von positiven Befunden der HIV-Bestätigungsteste bei HIV-Infizierten und nicht um die Meldung HIV-infizierter Personen.

5 Die aufgeführten Zahlen enthalten Mehrfachmeldungen in unbekannter Menge, weil Mehrfachuntersuchungen, die bei HIV-infizierten Personen die Regel sind, nur dann ausgeschlossen werden können, wenn sie von den meldenden Laboratorien als solche berichtet werden.

6 Es wird der Zeitpunkt der HIV-Diagnose (Durchführung des Tests) wiedergegeben. Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion sind

nicht möglich. Veränderungen des Infektionsgeschehens können daher nur unter Vorbehalt und mit größter Zurückhaltung interpretiert werden.

**Homo/bi:** Homo- oder bisexuelle Männer

**IVDA:** i.v. Drogenabhängige

**Hämo/Trans:** Hämophile / Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)

**Hetero:** Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)

**Pattern II:** Patienten aus Pattern-II-Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

**PPI:** Prä- oder perinatale Infektion

**k.A.:** Keine Angaben

## **Infektionen mit multiresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) bei Patienten aus dem Ausland**

Anlaß für diese Mitteilung ist die Isolierung von MRSA bei zwei Kindern, Kriegsgesunden aus Afghanistan. Einer der isolierten Stämme stammte aus einer Wundinfektion, der andere wurde im Zusammenhang mit einer Osteomyelitis angezüchtet. Die Kinder wurden zunächst in einem Friedenslager betreut und dann zur spezialisierten chirurgischen Behandlung in Krankenhäuser überwiesen. Bei den Kindern bestand die Infektion schon bei der Aufnahme in das entsprechende Krankenhaus. Die molekulare Typisierung der im Zusammenhang mit den Infektionen isolierten MRSA bewies eindeutig, daß diese sich von den Stämmen unterschieden, die bisher in deutschen Krankenhäusern isoliert wurden. Es muß daher angenommen werden, daß sie von den Kindern nach Deutschland eingeschleppt wurden.

Vergleichbare Fälle gab es 1992, als von einem Soldaten mit einer MRSA-Infektion aus dem Golfkrieg ein MRSA-Ausbruch in einem hessischen Krankenhaus ausging sowie 1994/95, als zwei verwundete Asylbewerber aus Bosnien MRSA-Infektionen in ein Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern brachten. – Im Juli und August dieses Jahres wurden bei drei Patienten MRSA-Infektionen bekannt (zwei Wundinfektionen, eine Pneumonie), die in italienischen Krankenhäusern erworben wurden. Zwei dieser

Isolate unterschieden sich deutlich von allen bisher in Deutschland bekannten Stämmen, das dritte Isolat entspricht einem in mehreren europäischen Ländern verbreiteten Typ.

Wir weisen darauf hin, daß man bei Aufnahme von Patienten mit einer Infektion, für die *S. aureus* als Erreger wahrscheinlich ist, und die aus Krisengebieten Südosteuropas bzw. des mittleren Ostens sowie auch aus Krankenhäusern Südeuropas kommen, mit der Einschleppung von MRSA rechnen muß. Diese Frage sollte im konkreten Fall durch entsprechende mikrobiologische Diagnostik geklärt werden.

Im Falle des Nachweises von MRSA sind neben geeigneten Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung in der eigenen Einrichtung (Isolierung der Patienten, Sanierung von Keimträgern, wirksames Hygieneregime) bei Verlegung der betroffenen Patienten unbedingt die Zielkrankenhäuser vorher zu informieren. Weitere Einzelheiten zu den MRSA und den Maßnahmen gegen ihre Ausbreitung in Krankenhäusern sowie Literaturhinweise finden sich in der Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (InfFo)* II/96, S. 8/9.

*Quelle: Bericht des Nationalen Referenzzentrums für Staphylokokken am Robert Koch-Institut (Bereich Wernigerode)*

## **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) in der Schweiz**

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheitswesen veröffentlichte Angaben zum Vorkommen der CJK in der Schweiz in den Jahren 1991–1995, die durch eine Umfrage in allen betroffenen Kliniken und Instituten ermittelt wurden. Während dieses Zeitraumes gelangten insgesamt 43 CJK-Fälle zur Meldung, das entspricht 1,2 Erkrankungen pro Million Einwohner. In 80% der Fälle wurde die Diagnose durch Autopsie gesichert. Das mittlere Alter der Patienten lag bei 66 Jahren, der jüngste Patient war 43 Jahre alt. Die Hälfte der Erkrankten (49%) waren Männer. Die jährlichen Inzidenz-

raten blieben im Beobachtungszeitraum stabil. Erkrankungsfälle, die der neuen, in Großbritannien beschriebenen Variante der CJK entsprachen, wurden in der Schweiz bisher nicht beobachtet. Die stabile Inzidenz der CJK in der Schweiz ist vergleichbar mit derjenigen in anderen europäischen Ländern wie Deutschland, Frankreich, Italien und den Niederlanden.

*Quellen: Bull BAG 1996, 21: 4; WHO WER 32/96: 243*

## **Masern nicht nur bei Kindern zu erwarten**

In einem Wiesbadener Krankenhaus wurden von Ende Juni bis Ende Juli 8 junge Erwachsene im Alter zwischen 19 und 30 Jahren wegen Masern stationär behandelt. Die Erkrankungen verliefen typisch mit einem charakteristischen Exanthem, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten und Bindehautentzündung. Die Diagnose »Masern« wurde in allen 8 Fällen durch den Nachweis von IgM-Antikörpern im Serum gesichert. Die Patienten konnten durchschnittlich nach einer Woche entlassen werden. – Keiner der Erkrankten hatte als Kind eine Schutzimpfung gegen Masern erhalten oder die Erkrankung durchgemacht. – Nur zwei der Patienten war in den letzten 14 Tagen vor Krankheitsbeginn ein Kontakt zu einem anderen Masernfall bewußt.

Am Beispiel dieser Fälle soll daran erinnert werden, daß die Masernviren – die besonders in den Tagen vor Ausbruch des Hautausschlages sehr leicht übertragen werden – eine relativ schwere Allgemeinerkrankung verursachen, die durch einen komplizierten Verlauf nehmen kann (Masern

pneumonie, Masernenzephalitis), und daß Erwachsene meist schwerer erkranken als Kinder. Im Laufe einer Masernerkrankungswelle, wie sie gegenwärtig in mehreren Regionen Deutschlands zu beobachten ist, sind – wie diese Fälle zeigen – immer auch vermehrt ungeimpfte Erwachsene betroffen.

Falls noch keine Masernerkrankung abgelaufen ist, kann ein sicherer Schutz allein durch die Impfung erreicht werden. Diese kann auch bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sinnvoll sein, ganz besonders im Zusammenhang mit Masernausbrüchen in Schulen, Heimen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen.

*Quelle: Wir danken Herrn Dr. M. Forßbohm, Gesundheitsamt Wiesbaden, und den Ärzten der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken (HSK), Wiesbaden, für ihre Angaben.*

## Zur Übertragung von BSE von der Kuh auf das Kalb

Einer Erklärung des *Spongiform Encephalopathy Advisory Committee (SEAC)* der britischen Regierung zufolge gibt es neue, starke Hinweise darauf, daß mit dem BSE-Erreger infizierte Kühe die Infektion auf ihre Kälber übertragen können. Das schließen Experten aus einer Untersuchung an Kälbern von BSE-kranken und gesunden Kühen: Von 273 Kälbern BSE-kranker Kühe erkrankten 42 ebenfalls an der Bovinen Spongiformen Enzephalopathie, von 273 Kälbern gesunder Kühe dagegen 13.

Diese Erkenntnis kommt nicht überraschend: Das Robert Koch-Institut und das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin haben in den vergangenen Jahren immer wieder darauf hingewiesen, daß die Übertragung von der Kuh auf das Kalb wahrscheinlich ist. Immerhin sind bisher rund 28.000 Kühe an BSE erkrankt, die geboren wurden, nachdem das Fütterungsverbot von Tier-

mehl an Wiederkäuer ausgesprochen worden war. Darüber hinaus ist von spongiformen Enzephalopathien bei Schafen und Ziegen seit langem bekannt, daß die Erkrankung vom Muttertier an das Junge weitergegeben werden kann. Eine genaue Bestimmung des Übertragungsweges (intrauterin, unter der Geburt, postnatal) ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich. Daß die Infektion durch Milch auf Kälber übertragen werden könnte, ist nach wie vor weder bewiesen noch eindeutig auszuschließen. Aussagekräftige Experimente zu dieser Frage wurden allerdings noch nicht durchgeführt.

Weitere Schlußfolgerungen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, da bisher nur eine vorläufige Mitteilung der britischen Regierung zu der Studie vorliegt.

*Quellen: SEAC Statement on maternal transmission of BSE, London, 29.07.96; J. Bradbury: Maternal transmission of BSE demonstrated in cattle. The Lancet, Vol. 348, August 10, 1996: 393*

## Typhus-Epidemie in Tadschikistan: Update

Der ausgedehnte und durch kontaminiertes Trinkwasser ausgelöste Typhus-Ausbruch in Tadschikistan (s. *Epidemiologisches Bulletin* 31/96: 212) umfaßte bis zum 5. August 7.516 Erkrankungsfälle. Unter den Erkrankten haben Kinder unter 14 Jahren einen Anteil von 34%. Von den 2.096 Personen, die zur stationären Behandlung eingewiesen wurden, sind 597 (28%) im Alter unter 14 Jahren. Die Epidemie betrifft 10 Verwaltungsbezirke in zwei Provinzen, die Mehrzahl

der Fälle (4.091 Erkr.) wurde aus Kulschab gemeldet. Im Rahmen internationaler Hilfsmaßnahmen sind inzwischen die benötigten Medikamente und Labormaterialien eingetroffen. Das vor Ort tätige Expertenteam der WHO schätzt ein, daß die Bekämpfung dieses Ausbruchs etwa 5 Monate in Anspruch nehmen wird.

*Quelle: WHO EMC, 05.08.96; WHO WER 32/96: 243*

## Virusmeningitis in Zypern: Update

Zu dem gehäuften Auftreten von Virusmeningitiden unter der einheimischen Bevölkerung der Republik Zypern (s. *Epidemiologisches Bulletin* 31/96: 212) wurden jetzt weitere Einzelheiten bekannt. Vom 05.07.–12.08.96 wurden 223 Erkrankungsfälle erfaßt (darunter 193 Kinder unter 14 Jahren). Als Erreger wurde Coxsackievirus B 5 bestätigt. Der Ausbruch betrifft hauptsächlich den Raum Limassol im Süden der Insel, dort traten bisher 170 Erkrankungen auf. Einzelfälle wurden in Larnaka, Famagusta, Nikosia und Paphos beobachtet. Alle Erkrankten wurden im Krankenhaus behandelt, 190 von ihnen konnten bereits entlassen werden. Der Krankheitsverlauf wird als unkompliziert beschrieben.

Die WHO gab Unterstützung bei der Durchführung von Gegenmaßnahmen und der Surveillance. Die Gefährdung von Touristen wird, gute Hygiene vorausgesetzt, als minimal eingeschätzt. – Coxsackie B 5 gehört zu den fünf häufigsten Enteroviren. Gegenwärtig tritt Coxsackie B 5 auch in Großbritannien gehäuft als Erreger von Virusmeningitiden in Erscheinung (Nachweis in 95 Fällen während der letzten Wochen).

*Quellen: WHO EMC, 12.08.96; CDR Weekly, London, 32/1996, 09.08.96*

## Hinweis auf wissenschaftliche Kongresse

### 4. Deutscher Kongreß für Infektions- und Tropenmedizin

Berlin, 12.–15. März 1997

Kongreßsekretariat: Virchow-Klinikum der

Humboldt-Universität zu Berlin

Medizinische Klinik II (Infektiologie)

Augustenburger Platz 1, D-13353 Berlin

Tel: 030 / 450-53 638, -53 658, Fax: 030 / 450-53 911

### Fifth International Conference on Travel Medicine

Genf, Schweiz, 24.–27. März 1997

Kongreßsekretariat: SYMPORG SA, ICTM '97 Sekretariat

7, Avenue Pictet-de-Rochemont

CH-1207 Genève, Schweiz

Tel: +41 / 22 / 786-37 44, Fax: +41 / 22 / 786-40 80

E-mail: symporg@vtx.ch

### 8th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)

Lausanne, Schweiz, 25.–28. Mai 1997

Kongreßsekretariat: 8th ECCMID '97, AKM Congress Service

Clarastrasse 57, P.O. Box

CH-4005 Basel

Tel: +45 / 61 / 691 51 11, Fax: +41 / 61 / 691 81 89

E-mail: akm@nethos.ch

### International Congress of Sexually Transmitted Diseases (STD)

Sevilla, Spanien, 19.–22. Oktober 1997

Kongreßsekretariat: International Congress of STD

Apartado 6077, Dpto. Microbiología, Facultad de Medicina

E-41080 Sevilla, Spanien

Fax: +34 / 5 / 437 74 13

**Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten**

30. Woche (22.7. –28.7.1996)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis									
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen			
	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	
Regierungsbezirk	1996		1995		1996		1995		1996		1995		1996		1995	
<b>Gesamt</b>	<b>2921</b>	<b>47219</b>	<b>51573</b>	<b>1684</b>	<b>56601</b>	<b>47014</b>	<b>42</b>	<b>2259</b>	<b>3101</b>	<b>115</b>	<b>3308</b>	<b>3377</b>	<b>92</b>	<b>2701</b>	<b>2221</b>	
Baden-Württemberg	382	5075	5894	223	3932	3853	4	196	209	5	218	228	11	205	138	
Stuttgart	121	1745	2067	65	1131	1122	1	82	69		89	102	3	83	54	
Freiburg	73	930	1120	35	741	814	1	38	27	3	38	37	3	28	21	
Karlsruhe	120	1418	1716	88	1477	1297	1	54	74	1	54	60	5	72	50	
Tübingen	68	982	991	35	583	620	1	22	39	1	37	29		22	13	
Bayern	483	6338	7281	248	5832	4179	5	222	260	24	628	421	21	641	368	
Oberbayern	163	1972	2194	110	2910	1994	1	99	101	9	266	178	9	268	182	
Niederbayern	71	702	852	39	578	335	1	16	18	3	80	50	4	133	27	
Oberpfalz	39	628	563	12	398	286		8	15	2	40	25	2	46	18	
Oberfranken	38	612	408	9	323	208	1	31	19		41	33	1	35	21	
Mittelfranken	55	696	760	20	594	580	2	24	55	4	69	51	3	71	63	
Unterfranken	44	705	688	15	382	283		17	28	1	47	37	1	25	24	
Schwaben	73	1023	1816	43	647	493		27	24	5	85	47	1	63	33	
Berlin	122	1438	1627	33	1049	664	2	256	477	6	161	186	1	71	87	
Brandenburg	128	2366	2446	75	4054	2387	2	34	77	1	32	36	1	6	10	
Bremen	15	293	342	7	321	270		12	17	2	25	36	3	39	39	
Hamburg	53	1324	1208	35	1391	1102	4	172	150	5	117	157		95	151	
Hessen	250	3316	3660	78	2083	1549	5	263	263	14	298	292	3	152	121	
Darmstadt	151	2015	2091	49	1061	794	2	152	178	5	173	181		55	65	
Gießen	58	612	679	11	290	188	1	60	58	7	69	53		55	22	
Kassel	41	689	890	18	732	567	2	51	27	2	56	58	3	42	34	
Mecklenburg-Vorp.	126	1951	2058	46	2536	2394		18	23		20	32		2	8	
Niedersachsen	150	3820	4351	63	4046	3681	3	171	239	10	430	529	2	278	304	
Braunschweig	38	842	997	11	561	577	1	50	51	2	102	94		42	41	
Hannover *		663	909	*	669	743	*	58	59	*	146	139	*	95	101	
Lüneburg	29	726	710	21	1098	840	2	27	33	4	56	101	1	76	77	
Weser-Ems	83	1589	1735	31	1718	1521		36	96	4	126	195	1	65	85	
Nordrhein-Westfalen	427	8196	9903	370	10696	10353	11	615	1067	33	975	1049	39	884	749	
Düsseldorf	129	2450	2875	100	3083	2758	3	180	425	4	301	362	11	266	252	
Köln	118	2217	2529	65	1931	1802	2	166	254	10	253	182	13	302	150	
Münster	63	1159	1606	80	1743	1643		79	142	4	105	97		28	38	
Detmold	49	786	868	37	1098	1209	5	49	56	3	117	188	7	105	97	
Arnsberg	68	1584	2025	88	2841	2941	1	141	190	12	199	220	8	183	212	
Rheinland-Pfalz	194	2953	3159	115	2629	2369		68	89	7	176	177	5	166	132	
Koblenz	77	1038	1215	33	818	858		20	44	3	51	53	2	48	32	
Trier	11	354	559	24	494	425		4	14	3	25	22		26	22	
Rheinl.-Pf.	106	1561	1385	58	1317	1086		44	31	1	100	102	3	92	78	
Saarland	42	566	675	41	932	783		21	24	1	35	39		9	18	
Sachsen	210	3933	3208	174	8560	6693	1	60	51	2	41	49	4	21	13	
Chemnitz	101	1422	1322	61	3454	2035	1	29	23		14	24		4	6	
Dresden	68	1420	1039	49	2734	2727		25	14	2	14	20		4	3	
Leipzig	41	1091	847	64	2372	1931		6	14		13	5	4	13	4	
Sachsen-Anhalt	164	2445	2658	47	3736	2925	3	37	37		40	32		14	12	
Schleswig-Holstein	62	1302	1256	53	1606	1209	2	69	59	5	88	89	2	77	65	
Thüringen	113	1903	1847	76	3198	2603		45	59		24	25		41	6	

30. Woche (22.7. –28.7.1996)

## Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten


Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.		übrige Formen							
30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	30.	1.–30.	1.–30.	
1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		
<b>5</b>	<b>456</b>	<b>417</b>	<b>30</b>	<b>603</b>	<b>522</b>	<b>45</b>	<b>325</b>	<b>302</b>	<b>18</b>	<b>172</b>	<b>247</b>	<b>17</b>	<b>521</b>	<b>750</b>	<b>Gesamt</b>
1	58	47	1	35	50	5	36	65	6	23	13		80	122	Baden-Württemberg
1	20	11	1	13	22	2	16	35	3	12	6		23	23	Stuttgart
	12	10		4	4	1	9	12		5	4		23	27	Freiburg
	16	18		10	17	2	6	9		2	2		12	17	Karlsruhe
	10	8		8	7		5	9	3	4	1		22	55	Tübingen
1	41	55	9	74	81	30	68	46	4	33	42	3	140	159	Bayern
1	14	25	2	23	26	2	15	7		6	4	1	84	98	Oberbayern
	3	3		3	7	1	6	6	1	3			15	12	Niederbayern
	1	5		6	4		1	2		1	4	1	4	3	Oberpfalz
	3	5	3	7	17	2	10	14	3	12	18	1	2	1	Oberfranken
	5	6		9	11		2	5		3	8		14	21	Mittelfranken
	5	5	4	12	5	24	26	1		1	4		7	3	Unterfranken
	10	6		14	11	1	8	11		7	4		14	21	Schwaben
	28	18		40	17		3	8		10	28		28	79	Berlin
	16	14	1	23	19		31	12		1	6		14	23	Brandenburg
	6	5	2	14	9		2			3	1		1	3	Bremen
	7	9	1	11	9		3	1		10	3		13	28	Hamburg
2	30	29	3	37	53		13	14	1	12	11	1	33	46	Hessen
1	22	22	3	26	34		8	8	1	9	7	1	29	41	Darmstadt
	3	3		9	11		3	3					4	1	Gießen
1	5	4		2	8		2	3		3	1			4	Kassel
	12	22	1	24	18	1	12	7					9	6	Mecklenburg-Vorp.
	29	28	5	63	50		11	19	2	25	30		15	31	Niedersachsen
	6	5	1	13	15		4	10		5	5		4	11	Braunschweig
*	7	4	*	12	7	*		2	*	7	9	*	4	7	Hannover
	6	9	3	19	10		3	1		3	4		2	1	Lüneburg
	10	10	1	19	18		4	6	2	10	12		5	12	Weser-Ems
105	90		2	132	107	5	71	54	3	37	69	2	54	61	Nordrhein-Westfalen
39	20			22	26		17	19	2	10	9		5	10	Düsseldorf
23	18			41	24	1	11	8		2	5	1	20	23	Köln
14	13	2	13	12			2			8	20		2	4	Münster
10	14		16	15	2	7	8			1			19	13	Detmold
19	25		40	30	2	34	19		1	16	35	1	8	11	Arnsberg
13	17	1	25	25		7	17		1	4	26		24	48	Rheinland-Pfalz
5	7		15	15		6	12		1	3	12		5	17	Koblenz
1						1	1			1	1		3	4	Trier
7	10	1	10	10				4					16	27	Rheinl.-Pf.
4	3		9	12	2	9	8			6	7		7	3	Saarland
42	23	2	46	37		38	23			1	3	8	61	95	Sachsen
10	7	1	14	16		10	5						12	28	Chemnitz
26	10	1	23	14		12	13			1	3	5	27	42	Dresden
6	6		9	7		16	5					3	22	25	Leipzig
27	26	1	21	15	1	9	18					1	17	16	Sachsen-Anhalt
1	17	15		26	7		4	4	1	7	8		4	7	Schleswig-Holstein
	21	16	1	23	13	1	8	6				2	21	23	Thüringen

**Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten**

30. Woche (22.7. –28.7.1996)

Krankheit	30. Woche 1996	1.– 30. Woche 1996	1.– 30. Woche 1995	1.– 52. Woche 1995
Botulismus		12	3	12
Brucellose	2	12	16	36
Cholera			1	1
Diphtherie		3	2	4
Fleckfieber			2	3
Gasbrand	2	69	85	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		4		
Lepra		3	2	2
Leptospirose, M. Weil	1	4	7	26
Leptospirose, sonstige		6	6	20
Malaria	27	598	553	947
Milzbrand				
Ornithose	3	89	118	180
Paratyphus	2	33	47	96
Pest				
Poliomyelitis		1	2	4
Q-Fieber	3	49	31	45
Rotz				
Rückfallfieber		1		
Tetanus		10	7	12
Tollwut		1		
Trachom		3	9	9
Trichinose		1	2	11
Tularämie		1		2
Typhus	4	60	72	162
angeborene				
Listeriose	1	17	16	40
Lues		3	2	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		16	19	23
Zytomegalie	1	8	11	13

Die hier ausgewiesene Wochen- bzw. Quartalsstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten dient der aktuellen Information. Sie enthält die bis zum Ende des angegebenen Berichtszeitraums vorliegenden Meldungen. Es handelt sich um vorläufige Daten, die unter dem Vorbehalt späterer Korrekturen veröffentlicht werden. Daten zu Tuberkulose, Gonorrhoe und Syphilis werden ausschließlich quartalsweise veröffentlicht, ebenso Daten nach der HIV-Laborberichtsverordnung und zum AIDS-Fallregister. Auswertungen zum CJK-Fallregister erfolgen aus aktuellem Anlaß, spätestens jedoch halbjährlich. – Durch das Symbol \* wird angezeigt, daß für das betreffende Land oder den Regierungsbezirk noch keine Meldung für die angegebene Woche vorliegt. Dies ist bei der Interpretation der jeweiligen Summenwerte zu berücksichtigen.

Herausgeber:  
Robert Koch-Institut   
Bundesinstitut  
für Infektionskrankheiten und  
nicht übertragbare Krankheiten

Fachgruppe  
Infektionsepidemiologie  
Reichpietschufer 74 – 76  
10785 Berlin

Redaktion und v.i.S.d.P.:  
Dr. med. Wolfgang Kiehl  
Tel: 030 / 45 47 – 34 06  
– 34 05  
Fax: 030 / 45 47 – 35 44

Das *Epidemiologische Bulletin* gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerkes 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 dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im *Jahresabonnement* in Verbindung mit der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (InfFo)* für einen Unkostenbeitrag von DM 96,00 per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,00 je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Das *Epidemiologische Bulletin* kann außerdem über die Fax-Abbruffunktion (Polling) unter der Nummer 030 / 45 47 – 22 65 abgerufen werden.

Vertrieb und Abonnentenservice  
Vertriebs- und Versand GmbH  
Düsterhauptstr. 17  
13469 Berlin  
Abo-Tel.: 030 / 403 53 55

Druck  
Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck  
mit Quellenangabe gestattet