



# Epidemiologisches Bulletin

26. November 2003 / Nr. 48

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welt-AIDS-Tag 2003:

## Zur Entwicklung der HIV-Epidemie in Deutschland

Zum Welt-AIDS-Tag fokussiert sich die Aufmerksamkeit wieder auf das besondere Problem der HIV-Infektionen. Aktuelle Schätzungen aus dem RKI sollen die Situation verdeutlichen und – als Schlussfolgerung – präventive Maßnahmen fördern. In Deutschland leben derzeit 40.000 bis 45.000 Menschen mit einer HIV-Infektion. Die Zahl der mit einer HIV-Infektion Lebenden ist bei etwa gleichbleibenden Neuinfektionen aufgrund der therapiebedingten Verminderung der Sterberate jährlich um etwa 1.000 bis 1.300 Personen gestiegen. Die Zahl der AIDS-Todesfälle ist auf etwa 600 bis 700 pro Jahr gesunken, in der ersten Hälfte der 90er Jahre starben noch jährlich etwa 2.000 Patienten an AIDS.

### Entwicklung der HIV-Neuinfektionsraten in verschiedenen Gruppen

HIV-Neuinfektionsraten sind methodisch nur mit hohem Aufwand zu bestimmen. Die Bestimmung der Zahl der HIV-Erstdiagnosen ist demgegenüber einfacher und stellt gegenwärtig den wichtigsten Baustein zur Beurteilung der aktuellen Entwicklung der HIV-Epidemie dar. Neben der Entwicklung der HIV-Neuinfektionen beeinflussen aber auch das Testangebot und -verhalten die Zahl der HIV-Erstdiagnosen, was bei der Interpretation der Zahlen zu berücksichtigen ist.

#### HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten und Trends, Ende 2003

▶ Menschen, die Ende 2003 mit einer HIV-Infektion leben:	~ 43.000
Männer:	~ 33.500
Frauen:	~ 9.500
Kinder :	< 400
darunter Menschen, die mit AIDS leben:	~ 5.000
▶ Zahl der Neuinfektionen im Jahr 2003:	~ 2.000
Männer:	~ 1.500
Frauen:	~ 500
Kinder :	< 20
Infektionswege:	
Homosexuelle Kontakte bei Männern:	~ 50%
Herkunft aus Hochprävalenzgebieten:	~ 23%
Heterosexuelle Kontakte:	~ 18%
i.v. Drogengebrauch:	~ 9%
▶ Neue AIDS-Erkrankungen im Jahr 2003:	~ 700
Männer:	~ 550
Frauen:	~ 150
Kinder :	< 5
▶ HIV/AIDS-Todesfälle im Jahr 2003:	~ 600
▶ Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie:	~ 65.000
▶ Gesamtzahl der AIDS-Erkrankungen seit Beginn der Epidemie:	~ 27.000
Männer:	~ 23.500
Frauen:	~ 3.500
Kinder:	< 150
▶ Gesamtzahl der HIV/AIDS-Todesfälle seit Beginn der Epidemie:	~ 22.000

Diese Woche

48/2003

#### HIV-Infektionen/AIDS:

##### Welt-AIDS-Tag 2003

- ▶ Zur Situation in Deutschland und zu Erfordernissen der Prävention
- ▶ Zur Resistenzsituation bei HIV – Serokonverterstudie des RKI – Europäisches Projekt SPREAD

#### Infektionsschutzgesetz:

Abfragen zu Meldedaten im Netz möglich

#### In eigener Sache

- ▶ Zum Ausscheiden des verantwortlichen Redakteurs
- ▶ Anlage: Persönlicher Abschied

#### Meldepflichtige

##### Infektionskrankheiten:

- ▶ Aktuelle Statistik 45. Woche (Stand: 25. November 2003)
- ▶ Hinweise zu aktuellen Infektionsgeschehen
  - Gelbfieber in Südamerika
  - Dengue-Fieber in Indien



### HIV-Infektionen bei Heterosexuellen

Etwa 18 % der HIV-Infektionen werden derzeit in Deutschland bei Personen diagnostiziert, die sich auf heterosexuellem Wege infiziert haben (ausgenommen Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen). Die absolute Zahl der Infektionen, die auf diesem Wege übertragen werden, hat sich in den letzten Jahren kaum verändert. Die größte Bedeutung haben Infektionen, die in binationalen Partnerschaften mit Partnern aus Hochprävalenzgebieten bzw. bei Sexualkontakten in solchen Regionen erworben werden.

Als Hochprävalenzregionen werden Regionen bezeichnet, in denen mehr als 1 % der erwachsenen Bevölkerung (14–49 Jahre) mit HIV infiziert ist. Derzeit sind dies alle Länder in Subsahara-Afrika, einige Länder in Südostasien und einige Länder in der Karibik.

Weiterhin spielen Infektionen in Partnerschaften mit aktuell oder früher Drogen gebrauchenden Partnern und Partnerschaften mit bisexuellen Männern eine Rolle. Infektionen über rein heterosexuelle Infektionsketten ohne Bezug zu den primären Betroffenengruppen haben nach wie vor für die heterosexuelle Übertragung eine eher geringe Bedeutung. Die zunehmende heterosexuelle Übertragung von HIV in Osteuropa kann im Zuge der durch die EU-Osterweiterung sich verstärkenden Ost-West-Migration Auswirkungen auch auf die Entwicklung in Deutschland haben. Eine grundlegende Verbesserung der epidemiologischen Situation in Osteuropa ist in den meisten osteuropäischen Staaten nicht absehbar.

Die Globalisierung der Prostitution hat in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass vermehrt Frauen und Männer aus Regionen mit höherer HIV-Prävalenz in Deutschland im Sexgewerbe arbeiten. Eine erfolgreiche Präventionsarbeit für diese Personengruppe hängt von einer ausreichenden personellen und finanziellen Ausstattung von Gesundheitsämtern und Betreuungsangeboten der in diesem Bereich tätigen freien Träger ab. Die gegenwärtig angespannte Finanzlage in Kommunen, Ländern und im Bund erschwert den erforderlichen Ausbau solcher Präventionsarbeit.

### HIV-Infektionen bei Personen mit i.v. Drogenkonsum

Die Zahl und der Anteil der bei i.v. Drogen konsumierenden Personen diagnostizierten HIV-Infektionen war in Deutschland seit Anfang der 90er Jahre rückläufig. Aktuell ist aber kein weiterer Rückgang zu verzeichnen. Die eher durch eine verminderte Finanzierungsbereitschaft als durch mangelnde Erfolge bedingte Einstellung von Spritzen-Bereitstellungsprojekten für Drogengebraucher in Einrichtungen wie z. B. Haftanstalten trägt aktuell zu einer Verschlechterung der Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche HIV- und HCV-Prävention bei Drogengebern bei.

Zunehmende Bedeutung gewinnen HIV-Infektionen bei Drogengebern aus anderen Ländern Europas, insbesondere aus Osteuropa. Die epidemische Ausbreitung von HIV unter Drogengebern in Osteuropa kann zu Auswirkungen auf die HIV-Epidemie in Deutschland führen. Einer der Gründe für die starke Ausbreitung in Osteuropa sind veränderte Routen des Drogenhandels.

### HIV-Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualpartnern

Bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualpartnern werden etwa die Hälfte der HIV-Infektionen in Deutschland diagnostiziert. Nach einem leichten Rückgang der HIV-Erstdiagnosen am Ende der 90er Jahre wird aktuell wieder ein leichter Anstieg registriert. Etwa zeitgleich ist seit 1999 die Zahl der Syphilisinfektionen bei Männern mit gleich-

geschlechtlichen Sexualkontakten deutlich gestiegen. Untersuchungen zum sexuellen Risikoverhalten homosexueller Männer in Deutschland belegen seit Mitte der 90er Jahre einen allmählichen Rückgang des Kondomgebrauchs und eine Zunahme von sexuellen Risikokontakten.

Es ist derzeit nicht klar zu differenzieren, in welchem Umfang zurückgehender Kondomgebrauch, eine Steigerung der HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei Koinfektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern oder eine im Rahmen steigender STD-Zahlen früher erfolgende Diagnose von HIV-Infektionen bei Männern mit sexuellem Risikoverhalten zu den steigenden HIV-Erstdiagnosezahlen beitragen. Symptomatische STDs könnten zu häufigeren Arztkontakten und dadurch zur früheren Einleitung einer HIV-Diagnostik führen.

Im Vergleich zur deutlichen Zunahme der Syphilisinfektionen nimmt sich die Zunahme von HIV-Erstdiagnosen bislang aber eher bescheiden aus (s. Abb. 1). Dies ist am ehesten zu erklären durch eine unterschiedliche epidemiologische Dynamik der beiden Infektionen, die sich u. a. aus den nur teilweise überlappenden Übertragungswegen ergibt. Es ist auch ein Indiz dafür, dass individuelle Risikominimierungsstrategien eingesetzt werden, die in erster Linie auf eine Reduktion des HIV-Übertragungsrisikos abzielen. Dies spricht dafür, dass die auf Stärkung der Eigenverantwortlichkeit zielende HIV-Präventionsstrategie für homosexuelle Männer eine nachhaltige Wirksamkeit hat, aber durch Botschaften und Strategien zur Prävention anderer sexuell übertragbarer Infektionen ergänzt werden muss.

Die Präventionsmaßnahmen für homosexuelle Männer müssen daher der rückgehenden Bereitschaft zum Kondomgebrauch entgegenwirken, die Infektionsrisiken innerhalb von festen Partnerschaften durch verstärkte Abklärung des HIV-Serostatus vor dem Verzicht auf Kondomgebrauch und durch Propagierung von Kondomgebrauch bei außerepartnerschaftlichen Sexualkontakten vermindern und zu einer frühzeitigen Diagnose und effektiven Behandlung anderer sexuell übertragbarer Infektionen beitragen.

### HIV-Infektionen bei Personen aus Hochprävalenzregionen

Die meisten HIV-Infektionen bei Personen aus Hochprävalenzregionen sind zweifellos in den Herkunftsländern erworben und daher durch primärpräventive Maßnahmen in Deutschland nicht zu verhindern. Trotzdem muss damit gerechnet werden, dass sowohl in den Migrantengemeinden in Deutschland als auch in binationalen Partnerschaften HIV-Übertragungsrisiken existieren, die durch Primär-

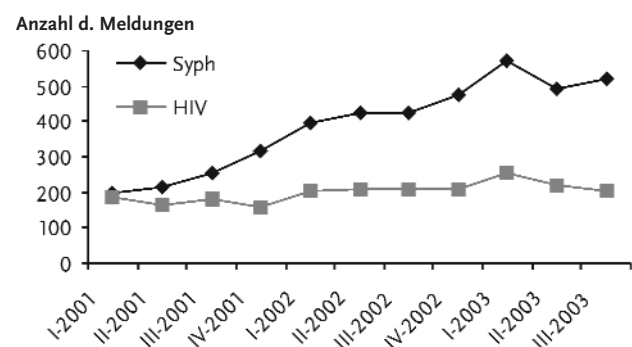


Abb. 1: Syphilis- und HIV-Trends bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualpartnern (MSM)\* in Deutschland. (\* Die Zahl der wiedergegebenen Meldungen setzt sich zusammen aus den Meldungen, bei denen gleichgeschlechtliche Kontakte als Infektionsrisiko angegeben wurden plus einem proportionalen Anteil der Meldungen ohne Angabe des Infektionsrisikos.)

prävention vermindert werden können. Um dies zu erreichen, muss vor allem die außerordentlich hohe Stigmatisierung von HIV und HIV-Infizierten in den Migrantengemeinden vermindert werden. Dies kann am ehesten dadurch erreicht werden, dass HIV-Präventionsarbeit in ein breiteres Konzept von Gesundheitsförderung und sozialer Integration von Migranten eingebettet wird. Einer ausschließlich auf die HIV-Problematik fokussierten Präventionsarbeit kann angesichts der vielfältigen, oft existenziellen ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Probleme von Migranten kein Erfolg beschieden sein. Des Weiteren sollten bestehende Zugangsbarrieren zu einer adäquaten medizinischen Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe identifiziert und beseitigt werden. Dazu gehört auch die Entwicklung von Konzepten für eine medizinische Versorgung der illegal in Deutschland lebenden Migranten.

Eine Verbesserung der epidemiologischen Situation in den Herkunftsländern ist zumindest für einige Regionen in absehbarer Zukunft möglich, da inzwischen die internationale Einsicht und Bereitschaft zu einer effektiveren finanziellen Unterstützung der AIDS-Bekämpfung in den Entwicklungsländern gestiegen ist. Es wäre wünschenswert, wenn Deutschland trotz der Zwänge der Konsolidierung der öffentlichen Haushalte einen angemessenen Beitrag zu diesen Bemühungen leisten könnte.

#### HIV-Infektionen bei Kindern und Neugeborenen

Auf der Basis von anonym durchgeführten Untersuchungen an Restblutproben (Anonymes Unverknüpftes Testen, AUT) von Neugeborenen in Berlin, Niedersachsen und Bayern in den Jahren 1993–1998 kann angenommen werden, dass in Deutschland damals pro Jahr etwa 80–100 Kinder von HIV-infizierten Müttern zur Welt gebracht wurden. Ab etwa 1993/94 konnte die Übertragungsrate von der Mutter auf das Kind schrittweise durch eine Kombination verschiedener Maßnahmen (antiretrovirale Therapie in der Schwangerschaft, Kaiserschnittentbindung, antiretrovirale Prophylaxe beim Neugeborenen, Verzicht auf Stillen) auf unter 2 % gesenkt werden. Bei gleichbleibender Zahl von Schwanger-

schaften HIV-infizierter Frauen und optimaler medizinischer Betreuung wäre daher aktuell pro Jahr mit nicht mehr als 2 HIV-infizierten Neugeborenen zu rechnen. Die tatsächliche Zahl von HIV-Diagnosen bei Neugeborenen und Kindern in Deutschland liegt aber in den letzten Jahren zwischen 10 und 20 pro Jahr. Dies hat mehrere Ursachen:

- ▶ unbekannte Zahl von Schwangerschaften bei HIV-infizierten Frauen nach Einstellung der AUT-Untersuchungen;
- ▶ Unkenntnis über HIV-Status bei Schwangeren, z. B. durch fehlende Testung und dadurch Unterbleiben aller oder eines Teils der transmissionsverhindernden Maßnahmen;
- ▶ Diagnose einer HIV-Infektion erst nach der Einreise in Deutschland bei im Ausland geborenen Kindern.

Der Anteil der deutschen Kinder (Geburtsland des Kindes und Herkunftsland der Mutter Deutschland) an den HIV-Infektionen bei Kindern liegt (unter Hinzunahme des Anteils „unbekannter“ Herkunft der Mutter) bei maximal 20 %.

Recherchen haben gezeigt, dass auch offenbar peripartal erworbene HIV-Infektionen bei Kindern nicht selten erst im Rahmen der Differenzialdiagnose bei klinisch auffälligen Kindern beim Pädiater diagnostiziert werden. Selbst Frauen, die in Deutschland Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, wird offenbar nicht immer ein HIV-Test angeboten, der eine Infektion der Mutter aufdecken und eine Übertragung auf das Kind verhindern könnte. An dieser Stelle wird daher nochmals auf die Notwendigkeit eines solchen Test-Angebots in der Schwangerschaft hingewiesen.

**Hinweis:** Die „Deutsch-Österreichischen Empfehlungen zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft“ wurden anlässlich einer Konsensuskonferenz am 14. Mai 2003 in Hamburg aktualisiert. Sie können auf der Homepage des RKI eingesehen werden unter:  
[http://www.rki.de/INFEKT/AIDS\\_STD/BR\\_LINIE/PDF/REPG0305.PDF](http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/BR_LINIE/PDF/REPG0305.PDF).

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI (Fachgebiet „HIV/AIDS u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“).

**Ansprechpartner:** Dr. O. Hamouda (E-Mail: HamoudaO@RKI.de) und Dr. U. Marcus (E-Mail: MarcusU@RKI.de).

#### Untersuchungen der Ausbreitung resistenter HIV bei therapie-naiven Patienten:

#### Zur HIV-Serokonverterstudie des RKI und zum europäischen SPREAD-Projekt

*Seit der Einführung der hochaktiven antiretroviralen Kombinationstherapie (HAART) 1996 nahm die HIV-bedingte Morbidität und Mortalität dramatisch ab. Zur Therapie von HIV-Infektionen sind derzeit in Deutschland insgesamt 17 antiretrovirale Medikamente zugelassen: 6 Einzelsubstanzen und 2 Kombinationspräparate von nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren, 2 nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren, 6 Protease-Inhibitoren und seit diesem Jahr auch 1 Fusionsinhibitor. Ein Problem bei der Therapie von HIV ist die Entwicklung und Selektion resistenter Viren. Werden resistente Viren übertragen, können initiale Therapieregime bei neu infizierten Patienten versagen, obwohl diese zuvor nicht mit antiretroviralen Medikamenten behandelt wurden.*

In einer Präsentation der HIV-Serokonverterstudie des RKI zum Welt-AIDS-Tag 2002 wurden bereits die Ergebnisse dieser Studie vorgestellt. Unter den therapie-naiven Studienpatienten (d. h. mit einer dokumentierten Serokonversion) war von 1996 bis Ende 2002 eine mittlere Übertragungshäufigkeit resistenter HIV von 12 % in Deutsch-

land beobachtet worden. Auf die Zunahme der Übertragung mehrfach resistenter HIV wurde bereits hingewiesen (s. a. *Epid. Bull.* 48/2002).

Auch in anderen europäischen Ländern und den USA werden Untersuchungen zur Resistenz von HIV bei therapie-naiven Patienten durchgeführt. Die Raten der Transmission resistenter Stämme variieren dort zwischen 10 % und 27 %. Die Daten der einzelnen Länder sind jedoch nicht direkt vergleichbar, da sich die Studien in verschiedenen Aspekten unterscheiden, z. B. im Hinblick auf die Kriterien zur Auswahl der Probanden, den Beobachtungszeitraum, die Verteilung der Transmissionsgruppen und die Bewertungskriterien in der genotypischen Resistenzbestimmung.

Das 5. Europäische Rahmenprogramm fördert die Zusammenarbeit von 18 europäischen Ländern. Ziel ist, die Ausbreitungsdynamik resistenter HIV in Europa vergleichbar und repräsentativ zu untersuchen und eine Strategie zur Senkung der Transmissionsrate resistenter Erreger zu entwickeln (SPREAD – *Strategy to Control spread of Drug Resistant HIV*). Weitere Anliegen des Projektes sind, ein Netzwerk europäischer Referenzlabore für Resistenzbestimmung aufzubauen und erstmalig eine öffentlich zugängliche europäische Datenbank resistenter HIV anzulegen.

## Zur Organisation der Studie

Internationaler Koordinator des SPREAD-Projektes ist Dr. C. A. B. Boucher (Department of Virology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands; E-Mail: SPREAD@azu.nl). Für jedes Partnerland wurde zudem ein nationaler Koordinator benannt, der mit je einem Vertreter aus den Gebieten Virologie, Epidemiologie und Klinik eine Arbeitsgruppe bildet. In Deutschland erfolgt die Koordination über das NRZ für Retroviren (Institut für Klinische und Molekulare Virologie der Universität Erlangen-Nürnberg, nationaler Koordinator: Prof. Dr. B. Fleckenstein). Die jeweiligen Vertreter für die Virologie sind Dr. K. Korn (NRZ, Erlangen), für die Epidemiologie Prof. Dr. G. Pauli (RKI, Berlin) und für die Klinik Prof. Dr. T. Harrer (Medizinische Klinik III mit Institut für Immunologie, Universität Erlangen).

Für Deutschland hat das RKI eine nach Regionen und Transmissionsgruppen stratifizierte Strategie zur Probensammlung aufgestellt. Auf der Grundlage der geschätzten etwa 2.000 Neuinfektionen pro Jahr sollen in 2 Sammlungsperioden je 200 neu infizierte HIV-Patienten untersucht werden, um ein repräsentatives Bild der Situation in Deutschland zu erhalten. Deutschlandweit haben sich HIV-Schwerpunktpraxen, klinische Zentren und Labore bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen. Die Labore sind in ein Ringversuchsprogramm eingebunden, das SPREAD zur Qualitätssicherung durchführt. Der erste Untersuchungszeitraum begann im September 2002 und endet im Dezember 2003.

## Erste Ergebnisse

Von September 2002 bis Ende August 2003 konnten 141 erstmalig diagnostizierte HIV-Patienten in die Studie aufgenommen werden. Bei den Neudiagnosen lag bei 40,4 % der Studienteilnehmer eine labordiagnostisch gesicherte akute Serokonversion, bei 44,6 % eine dokumentierte Serokonversion (Vorliegen eines vorangegangenen negativen HIV-Tests) vor. Bei den übrigen 19 % handelte es sich um Erstdiagnosen ohne eindeutig eingrenzenden Infektionszeitpunkt.

Von all diesen Patienten wurde eine genotypische Resistenzanalyse innerhalb von 3 Monaten nach dem ersten positiven HIV-Test vorgenommen. Jeder siebente neu infizierte Patient (16,5 %) war mit HIV-1 infiziert, bei denen anhand der Aminosäuresequenz der Protease und/ oder Reverse Transkriptase eine In-vitro-Resistenz gegen mindestens ein Medikament festgestellt wurde (Prozentsatz bezieht sich auf abgeschlossene Untersuchungen). Bei 8,1 % der Studienteilnehmer wurde eine Infektion mit einem HIV-1 nonB-Subtyp festgestellt.

Der Anteil der Studienpatienten, die ihre Infektion durch homosexuelle Kontakte erworben haben, ist mit bisher 82 % höher als der Prozentsatz, den diese Transmissionsgruppe nach den Daten des RKI unter den gemeldeten Neuinfektionen ausmacht. Zuverlässige Aussagen über die Häufigkeit der Übertragung resistenter HIV bei heterosexuell übertragenen Infektionen sind daher noch nicht möglich. Angesichts der Gesamtrate von mehr als 10 % resistenter HIV bei Neuinfektionen sollte jedoch in allen Risikogruppen – entsprechend der europäischen Therapierichtlinien – eine Resistenztestung vor Therapiebeginn durchgeführt werden.

## Ergebnisse weiterer Studien

Wie wichtig es ist, europaweit Daten zusammenzuführen, zeigt eine in diesem Jahr durchgeführte retrospektive Analyse der Resistenzuntersuchungen der SPREAD-Partner und weiterer europäischer Länder: Die CATCH-Studie (*Combined Analysis of resistance Transmission over time of chronically and acute infected HIV-patients*), die im März 2003 in Luxemburg (1st European HIV Drug Resistance

Workshop) und im Juli in Paris (2nd IAS Conference on HIV pathogenesis and treatment) vorgestellt wurde.

In dieser Studie wiesen von 2.000 therapie-naiven Patienten, die zwischen 1996 und 2002 erstmalig HIV-positiv getestet worden waren, mehr als 10 % ein Virus mit einer zu erwartenden Resistenz gegen mindestens ein antiretrovirales Medikament auf. Schlüsselt man das Patientenkollektiv nach der Zeitdauer zwischen Feststellung der Infektion und Durchführung des Resistenztests auf (Untersuchung bis zu 1 Jahr nach Erstdiagnose vs. Untersuchung mehr als 1 Jahr nach der Erstdiagnose), hatten 12,5 % der „kürzer“ infizierten Patienten mindestens eine (oder mehr) für Resistenz gegen antiretrovirale Medikamente relevante Aminosäuremutation, während dieser Anteil bei Patienten mit „länger“ zurückliegenden Infektionen mit 8,7 % um knapp ein Drittel niedriger lag. Ein Unterschied in der Häufigkeit resistenter Viren zeigte sich auch zwischen Subtyp B-Infektionen (11,3 %) im Vergleich zu HIV-1 nonB-Subtypen (3,3 %).

## Ausblick

In einer Reihe von osteuropäischen Ländern ist die Zunahme der HIV-Infektionen derzeit insbesondere unter den Drogenabhängigen ausgesprochen beunruhigend. Mit finanzieller Unterstützung der WHO planen die SPREAD-Partner mit den EU-Beitrittsstaaten und einigen weiteren Ländern aus der Region ein Netzwerk zur Untersuchung der Übertragung resistenter HIV aufzubauen.

Bericht aus der Projektgruppe „Neuartige Erreger“ und der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI sowie dem Nationalen Referenzzentrum für Retroviren der Universität Erlangen-Nürnberg.

**Ansprechpartnerinnen:** Frau Dr. C. Kücherer (E-Mail: KüchererC@rki.de) und PD Frau Dr. G. Poggensee (E-Mail: Poggensee@rki.de).

Die Serokonverterstudie des RKI wird im Rahmen des HIV-Kompetenznetzwerkes gefördert.

An der HIV-Serokonverterstudie oder an SPREAD interessierte Ärzte und Patienten können sich an folgende Ansprechpartner wenden:

### ► HIV-Serokonverterstudie (am RKI):

**Probentransport und -untersuchung:** Frau Dr. C. Kücherer, Neuartige Viren (P 11), (E-Mail: KuechererC@rki.de);

**Studienunterlagen:** Frau PD Dr. G. Poggensee (E-Mail: PoggenseeG@rki.de) oder Herr Dr. O. Hamouda, Abt. Infektionsepidemiologie (E-Mail: HamoudaO@rki.de)

► **SPREAD:** Herr Dr. K. Korn, NRZ für Retroviren, Erlangen, (Tel.: 091 31.85-24010, E-Mail: kskorn@viro.med.uni-erlangen.de); Frau Dr. C. Kücherer (s.o.) oder eines der **Laboratorien, die Patientenproben der SPREAD-Studie untersuchen:**

► Institut für Virologie der Universität zu Köln, Herr Dr. Kaiser, Tel.: 0211.478-3903

► Praxiszentrum Aachen/Dr. Knechten, Herr Dr. Braun, Tel.: 0241.47097

► Institut für Medizinische Virologie, Uni-Klinikum Frankfurt, Herr Dr. Stümer, Tel.: 069-6301-6454

► Institut für Medizinische Mikrobiologie und Immunologie, Herr Dr. Zöllner, Hamburg, Tel.: 040.42803-3147

► Dr. Fenner u. Partner, Herr Dr. H. Müller, Hamburg, Tel.: 040.309550

► Medizinische Hochschule Hannover, Klinische Immunologie, Herr Dr. H. Heiken, Tel.: 0511.532-6656

► Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie, Herr Dr. Noah, Kiel, Tel.: 0431.597-3331

► Institut f. Med. Mikrobiologie und Hygiene, Med. Univ. zu Lübeck, Herr Prof. Dr. Dennin, Frau Dr. Thieme, Tel.: 0451.500-2800

► Max v. Pettenkofer Institut, Herr Dr. Eberle, München, Tel.: 089.5160-5234

► Labor Berg, Herr Dr. Berg, Berlin, Tel.: 030.4465-3595

► Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Herr PD Dr. K. Arasteh, Berlin, Tel.: 030.7903-2609

In eigener Sache:

## Zum Abschluss einer Etappe

Alles hat seine Zeit. An die Altersgrenze gestoßen, möchte ich hier als Redakteur und bisher Verantwortlicher für das *Bulletin* verabschieden. Dankbar resümiere ich, dass mein berufliches Leben, von dessen 41 Jahren 39 den Infektionskrankheiten gewidmet waren, einen sehr befriedigenden Abschluss dadurch gefunden hat, dass ich dem *Epidemiologischen Bulletin* zum Leben verhelfen und es über 8 Jahre mit prägen konnte. Möglich war das aber nur durch das aktive Mitwirken und die Unterstützung sehr vieler Kolleginnen und Kollegen an Infektions-assoziierten Arbeitsplätzen in ganz Deutschland. Wie wir es uns am RKI gewünscht hatten, entwickelte sich in kurzer Zeit ein wirklich lebendiges Beziehungsgeflecht innerhalb des „infektionsepidemiologischen Netzwerkes“. Unserer kleinen Redaktion wurden Beiträge und Hinweise in reichem Maße zuteil. Dafür hier noch einmal allen und für alles Dank aus vollem Herzen!

Ganz besonderen Dank sage ich Frau Sylvia Fehrmann, deren Einsatz, Layout-Künste und Sprachgefühl für das *Bulletin* essenziell sind. Mit Frau Dr. Ines Steffens übernimmt eine in Medizin und Public Health erfahrene, sehr kooperative Kollegin nun die redaktionelle Verantwortung. Es wäre gut, wenn Vertrauen, Unterstützung und kollegiale Verbundenheit auf sie übertragen werden könnten, um ihr diese nicht einfache Aufgabe leichter werden zu lassen.

Mit meinem letzten Beitrag an dieser Stelle möchte ich als Gruß in die Fachwelt einige an sich ernste Themen nicht ganz so ernst behandeln...

Wolfgang Kiehl

## Zum Infektionsschutzgesetz

Viele arge Infektionen gibt es, die in Menschen wohnen, keck durch die Gemeinschaft segeln, dieses aber zwingt zu regeln, dass die lästigen Mikroben nicht so ungehindert toben...

Eigentlich obliegt den Ländern, drohet Seuche, das zu ändern, und den Bürger zu bewahren vor den Infektionsgefahren, doch dem Bund ward übertragen, das Grundsätzliche zu sagen, zu dem Schutz vor Infektionen für Bevölkerungs-Millionen...

Alte Bundes-Seuchenrechte gab es – gute und auch schlechte –, doch nach über 40 Jahren, konnte man sich's nicht ersparen, neue Vorschrift zu erlassen, um den Fortschritt zu erfassen, so mit Seuchen umzugehen, dass sie gar nicht erst entstehen...

Neu ist auch, dass integriert, alles das, was da passiert, wenn auf sexuellen Wegen Keime kommen, die erregen... Diesen etwas delikaten Leiden ward zuvor gebraten, was als Extrawurst wir kennen, um sie rechtlich abzutrennen.

Heute ist dazu zu sagen, zwar besonders übertragen, sind es doch auch Infektionen, die des Staates Aufsicht lohnen, so dass er Surveillance startet, weil der Bürger Schutz erwartet...

Sinnvoll dem Surveillance-Zwecke dient die neue **Meldestrecke**, dass man so der Fälle Masse möglichst ordentlich erfasse... Was der Arzt am Krankenbette an das Amt zu melden hätte, wurde sehr zurückgenommen, dafür ist dazugekommen Meldepflicht in den Laboren, diese aber müssen bohren, von dem Arzte zu erfahren, was die Eigenheiten waren, um den „Fall“ recht zu belegen und den Datensatz zu pflegen, der dann durch das Surv-Net ticket, wenn man ihn „nach oben“ schicket...

An dem Ende dieses Weges findet er Interesse, reges, in dem Haus von Robert Koche speist er eine Meldeweche... Hier trennt man in Fachgebieten fleißig Lose von den Nieten, nur mit guten und validen Daten gibt man sich zufrieden

und das Ende der Geschichte sind Statistik und Berichte, die, um darauf zu verweisen, auch das „Bulletin“ oft speisen ...

Im Gesetz an vielen Stellen sieht man, was man – im Speziellen – machen soll, um zu verhindern Krankheit bei den Kita-Kindern, was man tut, geht es um Keime bei den Menschen in dem Heime oder in dem Krankenhaus, wie in familiärer Klause...

Falls ein Keim sich eingemistet, sein Schmarotzer-Dasein fristet, und die Krankheit jemand packte sind gefährlich die Kontakte... Hier ist klug, zu unterbinden, dass sich neue Opfer finden, so durch Klinikaufenthalte, dass dort Isolierung walte, oder durch „zu Hause warten“, den Verzicht auf Kindergarten ...

Strengstens sind verschmutzte Pfoten an dem Essen auch verboten, so kommt es zu Ausfallzeiten bei dergleichen Tätigkeiten, wer da jobbt in Küchenräumen, darf von diesen dann nur träumen...

Eingang fand in neuer Güte,  
wie man Ansteckung verhüte,  
manche Vorschrift dient den Zwecken,  
sich erst gar nicht anzustecken,  
wichtig ist, durch Informieren  
Prävention zu optimieren...  
**Impfen**, das steht außer Frage,  
das beschert gesunde Tage,  
Vorschriften gibt es in Massen,  
bis ein Impfstoff zugelassen,  
jeder Schädlichkeit entbehret,  
dass der Impfling unversehret...

Dann erst gibt es die Offerten  
von den STIKO-Fachexperten,  
welche Impfung wann zu geben  
für ein krankheitsfreies Leben...  
Die Behörden in den Ländern  
können die Empfehlung ändern,  
dieses ist im Grunde selten  
doch im Sachsenlande gelten  
die Empfehlungen der „SIKO“,  
separater Freistaats-„STIKO“...

Jede Impfung einzutragen  
ist dem Impfarzt übertragen,  
um den Impfstoff zu erkennen,  
soll er auch die Charge nennen,

dass sich noch nach Jahren zeige,  
geht der Impfschutz jetzt zur Neige,  
darf man sich im Sichern wiegen,  
muss man einen Booster kriegen?  
Und falls Schäden mal passieren?  
Muss der Staat es garantieren,  
diese dann recht zu entgelten,  
freilich ungewöhnlich selten...  
Wer da spendet Blut und Zellen  
muss sich strengen Testen stellen,  
dass für künftige Empfänger  
möglichst sei das Leben länger ...

In des Krankenhauses Räumen  
darf Hygiene nicht versäumen,  
wer da wirkt für die Kranken,  
diese werden es ihm danken,  
dass nicht resistente Arten  
einen Angriff auf sie starten  
oder sonstige Erreger  
kommen durch die Hand der Pfleger  
oder unsterile Schläuche  
schieben sich in ihre Bäume...  
Hier stellt das Gesetz die Weichen,  
neuen Fortschritt zu erreichen!

Es bedarf des Staates Segen,  
wer da von Berufes wegen

mit Mikroben hat Kontakte  
eng in des Labores Trakte...  
Wichtig auch, dass ohne Schaden  
sei das öffentliche Baden,  
Keimen, die dort nicht sein sollen,  
gelten mancherlei Kontrollen...

In den letzten Paragraphen  
stehen dann diverse Strafen,  
falls im Kleinen oder Großen  
gegen Vorschrift wird verstoßen...

Fleißig tat man überlegen  
wie vor Keimen, die erregen,  
man die Bürger gut bewahre  
(hilfreich: Bales-Kommentare,  
die recht gut und sehr ausführlich,  
nur vom Preis her recht gebühlich ...)

Eine **Wertung** nach der Sichtung:  
Guter Schritt in neue Richtung...  
Das Gesetz, man muss es loben,  
hilft beim Schutz vor den Mikroben,  
wenn da auch in manchem Kleinen  
Änderungen nötig scheinen ...

## SARS

Eine Art Coronaviren  
ist aus Chinas wilden Tieren  
plötzlich tödlich in die Lungen  
von uns Menschen eingedrungen,  
hat sich dann – von Angst begleitet –  
in der Welt recht schnell verbreitet...

Nach dem ersten großen Schrecken  
konnte man den Keim entdecken  
und das „SARS“ genannte Leiden  
war dann auch bald zu vermeiden,  
da man den Erreger kannte  
und mit alter Regel bannte:  
„Abstand von den sichtlich Kranken“,  
wies die Seuche in die Schranken  
und auch Masken im Gesichte,  
machten die Gefahr zunichte,  
dass auch die, die Kranke pflegen  
sich nun sicherer bewegen...

Allerdings die Diagnose,  
das ist keine leichte Chose,  
SARS als solches zu erkennen  
und von Grippe abzutrennen...

Jedem Kranken gilt die Frage,  
wo er war, die letzten Tage,  
dieses ist nicht überflüssig,  
weil der Test allein nicht schlüssig...

Weiter lauern in den Fernen  
– das war hier erneut zu lernen –  
tückisch in so manchen Tieren  
viel Bakterien und Viren ...

## Warnung

Sag' zur Zigarette „Halt!“  
denn die giftige Gewalt  
gibt nur scheinbar einen Halt,  
macht Dich früher grau und alt  
und am Ende einfach kalt!

## Wert der Prävention

Löblich ist, es Leid zu lindern,  
besser – ohne das zu mindern –  
sein Entstehen zu verhindern!

## SurvStatWeb@RKI: RKI ermöglicht Zugriff auf aktuelle IfSG-Melddaten über das Web

Das Robert Koch-Institut unterhält eine Datenbank aller nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) seit 2001 übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten, insgesamt 60 Krankheiten oder Infektionen. Zur Zeit (Nov. 2003) befinden sich rund 880.000 Datensätze in dieser Datenbank, wöchentlich kommen über 5.000 Fälle hinzu.

Das RKI publiziert kumulative Statistiken über diese Daten wöchentlich und jährlich im *Epidemiologischen Bulletin* sowie jährlich im *Infektions-epidemiologischen Jahrbuch*. Mit dem *Jahrbuch* wurde bislang auch eine Datenbank-Anwendung SurvStat@RKI zur Verfügung gestellt, die dem Benutzer individuelle Anfragen auf einem Auszug aus der IfSG-Datenbank ermöglicht. Der Datenbestand dieses Auszugs entsprach dem Stich-tag des *Jahrbuchs* (<http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/INFJB.HTM>).

Um einem vielfach geäußerten Wunsch entgegenzukommen, statistische Anfragen auf dem aktuellen Datenbestand des RKI über das WWW vornehmen zu können, wurde die Anwendung **SurvStatWeb@RKI** entwickelt. Sie ermöglicht der interessierten Fachöffentlichkeit, mit jedem Internet-fähigen Computer Anfragen nach folgenden Variablen vorzunehmen:

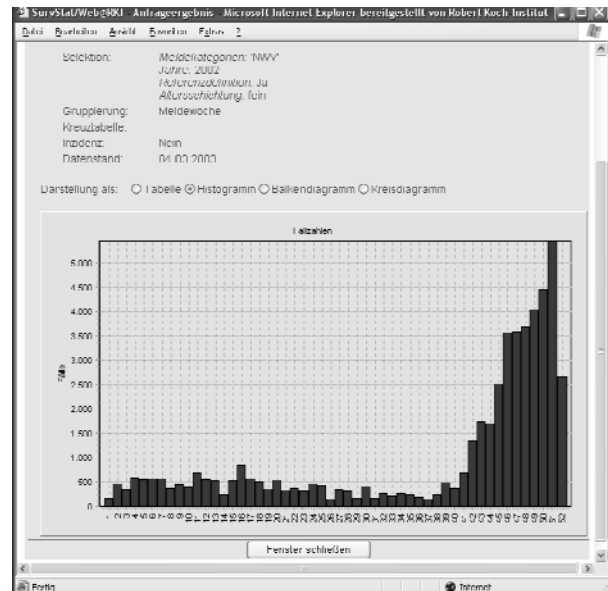
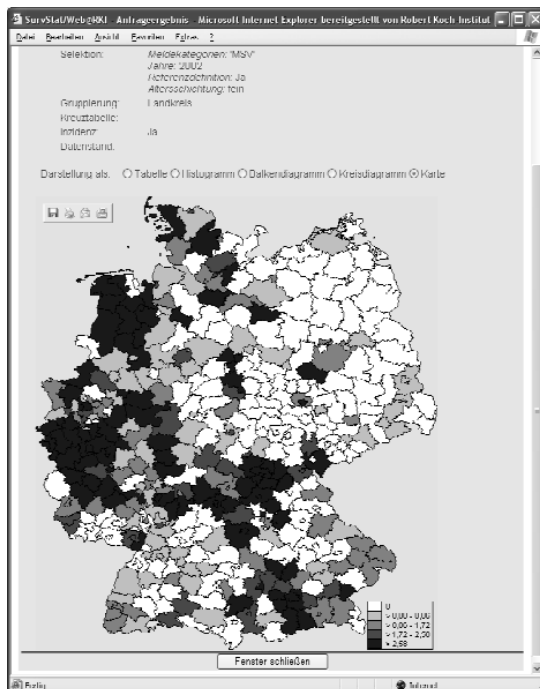
- ▶ Meldekategorie (Krankheit/Erreger, ggf. mit Subtypisierung); Kategorie der Falldefinition;
- ▶ Räumliche (Bundesland, Regierungsbezirk, Kreis) und zeitliche (Meldewoche, -jahr) Kriterien;
- ▶ Alter und Geschlecht.

Dabei werden verschiedene Ausgabeformen unterstützt: ▶ Tabellarische Darstellung (auch Kreuztabellen); ▶ Balken- und Kreisdiagramm; ▶ Kartographische Darstellung.

Beispiele für die Anwendungsmöglichkeiten zeigen die Abbildungen (s. u.). Der Import der generierten Tabellen und Abbildungen in andere Programme ist problemlos möglich. Der Datenbestand ist immer mit der aktuellen Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* synchron. Es können auch durch Auswahl der Datenstände der *Jahrbücher* die dort publizierten Daten reproduziert werden. Als Interaktionssprachen werden Deutsch und Englisch unterstützt. – Derart differenzierte und zeitnahe Anfragemöglichkeiten meldepflichtiger Krankheiten über das Internet, wie SurvStatWeb@RKI sie bietet, sind nach gegenwärtiger Kenntnis international einmalig. SurvStatWeb@RKI steht allen interessierten Nutzern des öffentlichen Gesundheitswesens zur Verfügung. Eine Zugangskennung kann über die Einstiegsseite beantragt werden. Es ist geplant, den Zugang weiter zu öffnen. Die SurvStat-CD wird dadurch ersetzt. Erreichbar ist SurvStatWeb@RKI unter dem URL <http://www3.rki.de/SurvStat>.

Bericht aus der Abt. für Infektionsepidemiologie des RKI.

**Ansprechpartner** für weitere Anregungen und Kommentare ist Herr Dr. D. Faensen (E-Mail: [FaensenD@rki.de](mailto:FaensenD@rki.de)).



## Zum Ausscheiden von Wolfgang Kiehl, dem langjährigen Redakteur des Epidemiologischen Bulletins

Am 1. Dezember 2003 tritt der langjährige Redakteur des *Epidemiologischen Bulletins* Dr. med. s.c. Wolfgang Kiehl, in den Ruhestand. Er war maßgeblich an der Entwicklung des *Bulletin*-Konzeptes beteiligt und hat es seit dem Start 1996 verantwortlich umgesetzt. In den vergangenen acht Jahren seiner engagierten Tätigkeit verfasste und redigierte er Woche für Woche (50 mal pro Jahr) ungezählte Beiträge für das *Epidemiologische Bulletin*. Er prägte Inhalt und Form und kreierte ein lebendiges, aktuelles Medium, dessen vielfältiges Spektrum ein weites Gebiet der Infektionskrankheiten abdeckt. Durch seine breite berufliche Erfahrung und sein sicheres Sprachvermögen vermochte er auch komplexe und komplizierte wissenschaftliche Sachverhalte schnell erfassbar und gut verständlich auszudrücken und die Bedeutung für die praktische Arbeit hervorzuheben.

Sein beruflicher Werdegang führte den gebürtigen Berliner, der als Sohn eines Kinderarztes in Wernigerode aufwuchs, über die Studienzeit in Leipzig und Magdeburg als Arzt nach Havelberg und zurück nach Berlin. Dort begann seine Karriere im Bereich der Infektionskrankheiten: Er schloss seine Ausbildung als Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie ab, ein dreimonatiger Aufenthalt in Burma prägte seine Neigung zur Reise- und Tropenmedizin, die auch Eingang in das *Bulletin* fand. Den Berliner Jahren als Bezirksepidemiologe folgte die Zeit als Infektionsepidemiologe am Hygieneinstitut/Bezirks-Hygieneinspektion des Bezirks Dresden. Seit dieser Zeit ist er regelmäßig auch im Bereich

der ärztlichen Fortbildung tätig. Im Jahr 1985 kehrte er nach Berlin zurück, wo er sechs Jahre am Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie arbeitete. Seine im Jahr 1990 angenommene Habilitationsschrift trägt den Titel „Zum Risikobegriff und seinem Gebrauch in der Epidemiologie der Infektionskrankheiten“. Nach der Wende war Wolfgang Kiehl seit 1991 Mitarbeiter des RKI, zunächst am AIDS-Zentrum und dann als alleiniger Redakteur des *Epidemiologischen Bulletins*, das im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch gewährleistet. Er engagierte sich neben anderem auch im Netzwerk der europäischen Bulletins und ihrem Publikationsorgan *Eurosurveillance*.

Seine erfolgreiche Aufbauarbeit trägt Früchte: Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint wöchentlich in einer Auflage von inzwischen 5.000 Exemplaren, die Anzahl der Internet-Zugriffe stieg auf über 100.000 pro Monat. Zitate in wichtigen Publikationen und auch in der Laienpresse zeigen die Bedeutung und Beliebtheit des *Bulletins*. Für seine Verdienste um den öffentlichen Gesundheitsdienst wurde Wolfgang Kiehl mehrfach ausgezeichnet, zuletzt erhielt er im Mai 2003 die Johann-Peter-Frank-Medaille.

Das Robert Koch-Institut wünscht Wolfgang Kiehl weiterhin eine erfolgreiche Publikationstätigkeit und dem passionierten Wanderer noch viele Alpenüberquerungen.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 25.11.2003 (45. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	124	5.970	6.962	1	82	76	5	309	325	79	4.347	4.769	1	81	138		
Bayern	131	7.861	8.462	6	217	198	11	640	492	86	4.674	5.799	6	98	149		
Berlin	26	2.000	2.949	0	10	11	4	191	209	38	2.258	3.140	1	52	118		
Brandenburg	37	2.481	3.273	1	29	19	4	206	185	30	1.538	1.904	0	24	16		
Bremen	1	284	343	0	13	17	0	35	85	5	350	383	0	5	8		
Hamburg	33	1.124	1.541	0	31	24	0	34	25	34	1.399	1.837	0	35	111		
Hessen	74	3.948	4.597	1	15	10	3	111	140	51	2.637	2.516	0	56	68		
Mecklenburg-Vorpommern	41	1.721	2.747	0	9	19	2	288	348	28	1.374	1.796	0	5	6		
Niedersachsen	134	4.974	5.948	2	111	147	1	238	260	67	3.288	4.035	3	33	42		
Nordrhein-Westfalen	158	10.470	9.965	8	258	271	23	824	752	163	9.036	11.364	3	87	67		
Rheinland-Pfalz	81	3.469	3.991	1	82	55	3	175	137	44	2.038	2.239	0	26	48		
Saarland	16	696	694	0	4	4	0	19	17	11	774	840	0	0	3		
Sachsen	85	4.638	4.984	3	73	56	17	792	795	67	3.570	4.298	3	78	114		
Sachsen-Anhalt	38	2.596	3.561	0	14	19	16	393	459	31	1.281	1.509	0	20	42		
Schleswig-Holstein	37	1.861	2.281	2	39	35	3	86	79	22	1.381	1.898	0	6	33		
Thüringen	39	2.862	3.199	0	26	30	10	405	387	27	1.465	1.799	3	60	68		
<b>Deutschland</b>	<b>1.055</b>	<b>56.955</b>	<b>65.497</b>	<b>25</b>	<b>1.013</b>	<b>991</b>	<b>102</b>	<b>4.746</b>	<b>4.695</b>	<b>783</b>	<b>41.410</b>	<b>50.126</b>	<b>20</b>	<b>666</b>	<b>1.031</b>		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>				
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	4	139	144	2	134	184	17	850	894		
Bayern	5	210	128	6	148	170	27	1.280	1.365		
Berlin	3	78	105	1	68	68	14	412	134		
Brandenburg	1	13	12	0	12	20	1	75	34		
Bremen	1	12	15	1	13	11	0	40	51		
Hamburg	0	21	51	1	21	23	2	50	44		
Hessen	4	103	128	2	85	110	11	481	613		
Mecklenburg-Vorpommern	0	22	5	1	13	14	1	85	78		
Niedersachsen	1	84	123	3	137	140	28	656	682		
Nordrhein-Westfalen	4	229	348	5	280	282	10	762	1.085		
Rheinland-Pfalz	3	61	52	0	72	91	7	273	291		
Saarland	0	5	9	0	9	12	0	27	25		
Sachsen	0	18	14	0	48	42	9	206	196		
Sachsen-Anhalt	1	44	24	1	35	30	1	149	100		
Schleswig-Holstein	0	42	41	0	24	30	1	108	122		
Thüringen	0	31	17	0	13	29	5	83	81		
<b>Deutschland</b>	<b>27</b>	<b>1.112</b>	<b>1.216</b>	<b>23</b>	<b>1.112</b>	<b>1.256</b>	<b>134</b>	<b>5.537</b>	<b>5.795</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,



Stand v. 25.11.2003 (45. Woche)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.		1.-45.
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003			2002
5	376	420	17	3.323	1.774	16	3.107	4.629	14	487	430	0	118	70	Baden-Württemberg
7	492	547	2	2.016	1.261	22	4.346	4.716	10	423	392	0	62	34	Bayern
6	226	258	26	1.250	1.285	16	1.522	1.916	4	173	207	0	34	21	Berlin
2	265	328	11	2.937	1.314	5	2.761	2.879	0	43	53	2	16	13	Brandenburg
2	38	55	3	412	156	1	303	223	1	18	12	0	9	21	Bremen
1	144	156	0	1.141	605	3	696	742	1	98	76	1	9	1	Hamburg
3	279	332	7	1.186	698	15	1.813	1.983	3	157	180	1	29	32	Hessen
9	182	292	16	2.211	580	16	2.761	3.918	4	126	117	0	47	39	Mecklenburg-Vorpommern
12	579	720	18	4.771	1.873	8	3.165	3.072	5	148	141	4	86	156	Niedersachsen
13	879	1.083	8	4.390	1.290	41	5.366	5.948	16	499	518	3	172	119	Nordrhein-Westfalen
5	312	302	5	3.073	1.243	20	2.584	2.457	2	117	125	1	36	28	Rheinland-Pfalz
1	82	78	1	404	561	1	502	522	0	17	21	0	1	0	Saarland
16	660	691	182	5.198	5.339	43	7.335	8.254	10	202	195	3	107	101	Sachsen
10	422	459	29	2.302	2.727	21	3.220	3.545	3	84	119	2	40	53	Sachsen-Anhalt
5	213	265	2	1.557	658	2	763	763	1	32	40	1	2	4	Schleswig-Holstein
9	472	549	68	1.889	2.043	22	3.054	3.883	1	33	58	0	23	28	Thüringen
<b>106</b>	<b>5.621</b>	<b>6.535</b>	<b>395</b>	<b>38.060</b>	<b>23.407</b>	<b>252</b>	<b>43.298</b>	<b>49.450</b>	<b>75</b>	<b>2.657</b>	<b>2.684</b>	<b>18</b>	<b>791</b>	<b>720</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
0	66	84	0	28	42	14	776	795	Baden-Württemberg	
0	92	80	0	40	1.594	18	870	929	Bayern	
0	24	29	0	2	24	5	314	347	Berlin	
0	26	21	0	5	4	0	172	159	Brandenburg	
0	8	6	0	37	4	0	54	81	Bremen	
0	15	14	0	5	15	0	199	189	Hamburg	
1	32	35	0	16	86	11	541	633	Hessen	
0	29	13	0	5	4	1	133	118	Mecklenburg-Vorpommern	
1	56	57	1	236	841	12	539	537	Niedersachsen	
1	179	168	1	304	1.551	28	1.564	1.769	Nordrhein-Westfalen	
1	38	22	1	38	300	2	303	279	Rheinland-Pfalz	
0	16	4	0	1	6	2	92	99	Saarland	
3	29	28	0	2	13	0	214	261	Sachsen	
0	39	17	0	7	12	2	199	233	Sachsen-Anhalt	
0	16	20	0	24	41	2	139	194	Schleswig-Holstein	
1	28	24	0	3	21	3	119	127	Thüringen	
<b>8</b>	<b>693</b>	<b>622</b>	<b>3</b>	<b>753</b>	<b>4.558</b>	<b>100</b>	<b>6.228</b>	<b>6.750</b>	<b>Deutschland</b>	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten**

Stand v. 25.11.2003 (45. Woche)

Krankheit	45. Woche 2003	1.–45. Woche 2003	1.–45. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	328	78	81
Influenza	10	8.184	2.558	2.574
Legionellose	6	327	365	413
FSME	1	257	229	239
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	58	41	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	53	49	55
Listeriose	2	209	195	238
Brucellose	1	23	31	35
Dengue-Fieber #	6	111	205	218
Hantavirus-Erkrankung	3	121	207	228
Leptospirose	0	32	48	58
Ornithose	0	37	37	40
Q-Fieber	2	378	178	191
Tularämie	0	3	5	5
Paratyphus	0	61	63	67
Typhus abdominalis	1	58	54	59
Trichinellose	0	3	6	10

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

# Meldetechnisch erfasst unter „Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)“.

**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:****▶ Aktuelle Gelbfiebersituation in Südamerika – Zunahme sylvatischer Erkrankungen**

Seit Anfang des Jahres wurden der PAO bis zum 1. November aus **Südamerika** 221 Gelbfieberserkrankungen, darunter 99 Todesfälle gemeldet (höchste gemeldete Zahlen seit 5 Jahren!). Die Erkrankungen wurden überwiegend in Dschungelgebieten der folgenden Länder erworben: **Bolivien** (6 Fälle), **Brasilien** (62 Fälle), **Kolumbien** (97 Fälle), **Peru** (22 Fälle) und **Venezuela** (34 Fälle). Im Zusammenhang mit einem aktuellen Ausbruch im **venezolanischen Distrikt Guarinito, Bundesstaat Portuguesa**, wurden 6 Erkrankungen registriert.

Personen, die Reisen in die betroffenen Regionen – besonders in bewaldete Gebiete – planen, sollten in der reisemedizinischen Beratung auf die dringliche Notwendigkeit einer Gelbfieberimpfung hingewiesen werden.

Quelle: <http://www.pao.org>**▶ Hinweis zur Dengue-Situation in Indien – Update**

Auch weiterhin werden dem RKI vermehrt Fälle von Dengue-Fieber bei Indien-Reisenden gemeldet (s. *Epid. Bull.* 45/03: 368). Seit Januar wurden mittlerweile 21 Fälle gezählt, darunter 16 seit Anfang September. Somit wurde im Jahr 2003 Indien bislang bei 17% aller Dengue-Fieberfälle als Infektionsland genannt (2002: 4%).

**Impressum****Herausgeber**Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0  
Fax: 01888.754-2628  
E-Mail: [info@rki.de](mailto:info@rki.de)**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 01888.754-2457  
E-Mail: [KiehlW@rki.de](mailto:KiehlW@rki.de)

Dr. med. Ines Steffens, MPH

Tel.: 01888.754-2324  
E-Mail: [SteffensI@rki.de](mailto:SteffensI@rki.de)

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455  
E-Mail: [FehrmannS@rki.de](mailto:FehrmannS@rki.de)

Fax.: 01888.754-2459

**Vertrieb und Abonnentenservice**Zeitungs- und Zeitschriften Vertrieb GmbH  
Düsterhauptstr. 17, 13469 Berlin  
Abo-Tel.: 030.403-3985**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen 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 dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per 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** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

**Druck**

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

**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

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, HUS, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.