ROBERT KOCH INSTITUT

Epidemiologisches Bulletin

11. November 2013 / Nr. 45 AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weiterführende Analysen zur HIV-Inzidenz- und -Prävalenzschätzung 2012

Eine HIV-Infektion (HIV = Humanes Immundefizienz-Virus) verläuft zunächst meistens symptomarm und bleibt daher oft unbemerkt. Zwischen dem eigentlichen Zeitpunkt der HIV-Infektion und der Diagnose durch einen HIV-Test liegen so oftmals Monate bis mehrere Jahre. Die Daten zu den gemeldeten HIV-Neudiagnosen können daher nur beschränkt Auskunft über den aktuellen Verlauf der HIV-Neuinfektionen (HIV-Inzidenz) geben. Ein erheblicher Teil der aktuell erfolgten HIV-Infektionen wird erst in den kommenden Jahren entdeckt werden. Um bessere Informationen über den aktuellen Verlauf der HIV-Inzidenz (einschließlich der noch unentdeckten HIV-Infektionen) zu erhalten, können Schätzverfahren der mathematischen Modellierung angewandt werden. Von den HIV-Neuinfektionen des laufenden Jahres und der Zeit unmittelbar davor ist nur ein relativ kleiner Teil bereits diagnostiziert und gemeldet worden. Demzufolge ist die Schätzung der HIV-Inzidenz der letzten 3 Jahre relativ unsicher und muss vorsichtig interpretiert werden. Auch Trendaussagen sind entsprechend schwierig zu treffen.

1

In den letzten Jahren hat das Robert Koch-Institut (RKI) anlässlich des Welt-AIDS-Tages im *Epidemiologischen Bulletin* Schätzungen zur Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland veröffentlicht. Diese Schätzungen wurden auf Grundlage der bis Mitte des laufenden Jahres eingegangenen HIV-Meldungen erstellt und hatten daher für das jeweils laufende Jahr den Charakter einer Prognose.

Um die Stabilität der Schätzung etwas zu erhöhen, hat sich das RKI in Absprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) entschieden, das Verfahren der jährlichen HIV-Schätzung insofern zu modifizieren, dass nicht mehr die HIV-Inzidenz und -Prävalenz des laufenden Jahres, sondern die des Vorjahres geschätzt wird. In diesem Jahr verweisen wir daher einmalig auf die **Schätzung des Jahres 2012** (s. *Epid. Bull.* 47/2012). Das neue Verfahren steht in Übereinstimmung mit den Erhebungszeiträumen anderer Länder und Institutionen, die entsprechende Schätzungen veröffentlichen (z. B. WHO/UNAIDS).

Zur Methodik der Schätzung

Eine detaillierte Beschreibung der für die Schätzung verwendeten Methoden findet sich im Bericht „Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland, Stand Ende 2012“ (s. *Epid. Bull.* 47/2012).

Für die mathematische Modellierung werden neben der Anzahl der HIV-Diagnosen im Zeitverlauf auch die bei HIV-Diagnose bereits bestehenden opportunistischen Erkrankungen und die Menge der im Blut nachzuweisenden CD4-Zellen des Immunsystems berücksichtigt, so dass eine Einschätzung der Dauer zwischen HIV-Infektion und HIV-Diagnose (Progressionszeit) möglich ist. Ganz grob kann man sagen, dass etwa ein Drittel der HIV-Neuinfektionen bereits sehr früh – im ersten Jahr nach der Infektion – erkannt wird. Die übrigen zwei Drittel werden erst später diagnostiziert, zum Teil erst dann, wenn

Diese Woche 45/2013

HIV-Infektionen/AIDS
- ▶ Analysen zur HIV-Inzidenz- und -Prävalenzschätzung 2012
- ▶ Zur Situation in Deutschland – Eckdaten 2012

KRINKO
Ergänzendes Dokument zum Kolonisationsscreening bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen erschienen

Veranstaltungshinweis
18. Berliner Workshop der DGHM

Meldepflichtige Infektionskrankheiten
- ▶ Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen August 2013
- ▶ Aktuelle Statistik 42. Woche 2013

Poliomyelitis
Neue Fälle in Syrien

ARE/Influenza
Zur Situation in der 44. Woche 2013

Symptome einer opportunistischen Erkrankung oder gesundheitliche Probleme auf Grund eines Immundefektes auftreten. Durch die Analyse von Daten zu Kohorten von HIV-positiven Patienten, deren HIV-Infektionszeitpunkt bekannt ist, konnte beispielsweise die Verteilung der Progressionszeiten bis zum Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes der CD4-Zellzahl der HIV-infizierten Person geschätzt werden.

Anhand der Progressionszeit-Verteilungen ist es möglich, mit einer sogenannten Rückrechnung den Verlauf der HIV-Inzidenz aus den Daten zu den HIV-Neudiagnosen zu rekonstruieren. Diese Methode basiert auf einer Rekonstruktion der gesamten HIV-Epidemie, das bedeutet, dass auch die noch nicht diagnostizierten Infektionen geschätzt werden. Da verlässliche Daten zu HIV-Neudiagnosen erst ab 1993 vorliegen, müssen für die Jahre vor 1995 zusätzlich die Daten zu AIDS-Diagnosen und eine Schätzung der Progressionszeit zwischen HIV-Infektion und dem Beginn einer AIDS-Erkrankung berücksichtigt werden.

Mit diesem kombinierten Rückrechnungs-Verfahren kann dann die Zahl der HIV-Neuinfektionen in jedem Jahr des Zeitraums zwischen 1975 und 2012 geschätzt werden. Die Gesamtzahl der Menschen, die mit einer HIV-Infektion leben (PLWH = *people living with* HIV) und damit die HIV-Prävalenz ergibt sich durch Aufsummieren der HIV-Neuinfektionen über die Jahre, wenn davon die Anzahl der verstorbenen Personen sowie die Anzahl der HIV-Positiven, die Deutschland verlassen haben, abgezogen wird.

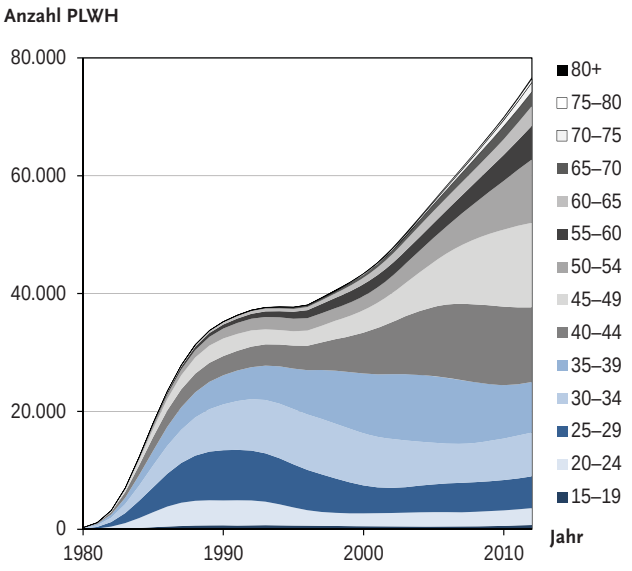

Abb. 1: Geschätzte Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit HIV 1980–2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen (PLWH = *People living with* HIV)

Die folgenden Analysen stellen eine genauere Betrachtung der Inzidenz und Prävalenz bezogen auf einzelne Altersgruppen dar. Hierbei wird berücksichtigt, dass sich die Größe der einzelnen Altersgruppen im Zeitverlauf ändert. So kann in den geburtenstarken Jahrgängen („Baby-Boomer“) eine gleiche Anzahl von HIV-Infektionen im Vergleich zu geburtenschwachen Jahrgängen zu einer niedrigeren bevölkerungsbezogenen Prävalenz oder Inzidenz führen.

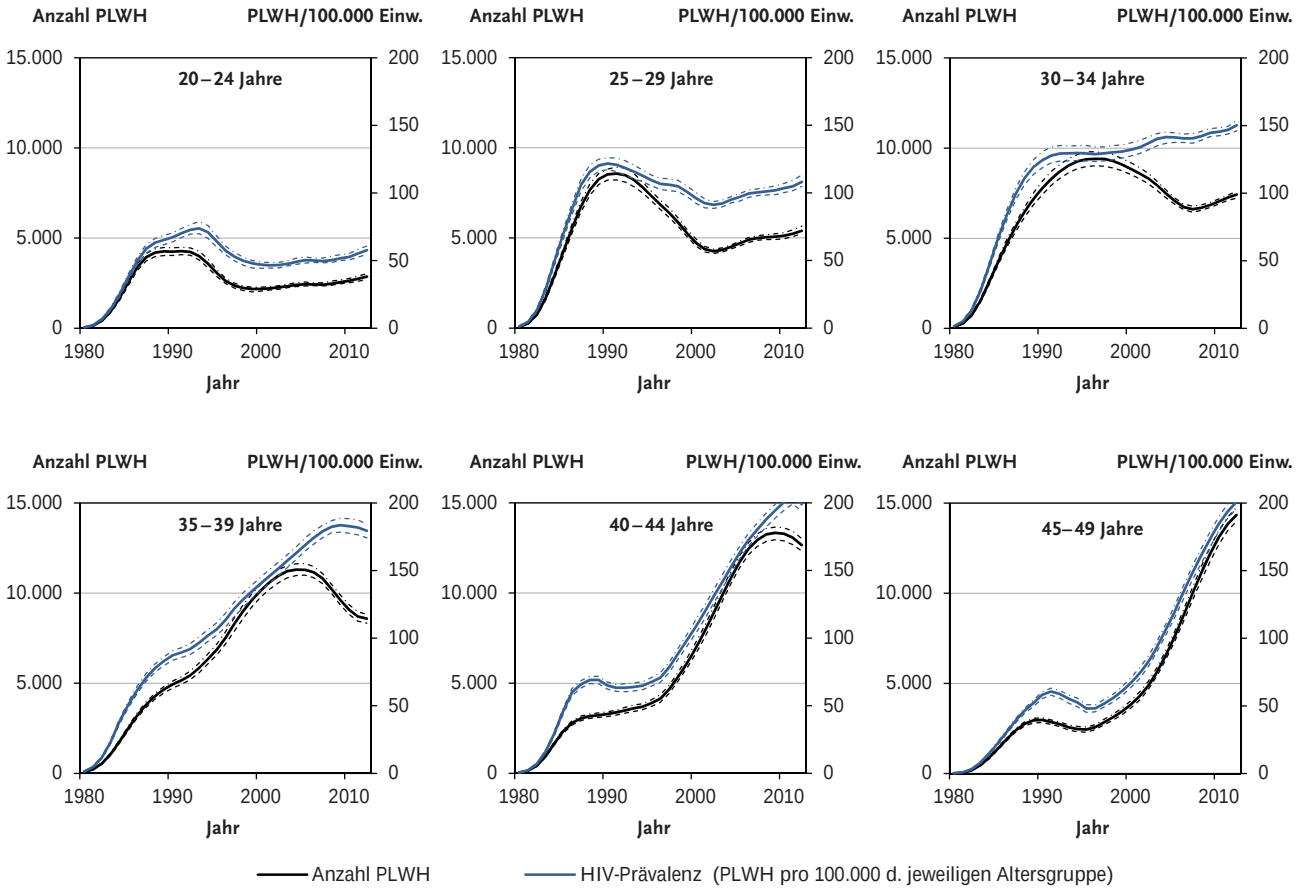

Abb. 2: Schätzung von Anzahl und bevölkerungsbezogener Prävalenz von Menschen, die mit HIV leben, in den 5-Jahres-Altersgruppen zwischen 20 und 49 Jahren, 1980–2012 (PLWH = *People living with* HIV)

HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung *

Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand: Ende 2012

▶ **Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2012 mit HIV/AIDS leben**	**~ 78.000** (66.000 – 91.000)
Männer	**~ 63.000** (53.000 – 74.000)
Frauen	**~ 15.000** (12.000 – 17.000)
darunter Kinder [1]	**~ 200**
Verteilung nach Infektionsrisiko	
Männer, die Sex mit Männern haben	**~ 51.000** (43.000 – 60.000)
Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte [2] infiziert haben	**~ 17.000** (15.000 – 19.000)
darunter Personen, die sich in Deutschland infiziert haben	**~ 9.600** (8.300 – 11.000)
i. v. Drogengebraucher	**~ 8.400** (6.400 – 11.000)
Hämophile und Bluttransfusionsempfänger [3]	**~ 450**
Mutter-Kind-Transmission [4]	**~ 420**
▶ **Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2012**	**~ 3.400** (3.100 – 3.600)
Männer	**~ 3.000** (2.800 – 3.200)
Frauen	**~ 410** (360 – 500)
Infektionswege (geschätzt)	
Männer, die Sex mit Männern haben	**~ 2.500** (2.400 – 2.700)
Heterosexuelle Kontakte	**~ 630** (560 – 770)
i. v. Drogengebrauch	**~ 210** (160 – 270)
Mutter-Kind-Transmission [4]	**< 10**
▶ **Geschätzte Zahl von Personen mit noch nicht diagnostizierter HIV-Erkrankung**	**~ 14.000** (13.000 – 15.000)
▶ **Geschätzte Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei fortgeschrittenem Immundefekt [5] im Jahr 2012**	**~ 820** (750 – 890)
Männer	**~ 720** (650 – 770)
Frauen	**~ 110** (90 – 130)
darunter Kinder [1]	**< 10**
▶ **Geschätzte Zahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten im Jahr 2012**	**~ 550** (530 – 580)
▶ **Geschätzte Zahl der HIV-Infizierten unter antiretroviraler Therapie Ende 2012**	**~ 50.000**
▶ **Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie**	**~ 94.000** (84.000 – 110.000)
▶ **Geschätzte Gesamtzahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten seit Beginn der Epidemie**	**~ 27.000** (26.000 – 28.000)

[1] Personen unter 15 Jahren

[2] Es schließt auch Personen ein, die aus sogenannten Hochprävalenzregionen stammen, und die sich überwiegend in ihren Herkunftsländern und dort über heterosexuelle Kontakte mit HIV infiziert haben, aber jetzt in Deutschland leben. Die Abschätzung der Größe dieser Personengruppe und ihre Aufteilung auf die Bundesländer ist mit einer großen Unsicherheit behaftet, da zu wenig Angaben darüber verfügbar sind, wie hoch der Anteil der Personen aus dieser Gruppe ist, die nach ihrer HIV-Diagnose dauerhaft in Deutschland bleiben.

[3] Die Infektion erfolgte über kontaminierte Blutkonserven und Gerinnungsfaktorenkonzentrate überwiegend in der Zeit vor 1986.

[4] Kinder, die vor, während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion über ihre Mutter erworben haben

[5] klinisches AIDS < 200 Zellen/µl

* Die Eckdaten in diesem Jahr sind identisch mit den bereits Ende 2012 veröffentlichten Daten. Eine neue Schätzung der HIV-Inzidenz und -Prävalenz für 2012 auf der Basis aller bis Ende 2012 gemeldeter HIV-Erstdiagnosen hätte nur zu geringfügigen Änderungen dieser Eckdaten geführt, so dass aus Konsistenzgründen einmalig in diesem Jahr so verfahren wird. Die Eckdaten stellen **keine automatische Fortschreibung** früher publizierter Eckdaten dar. Durch aktualisierte Daten, neu hinzugewonnene Informationen sowie durch Anpassung der Methodik können sich die Ergebnisse der Berechnungen von Jahr zu Jahr verändern und liefern eine aktualisierte Einschätzung des gesamten bisherigen Verlaufs der HIV-Epidemie. Die angegebenen **Zahlenwerte können daher nicht direkt mit früher publizierten Schätzungen verglichen werden**. Insbesondere können Veränderungen zwischen dem jeweils aktuellen und dem vergangenen Jahr nicht als Zu- oder Abnahmen interpretiert werden.

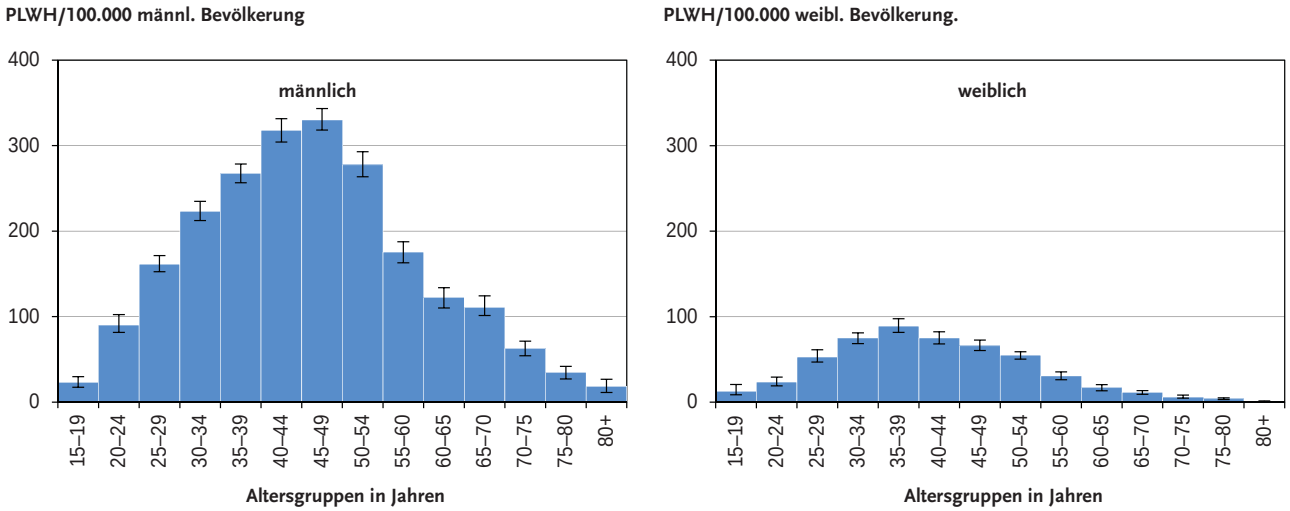

Abb. 3: Geschätzte HIV-Prävalenz 2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht (mit Angabe des Vertrauensbereichs; PLWH = *People living with* HIV)

Geschätzte HIV-Prävalenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Die Modellierung des Verlaufs der HIV-Epidemie in Deutschland führt zu einer Schätzung von etwa 78.000 Menschen, die Ende 2012 mit einer HIV-Infektion in Deutschland lebten. Diese verteilen sich zu 65 % (n = 51.000) auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), zu 22 % (n = 17.000) auf Frauen (14 %, n = 11.000) und Männer (8 %, n = 6.000), die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben, wobei ca. 45 % dieser Infektionen im Ausland stattgefunden haben, und zu 11 % auf Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen oder gebraucht haben, sowie ca. 450 Personen, die sich größtenteils in den frühen 1980er Jahren über Bluttransfusionen oder Blutprodukte mit HIV infiziert haben und ca. 400 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die sich vor, während oder nach ihrer Geburt über ihre Mutter infiziert haben (s. Eckdaten S. 459).

Wie die Abbildungen 1 und 2 (s. S. 458) zeigen, geht die Anzahl der unter 40-jährigen mit HIV lebenden Menschen seit Anfang der 1990er Jahre leicht zurück – etwas stärker bei den unter 35-jährigen –, wobei dieser Rückgang aber teilweise durch die kleiner werdenden Jahrgänge erklärt wird und schwächer ausfällt, wenn man die bevölkerungsbezogene Prävalenz (s. Abb. 2, S. 458) betrachtet. Bei den über 40-Jährigen hat sich dagegen die Gesamtzahl der mit HIV lebenden Personen seit Anfang der 1990er Jahre fast verfünffacht. Dies ist zum einen auf den Alterungsprozess der infizierten Population bei deutlich verminderter Sterblichkeit durch Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie seit Mitte der 1990er Jahre, zum anderen auf eine gestiegene Zahl von Neuinfektionen in höheren Altersgruppen zurückzuführen.

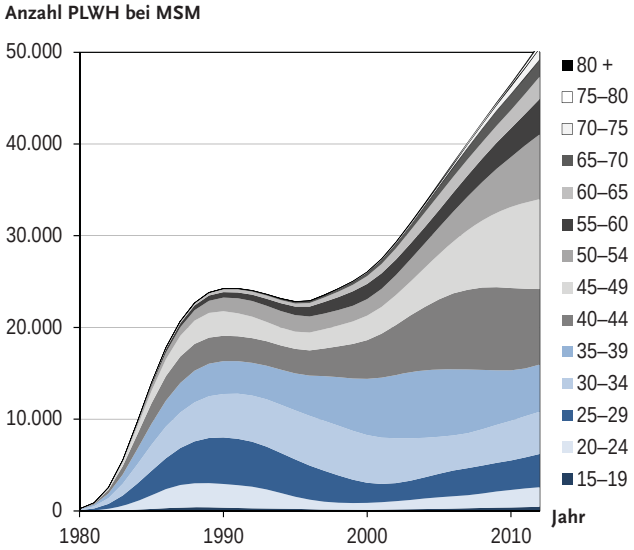

Abb. 4: Geschätzte Anzahl der in Deutschland mit HIV lebenden MSM 1980–2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen (PLWH = *People living with* HIV)

Ende 2012 war die HIV-Prävalenz bei Männern in der Altersgruppe 45–49 Jahre mit ca. 325 HIV-Infizierten pro 100.000 Männer am höchsten, bei Frauen war die höchste Prävalenz mit ca. 90 HIV-Infizierten pro 100.000 Frauen in der Altersgruppe 35–39 Jahre zu beobachten (s. Abb. 3).

Die Veränderungen im Zeitverlauf der HIV-Prävalenz in den verschiedenen Altersgruppen werden wesentlich durch die Entwicklung in der größten Betroffenengruppe, der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), bestimmt. Während hier in den Altersgruppen über 40 Jahre die Prävalenz seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich anwächst, weist die Wellenbewegung in den jüngeren Altersgruppen auf eine Ab- und Zunahme der HIV-Inzidenz hin (s. Abb. 4).

Ende 2012 war die geschätzte HIV-Prävalenz bei MSM in der Altersgruppe 45–49 Jahre mit ca. 270 HIV-infizierten MSM pro 100.000 Männer am höchsten (s. Abb. 5). Wenn man die Größe der MSM-Population mit 3 % der männlichen erwachsenen Bevölkerung annimmt, entspricht dies einer HIV-Prävalenz von 9 % in der Altersgruppe 45–49 Jahre der MSM-Bevölkerungsgruppe[1], die seit Beginn ihrer sexuellen Aktivität über einen Zeitraum von nunmehr 30 Jahren mit dem Risiko einer HIV-Infektion konfrontiert war. Da jedoch der größte Teil der HIV-Infizierten in den höheren Altersgruppen antiretroviral behandelt wird, korreliert die Höhe der Prävalenz nicht mit der Höhe des Infektionsrisikos.

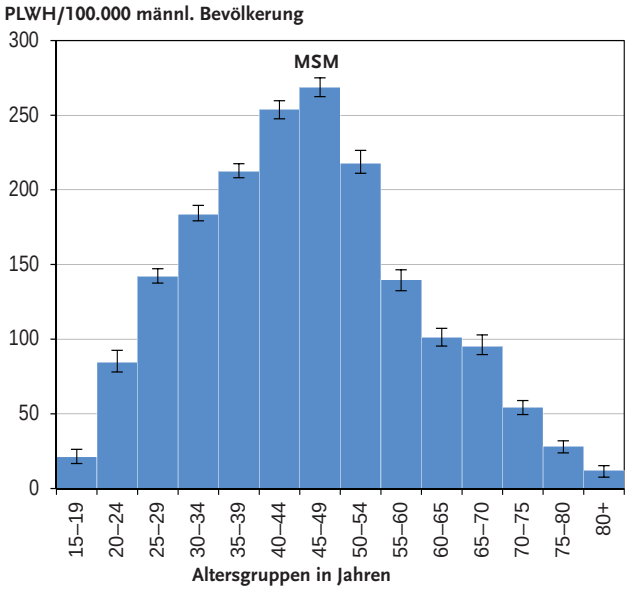

Abb. 5: Geschätzte HIV-Prävalenz 2012 bei MSM innerhalb der männlichen Bevölkerung nach 5-Jahres-Altersgruppen (mit Angabe des Vertrauensbereichs; PLWH = *People living with* HIV)

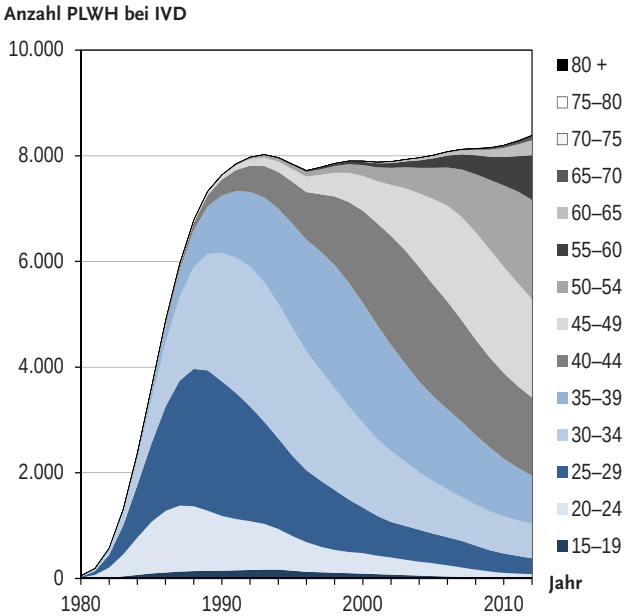

Abb. 6: Geschätzte Anzahl der in Deutschland mit HIV lebenden intravenös Drogen gebrauchenden Menschen 1980–2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen

Ein ganz anderes Bild zeigt der Verlauf der HIV-Prävalenz in der Gruppe der intravenös Drogen gebrauchenden Menschen, IVD (s. Abb. 6). Hier zeigt sich das typische Bild einer „alternden Kohorte" mit sich deutlich vermindernder Inzidenz bei den jüngeren Altersgruppen. Bei männlichen wie bei weiblichen i. v. Drogengebrauchern liegt der Altersgipfel der geschätzten HIV-Prävalenz in der Altersgruppe 50–54 Jahre, bei Männern in der Größe von ca. 35 HIV-Infizierten pro 100.000 Männer, bei Frauen bei ca. 25 Infizierten pro 100.000 (s. Abb. 7).

Eine Prävalenzangabe bezogen auf die Population i. v. Drogen gebrauchender Menschen ist schwierig, weil zum einen zur Gesamtgröße und Altersverteilung von i. v. Drogengebrauchern keine guten Daten verfügbar sind, zum anderen weil ein nicht unerheblicher Teil der i. v. Drogengebraucher mit zunehmendem Alter den Drogenkonsum entweder ganz einstellt oder auf andere Drogen und Konsumformen umsteigt.

Um repräsentative und belastbare Daten für aktuell injizierende Drogengebraucher in Deutschland zu erheben, werden derzeit in der DRUCK-Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten" serologische Marker für HCV (Hepatitis-C-Virus), HBV (Hepatitis-B-Virus) und HIV in sechs ausgewählten Städten Deutschlands bestimmt. Außerdem sollen Einflussfaktoren für HBV, HCV und HIV bei injizierenden Drogengebrauchern bestimmt sowie Wissenslücken bei i. v. Drogengebrauchern in Bezug auf die Übertragung und Prävention dieser Infektionen festgestellt werden. Die Analyse des Risiko- und Präventionsverhaltens soll helfen, derzeitige Präventionsempfehlungen zu aktualisieren und zu fokussieren. Zusätzlich werden durch molekularbiologische Analysen die Verbreitung unterschiedlicher HIV- und HCV-Varianten bei i. v. Drogengebrauchern in Deutschland gezeigt. Die Datenerhebung im Rahmen der DRUCK-Studie läuft noch bis Mitte 2014. Erste Ergebnisse und Präventionsempfehlungen werden für 2015 erwartet.

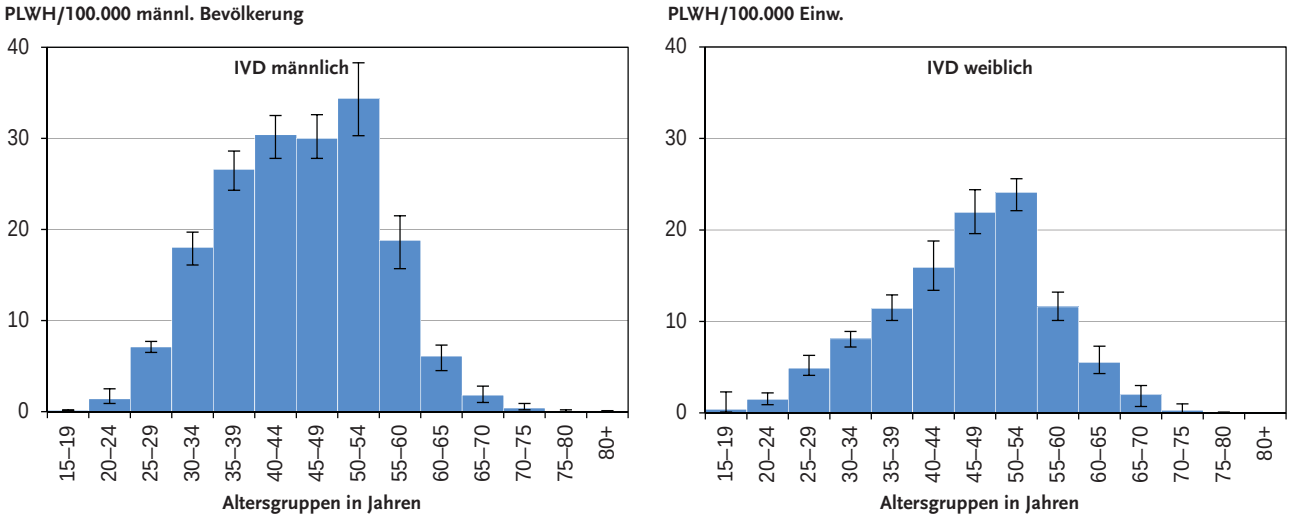

Abb. 7: Geschätzte HIV-Prävalenz 2012 bei i. v. Drogen gebrauchenden Menschen nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht (mit Angabe des Vertrauensbereichs; PLWH = *People living with* HIV)

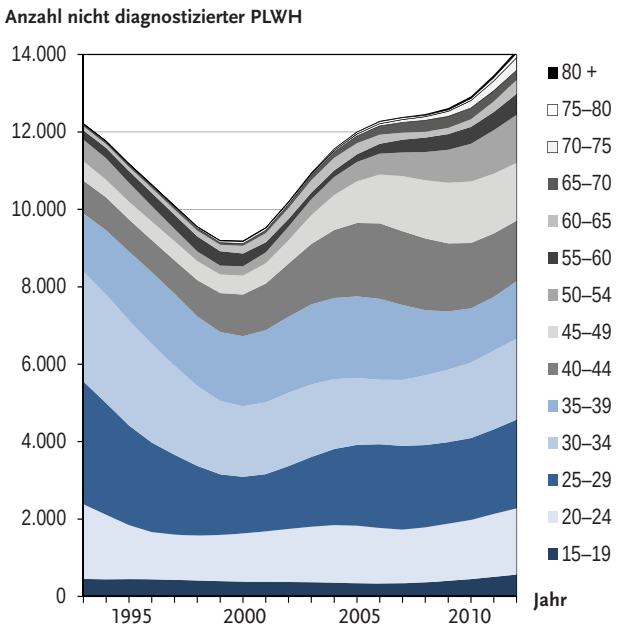

Abb. 8: Geschätzte Anzahl von nicht diagnostizierten HIV-Infektionen 1993–2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen (PLWH = *People living with* HIV)

Menschen mit noch nicht diagnostizierter HIV-Infektion

Abbildung 8 zeigt die geschätzte Zahl der zum jeweiligen Zeitpunkt noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen zwischen 1993 und 2012 nach Altersgruppen.

Die Gesamtzahl der Personen, die in Deutschland Ende 2012 mit HIV leben und deren HIV-Infektion noch nicht diagnostiziert ist, wird auf ca. 14.000 geschätzt. Seit Ende der 1990er Jahre nimmt die Zahl der nicht diagnostizierten mit HIV infizierten Personen zu. Dies ist insbesondere in der Gruppe der unter 30-Jährigen und bei den über 45-Jährigen der Fall. Die Anzahl der durchgeführten Tests und die Testbereitschaft sind zwar gestiegen, im gleichen Zeitraum haben aber auch die HIV-Neuinfektionen zugenommen, so dass insgesamt die Zahl der nicht diagnostizierten mit HIV infizierten Personen zunimmt. Die höchste Prävalenz nicht diagnostizierter HIV-Infektionen findet sich Ende 2012 bei Männern mit Werten über 50 pro 100.000 in den Altersgruppen 20–35 Jahre, bei Frauen mit Werten über 15 pro 100.000 in den Altersgruppen 25–40 Jahre (s. Abb. 9).

Betrachtet man alle Ende 2012 in Deutschland mit HIV lebenden Personen, deren Infektion aber noch nicht diagnostiziert ist, so haben sich ca. ein Viertel erst im Verlauf des Jahres 2012 infiziert, etwa 55 % seit Anfang 2010. Bei knapp 45 % liegt der Infektionszeitpunkt länger zurück (s. Abb. 10).

Entwicklung der Inzidenz von HIV-Neuinfektionen

Die absolute Zahl und die bevölkerungsbezogene Inzidenz von HIV-Neuinfektionen hat sich im Zeitverlauf von Spitzenwerten Mitte der 1980er Jahre zunächst in allen Altersgruppen bis zum Ende der 1990er Jahre deutlich reduziert. Von 2000 bis ca. 2005 erfolgte dann wieder ein deutlicher Anstieg der HIV-Infektionen mit einer Plateaubildung ab 2006 und einem möglicherweise weiteren Anstieg ab 2010. Die Entwicklung in den verschiedenen Betroffenengruppen ist dabei sehr unterschiedlich. Die Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2012 wird auf 3.400 geschätzt. Davon sind ca. 2.500 (74 %) MSM, 630 (19 %) Frauen (11 %, n = 360) und Männer (8 %, n = 270), die sich auf heterosexuellem Wege infiziert haben, und 210 (6 %) Menschen, die sich beim intravenösen Drogenkonsum infiziert haben (s. Eckdaten S. 459).

Im Vergleich mit der Situation Mitte der 1980er Jahre hat sich bei MSM die Zahl der Neuinfektionen in allen Altersgruppen zunächst bis Ende der 1990er Jahre auf etwa ein Viertel reduziert. Dazu beigetragen haben sowohl spontane wie auch im Rahmen der frühzeitig einsetzenden Präventionskampagnen empfohlene Verhaltensänderungen (Einschränkung der Partnerzahlen, Verzicht auf Analverkehr, vermehrte Kondomverwendung, die sich u. a. auch in einem Rückgang anderer STI niedergeschlagen haben, was die Übertragungsrisiken für HIV nochmals weiter vermindert hat), sowie ab Mitte der 1990er Jahre die antiretrovirale Kombinationstherapie bei Menschen, bei denen eine HIV-Infektion diagnostiziert worden war. Nach einem erneuten Anstieg der Zahl der Neuinfektionen seit Ende der 1990er Jahre liegt diese derzeit aber wieder doppelt so hoch wie während des Tiefpunktes in den 1990er Jahren. Der demografische Wandel und die damit einhergehenden kleiner werdenden Jahrgänge tragen dazu bei, dass bei etwas

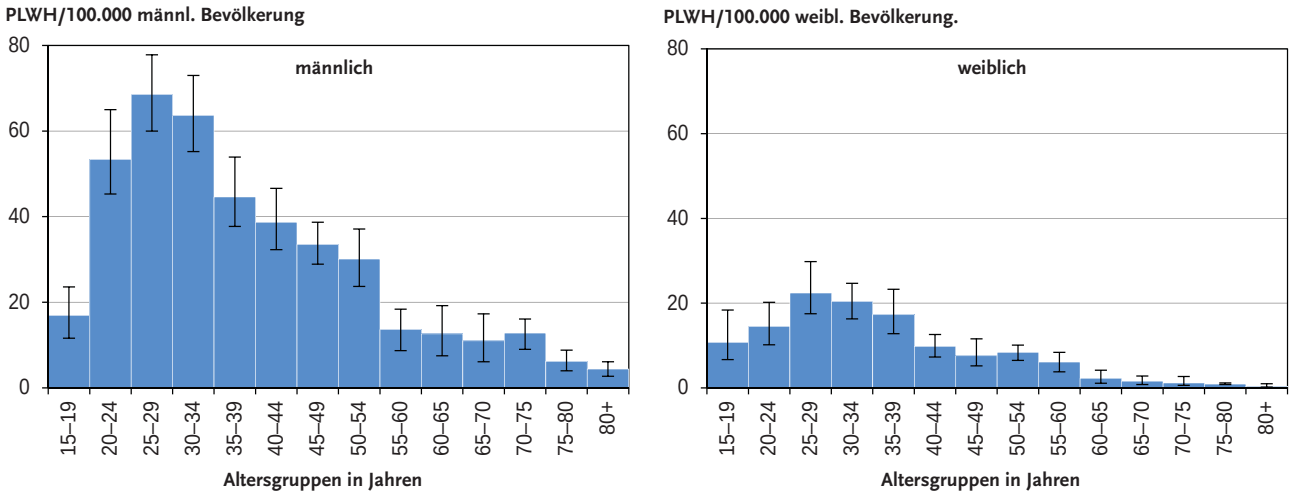

Abb. 9: Geschätzte Anzahl von nicht diagnostizierten HIV-Infektionen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht (mit Angabe des Vertrauensbereichs; PLWH = *People living with* HIV)

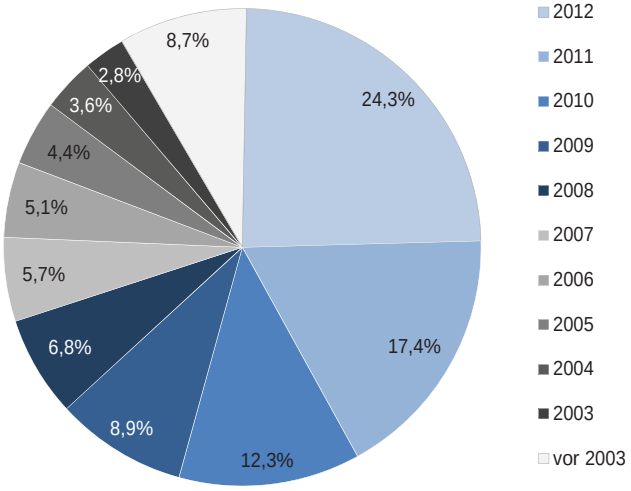

Abb. 10: Geschätzte Verteilung der nicht diagnostizierten PLWH 2012 nach Infektionsjahr (PLWH = *People living with* HIV)

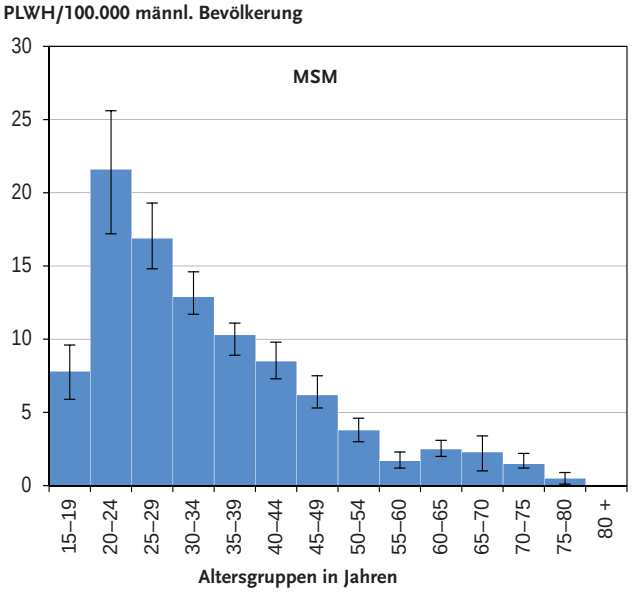

Abb. 12: Geschätzte Anzahl von HIV-Neuinfektionen unter MSM pro 100.000 in der männlichen Bevölkerung im Jahr 2012 nach 5-Jahres-Altersgruppen (mit Angabe d. Vertrauensbereichs; PLWH = *People living with* HIV)

geringeren absoluten Zahlen die Zahl der Neuinfektionen pro 100.000 in den Altersgruppen unter 25 fast genauso hoch geschätzt wird wie beim anfänglichen Infektionsgipfel. Dagegen bleiben in den Altersgruppen zwischen 25 und 50 Jahren sowohl die absoluten Zahlen als auch die bevölkerungsbezogene Rate von Neuinfektionen im Vergleich zur Mitte der 1980er Jahre niedriger (s. Abb. 11.)

Die geschätzte HIV-Inzidenz bei MSM in Deutschland war im Jahr 2012 in der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen Männer mit 22 HIV-Neuinfektionen pro 100.000 Männer (entspricht bei angenommenen 3 % MSM unter erwachsenen Männern etwa 7 pro 1.000 MSM) am höchsten (s. Abb. 12).

Im Gegensatz dazu ist die Zahl der HIV-Neuinfektionen bei i. v. Drogen gebrauchenden Menschen kontinuierlich zurückgegangen. Präventionsmaßnahmen wie verbesserte Verfügbarkeit steriler Nadeln und Spritzen, Ausweitung der Substitutionstherapie und Entkriminalisierung des Gebrauchs fielen hier zusammen mit einem Schrumpfen der Population, die intravenös Drogen konsumiert, da ein erheblicher Anteil der Drogengebraucher auf andere Konsumformen umgestiegen ist.

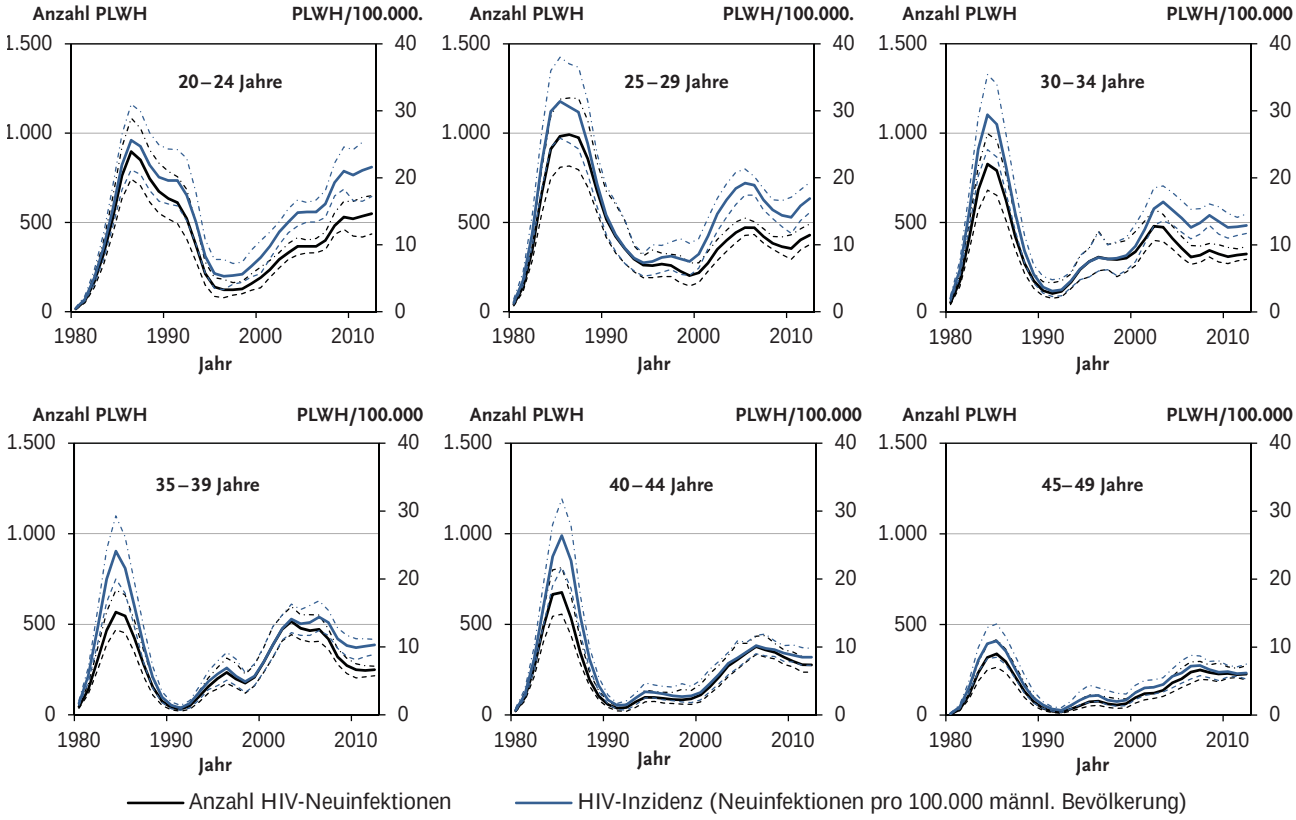

Abb. 11: Schätzung der HIV-Neuinfektionen bei MSM nach 5-Jahres-Altersgruppen 1980–2012 (Neuinfektionen pro 100.000 männliche Bevölkerung; PLWH = *People living with* HIV)

Diskussion und Ausblick

Die Schwierigkeit einer Schätzung der HIV-Prävalenz und HIV-Inzidenz wird durch die geschätzte Zahl von ca. 14.000 noch nicht diagnostizierten HIV-Fällen in Deutschland deutlich. Bei einer Zahl von ungefähr 3.400 HIV-Neuinfektionen pro Jahr bedeutet das, dass die durchschnittliche Dauer zwischen HIV-Infektion und HIV-Diagnose etwa 5 Jahre beträgt. Dass die Schätzung von durchschnittlich 5 Jahren vom Zeitpunkt der HIV-Infektion bis zur Diagnose von HIV realistisch ist, zeigt sich beim Anteil jener HIV-Diagnosen, die erst im sehr fortgeschrittenen Stadium einer HIV-Infektion bei Personen mit einem CD4-Wert von weniger als 200 Helferzellen erfolgen. Bei vielen dieser Personen sind vermutlich Symptome einer AIDS definierenden Erkrankung die Motivation für den HIV-Test. Obwohl ein Wert von weniger als 200 CD4-Zellen bei einigen Patienten schon in einem sehr frühen Stadium der HIV-Infektion, also nach wenigen Monaten erreicht wird, ist doch die überwiegende Mehrzahl der Patienten schon jahrelang mit HIV infiziert; der Median der Dauer bis zum Erreichen der Schwelle von 200 CD4-Zellen liegt bei etwa 9 Jahren. Das heißt, dass 50 % der HIV-Infizierten 9 Jahre oder länger zum Unterschreiten der Schwelle von 200 CD4-Zellen benötigen. Der Anteil dieser späteren Diagnosen könnte durch häufigere Testung von Menschen mit Infektionsrisiken auf HIV reduziert werden.

Im Vergleich zur Situation bei MSM Mitte der 1980er Jahre wird das in den unteren und oberen Altersgruppen zahlenmäßig vergleichbare Infektionsgeschehen heute unterschiedlich wahrgenommen. Dies könnte sich folgendermaßen erklären: Das Infektionsgeschehen in den 1980er und 1990er Jahren konzentrierte sich sehr stark auf die großstädtischen Schwulenszenen, die aber nur den kleineren Teil der gesamten MSM-Bevölkerung ausmachen. Das aktuelle Infektionsgeschehen dagegen betrifft einen viel größeren Teil der MSM-Bevölkerung, ist also viel weniger konzentriert. Mit anderen Worten, die von der Epidemie betroffene Bevölkerung ist heute viel größer, was wahrscheinlich eine Folge der durch Internet und mobilen Internetzugang viel enger gewordenen Vernetzung der Population untereinander ist.

Das Internet ist dabei nur das augenfälligste Beispiel für die gestiegene Vernetzung der MSM-Population. Gestiegene Mobilität, z. B. durch ein vermehrtes Angebot preisgünstiger Flüge, spielt wahrscheinlich ebenfalls eine Rolle. Gestiegene Syphiliszahlen und eine Zunahme anderer bakterieller STI (Gonorrhö, Chlamydien) lassen sich ebenfalls als Folge der gestiegenen Vernetzung interpretieren. Bezüglich HIV tragen höhere STI-Zahlen jedoch durch ihren Einfluss auf die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit noch zusätzlich zu steigenden HIV-Neuinfektionen bei. Die Zunahme der Neuinfektionen von 2000 bis 2005 fällt in denselben Zeitraum wie die Verbreitung des Internets und schneller Internetzugänge in Deutschland. Am intensivsten werden die erweiterten Kontaktmöglichkeiten, welche Internet und mobile Internetzugänge bieten, von den unter 30-Jährigen MSM genutzt.[1] In dieser Altersgruppe ist auch die HIV-Inzidenz am höchsten.

Um die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland nachhaltig zu verringern, sollten die bereits mit HIV-Infizierten frühzeitiger diagnostiziert werden. Mit allen HIV-Diagnostizierten sollte im ärztlichen Gespräch unabhängig von der aktuellen T-Helferzellzahl das Für und Wider eines Therapiebeginns und die Möglichkeit der Reduktion der Infektiosität durch eine erfolgreiche Therapie diskutiert werden, wie in den vor kurzem aktualisierten Europäischen HIV-Behandlungsleitlinien[2] vorgeschlagen. Nicht zuletzt sollten besonders gefährdete Gruppen verstärkt dafür sensibilisiert werden, dass die Frage an einen Partner, ob er/sie mit HIV infiziert ist, keinen dem Kondomgebrauch gleichwertigen Schutz vor einer Infektion bietet. Zu viele Menschen in diesen Gruppen wissen nicht, dass sie mit HIV infiziert sind. Dies gilt insbesondere für Männer, die Sex mit Männern haben – und hier vor allem die jüngeren Altersgruppen – und für Menschen, die aus Ländern stammen oder Länder besucht haben, in denen sich HIV in der Allgemeinbevölkerung ausgebreitet hat.

So wurde z. B. von Mai bis August dieses Jahres in Hamburg eine Studie durchgeführt, bei der Männer an Orten, an denen sich homosexuelle Männer treffen, angesprochen und gebeten wurden, eine Speichelprobe zur Untersuchung auf HIV-Antikörper abzugeben und einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Bei 4,2 % der Teilnehmer, die entweder noch nie oder zuvor negativ auf HIV getestet worden waren, wurde eine noch nicht bekannte HIV-Infektion festgestellt. Das heißt, an solchen Treffpunkten in Großstädten könnte dieser Studie zufolge etwa jeder fünfundzwanzigste unerkannt mit HIV infiziert sein. In dieser speziellen Studie berichtete ein relativ hoher Anteil der bis dahin nicht diagnostizierten, aber mit HIV infizierten Männer, dass sie noch wenige Monate vorher ein negatives Testergebnis erhalten hatten.

Es müssen daher Wege gefunden werden, durch die Aufrechterhaltung und den Ausbau von Testangeboten die Testbereitschaft und Testhäufigkeit speziell bei MSM und Menschen, die aus Ländern stammen oder Länder besucht haben, in denen sich HIV in der Allgemeinbevölkerung ausgebreitet hat, weiter zu erhöhen ohne Gefahr zu laufen, dass negativ Getestete sich in falscher Sicherheit wiegen.

Literatur

1. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, et al.: Age biases in a large HIV and sexual behaviour-related internet survey among MSM. BMC Public Health 2013; 13:826.
2. European AIDS Clinical Society: European Treatment Guidelines, Version 7.0 – October 2013. URL: http://www.eacsociety.org/Portals/0/Guidelines_Online_131014.pdf

Bericht aus dem Fachgebiet „HIV/Aids u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartner** ist Dr. Ulrich Marcus (E-Mail: MarcusU@rki.de).

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Ergänzendes Dokument zum Kolonisationsscreening bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen erschienen

Die KRINKO hat eine Empfehlung zum mikrobiellen Kolonisationsscreening bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen veröffentlicht (*Epid. Bull.* 42/2013). Sie ergänzt die Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g aus den Jahren 2007 und 2012.

Um der Komplexität des medizinischen Hintergrundes gerecht zu werden, wurde das in anderen Empfehlungen der KRINKO stets enthaltene Kapitel „Risikocharakterisierung" in ein nachgeordnetes Dokument ausgelagert. Diese Monographie beschreibt sowohl Risikofaktoren auf Seiten der Patienten als auch die Bedeutung bestimmter Infektionserreger in dieser speziellen Patientenpopulation. Zusätzlich enthält sie Hinweise zur strukturell-organisatorischen und baulich-funktionellen Ist-Situation auf neonatologischen Intensivpflegestationen (NICU) in Deutschland, Daten aus der „AKTION Saubere Hände" sowie aktualisierte Informationen zu Ausbrüchen in NICUs.

Die Monographie kann in geringer Stückzahl kostenlos (schriftlich) bei uns angefordert werden: Robert Koch-Institut, Sekretariat FG 14, Nordufer 20, 13353 Berlin. Bitte fügen Sie Ihrer Anfrage einen DIN A4-Rückumschlag bei.

Auf der **Internetseite des Robert Koch-Instituts** steht die Publikation „Risikocharakterisierung intensivmedizinisch behandelter Früh- und Neugeborener und Daten zur Ist-Situation in deutschen neonatologischen Intensivpflegestationen 2013" zur Verfügung unter:

www.rki.de > Infektionsschutz > Infektions- und Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention > Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatalen Intensivpflegepatienten (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Neo_Inhalt.html).

DGHM – Ständige Arbeitsgemeinschaft Allgemeine und Krankenhaushygiene: 18. Berliner Workshop

Thema: Kontinuierliche Fortbildung in der Infektionsprävention: „Die postantibiotische Ära? Gespenst oder Realität? Ausbrüche – Epidemiologie – Präventionsmaßnahmen"

Termin: 24. und 25. Januar 2014

Veranstaltungsort: Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Hörsaal, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 27 (Eingang Krahmerstraße), 12203 Berlin

Veranstalter: suacon GmbH, Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Petra Gastmeier, PD Dr. med. Elisabeth Meyer, Institut für Hygiene u. Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und NRZ für die Surveillance von nosokomialen Infektionen

Organisation: Nähere Informationen, Programm und Möglichkeit der Online-Anmeldung: http://www.nrz-hygiene.de/nrz/veranstaltungen/

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **August 2013** (Datenstand: 1.11.2013)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

	Syphilis *			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
Land	**Aug.**	**Jan.–Aug.**		**Aug.**	**Jan.–Aug.**		**Aug.**	**Jan.–Aug.**		**Aug.**	**Jan.–Aug.**		**Aug.**	**Jan.–Aug.**	
Baden-Württemberg	12	264	204	20	211	209	8	65	46	3	15	15	0	2	0
Bayern	11	360	365	37	279	290	7	53	58	1	20	17	0	1	1
Berlin	27	441	489	45	349	268	6	26	11	0	5	4	0	0	2
Brandenburg	1	42	37	11	49	44	1	4	5	0	0	0	0	2	3
Bremen	2	34	38	4	35	24	0	5	9	0	0	1	0	0	1
Hamburg	20	202	160	12	116	147	8	27	46	0	2	1	0	0	0
Hessen	10	240	254	26	175	149	13	52	40	0	4	6	0	3	1
Mecklenburg-Vorpommern	3	20	32	4	34	15	0	1	3	0	0	0	0	1	0
Niedersachsen	6	198	171	16	128	121	1	22	31	0	1	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	35	707	803	66	507	479	14	79	64	2	17	18	0	0	4
Rheinland-Pfalz	4	111	76	11	69	38	6	16	10	1	3	5	0	0	1
Saarland	0	39	23	2	19	17	0	5	1	0	0	0	0	0	0
Sachsen	4	134	134	9	90	82	4	8	12	0	1	0	0	0	1
Sachsen-Anhalt	6	54	51	6	45	36	0	8	2	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	49	54	11	60	70	2	10	5	0	4	1	0	0	0
Thüringen	6	51	38	4	23	20	0	3	2	0	1	3	0	0	0
Deutschland	**152**	**2.946**	**2.929**	**286**	**2.197**	**2.009**	**71**	**385**	**345**	**7**	**73**	**74**	**0**	**9**	**14**

*** Hinweis zu den „Nichtnamentlichen Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gem. § 7 (3) IfSG nach Bundesländern"**
Auf Grund eines Personalengpasses kommt es vorübergehend zu Verzögerungen bei der Bearbeitung und Eingabe von Syphilis-Meldungen. Sowohl die Zahl der für den aktuellen Monat ausgewiesenen Meldungen als auch die für den Gesamtjahreszeitraum 2013 stimmen daher nicht mit den tatsächlich erfolgten Meldungen überein, die in ihrer Größenordnung in etwa der der Vormonate entsprechen. Das RKI ist bemüht, die Daten so bald als möglich auf den aktuellen Stand zu bringen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

42. Woche 2013 (Datenstand: 6.11.2013)

	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
Land	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**
Baden-Württemberg	115	5.129	5.380	2	117	87	9	226	259	46	1.343	1.473	3	49	43
Bayern	135	5.844	5.884	7	231	217	26	673	683	35	2.040	2.117	2	90	73
Berlin	70	2.338	2.563	1	65	45	16	514	349	12	531	603	3	52	65
Brandenburg	70	1.821	1.752	1	31	22	16	345	205	14	560	696	0	12	6
Bremen	2	354	364	0	6	5	0	10	19	1	80	95	0	1	4
Hamburg	49	1.543	1.453	1	50	63	5	239	78	7	371	351	0	31	33
Hessen	86	3.221	3.136	1	37	50	3	102	115	17	953	1.078	4	46	28
Mecklenburg-Vorpommern	39	1.639	1.604	0	33	22	18	580	521	12	408	458	0	2	1
Niedersachsen	91	4.146	4.046	5	161	169	23	505	568	22	1.567	1.707	1	12	15
Nordrhein-Westfalen	355	13.049	13.457	7	235	259	19	886	1.012	81	3.186	3.728	3	43	60
Rheinland-Pfalz	57	2.833	3.047	3	80	104	5	201	212	17	772	944	0	48	21
Saarland	21	959	931	0	8	10	1	30	35	3	139	191	0	2	3
Sachsen	124	4.107	4.530	0	118	89	24	668	753	18	1.307	1.495	0	37	23
Sachsen-Anhalt	59	1.419	1.411	2	56	31	13	644	456	16	999	983	2	14	6
Schleswig-Holstein	61	2.011	1.822	0	54	62	5	82	66	11	517	439	0	10	5
Thüringen	46	1.521	1.614	1	27	47	8	283	351	21	1.081	1.168	0	12	13
Deutschland	**1.380**	**51.934**	**52.994**	**31**	**1.309**	**1.282**	**191**	**5.988**	**5.682**	**333**	**15.854**	**17.526**	**18**	**461**	**399**

	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung +			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
Land	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**
Baden-Württemberg	4	112	117	64	5.335	6.711	10	2.395	3.387	10	428	445	2	68	55
Bayern	2	253	311	115	7.178	12.219	35	4.780	4.279	20	686	640	5	110	91
Berlin	0	63	59	59	1.938	3.047	3	1.896	1.768	11	339	329	4	89	94
Brandenburg	2	78	81	94	2.774	4.031	10	3.604	1.694	0	78	72	2	63	28
Bremen	0	15	11	3	341	596	1	246	102	0	15	16	0	8	6
Hamburg	0	55	72	29	1.955	2.691	5	1.700	1.177	1	124	116	1	15	21
Hessen	3	127	121	44	4.499	4.911	23	1.577	1.702	4	225	254	5	69	83
Mecklenburg-Vorpommern	0	39	36	61	3.373	2.947	19	1.695	1.381	1	95	105	0	52	62
Niedersachsen	1	167	168	68	5.978	8.288	9	4.140	2.707	2	153	168	0	76	93
Nordrhein-Westfalen	7	361	411	173	14.274	15.773	61	9.155	6.052	15	614	681	12	216	253
Rheinland-Pfalz	0	112	139	45	3.635	4.329	13	1.805	2.163	7	147	139	0	38	37
Saarland	0	9	24	9	1.180	1.412	1	407	547	2	16	23	0	7	2
Sachsen	6	255	269	220	7.120	9.716	26	4.814	2.840	9	235	258	7	159	130
Sachsen-Anhalt	2	124	133	142	3.950	5.246	22	2.036	2.033	2	72	87	10	275	64
Schleswig-Holstein	2	83	68	17	1.818	2.347	7	1.303	1.067	0	45	57	3	23	11
Thüringen	9	203	217	104	3.311	5.152	16	3.343	1.956	1	62	55	5	41	47
Deutschland	**38**	**2.056**	**2.237**	**1.247**	**68.659**	**89.416**	**261**	**44.896**	**34.855**	**85**	**3.334**	**3.445**	**56**	**1.309**	**1.077**

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-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr, 3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

42. Woche 2013 (Datenstand: 6.11.2013)

	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B++			Hepatitis C++		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
Land	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**
Baden-Württemberg	0	77	56	0	48	50	22	699	664
Bayern	2	69	79	1	81	87	13	816	817
Berlin	2	37	44	0	49	45	9	432	449
Brandenburg	1	18	16	0	8	9	2	50	61
Bremen	0	24	5	0	12	9	0	22	19
Hamburg	2	21	21	0	28	33	3	105	114
Hessen	4	53	37	1	59	39	6	327	279
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	5	0	7	14	5	53	52
Niedersachsen	0	44	62	0	31	28	5	222	245
Nordrhein-Westfalen	2	137	136	1	118	111	10	577	554
Rheinland-Pfalz	1	53	29	1	44	42	1	192	174
Saarland	0	11	5	1	9	17	1	48	69
Sachsen	4	22	11	0	31	26	7	264	245
Sachsen-Anhalt	1	19	18	0	19	18	2	102	80
Schleswig-Holstein	0	13	17	0	10	11	2	115	141
Thüringen	0	15	11	0	10	11	4	63	95
Deutschland	**19**	**630**	**552**	**5**	**564**	**550**	**92**	**4.087**	**4.058**

	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
Land	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**	**42.**	**1.–42.**	**1.–42.**
Baden-Württemberg	0	31	37	1	62	19	2	465	398
Bayern	0	37	40	8	776	64	8	460	527
Berlin	0	21	16	0	487	17	2	292	263
Brandenburg	0	3	3	0	59	0	0	80	82
Bremen	0	3	3	0	7	2	1	42	40
Hamburg	0	5	8	1	18	3	0	148	119
Hessen	2	21	17	0	13	17	12	361	332
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	3	0	1	0	1	64	68
Niedersachsen	0	20	31	0	24	7	5	258	249
Nordrhein-Westfalen	2	59	59	0	124	18	19	814	856
Rheinland-Pfalz	0	19	19	0	11	4	0	125	139
Saarland	0	6	3	0	0	0	0	27	22
Sachsen	0	12	12	0	54	0	1	116	123
Sachsen-Anhalt	0	2	13	1	31	0	1	89	87
Schleswig-Holstein	0	20	9	0	10	2	0	70	72
Thüringen	0	9	7	2	23	0	3	55	65
Deutschland	**5**	**273**	**280**	**13**	**1.700**	**153**	**55**	**3.466**	**3.442**

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

42. Woche 2013 (Datenstand: 6.11.2013)

Krankheit	2013 42. Woche	2013 1.–42. Woche	2012 1.–42. Woche	2012 1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	19	1.765	1.510	2.146
Brucellose	0	21	23	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	77	102	123
Dengue-Fieber	12	709	421	615
FSME	8	345	165	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	69	61	69
Hantavirus-Erkrankung	0	120	2.715	2.825
Hepatitis D	0	24	15	18
Hepatitis E	7	373	309	388
Influenza	9	70.000	10.640	11.564
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	9	320	239	323
Legionellose	15	781	523	654
Leptospirose	2	66	65	85
Listeriose	3	356	332	429
Ornithose	0	7	13	16
Paratyphus	1	49	36	43
Q-Fieber	3	93	182	200
Trichinellose	0	14	1	2
Tularämie	1	19	14	21
Typhus abdominalis	3	74	48	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Poliomyelitis-Fälle in Syrien

Im *Epidemiologischen Bulletin* 43/2013 berichteten wir über eine Häufung akuter schlaffer Lähmungen (AFP) in Syrien. Mittlerweile wurde bei 10 der seit Anfang Oktober bekannt gewordenen 22 AFP-Fälle eine Infektion mit dem Polio-Wildvirus Typ 1 bestätigt. Alle Fälle traten in der Provinz Deir Al Zour im Osten Syriens auf. Überwiegend sind nicht bzw. nicht vollständig geimpfte Kinder unter 2 Jahren betroffen. Aufgrund der Bürgerkriegssituation sind die offiziell berichteten Polio-Impfquoten in Syrien von 91% (im Jahr 2010) auf 68% (2012) gesunken. UNICEF geht von noch niedrigeren Impfquoten aus. Daher stellen in Syrien insbesondere Kinder unter 3 Jahren (d. h. nach 2010 geborene Kinder) eine Risikogruppe dar.

Aufgrund der starken Flüchtlingsbewegungen aus Syrien muss das Risiko einer Einschleppung von Polioviren nach Deutschland sehr ernst genommen werden. Die große Mehrheit der mit Polioviren Infizierten zeigt keine Symptome, kann das Virus aber über mehrere Wochen mit dem Stuhl ausscheiden. Um solche asymptomatischen Ausscheider zu erkennen, empfiehlt das Robert Koch-Institut bei allen aus Syrien eintreffenden nach 2010 geborenen Kindern eine Stuhluntersuchung auf Polioviren. Um eine Weiterverbreitung der Viren zu verhindern, sollen bei allen Bewohnern und beim Personal der Unterkünfte für Asylbewerber und Flüchtlinge fehlende Impfungen, insbesondere die gegen Polio, nachgeholt werden.

Nach Informationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist auch in Syrien damit begonnen worden, die Impflücken durch eine landesweite Impfkampagne zu schließen.
Aktuelle Informationen siehe auch:
- ► www.rki.de/polio
- ► http://www.who.int/csr/don/archive/disease/poliomyelitis/en/index.html

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 44. Kalenderwoche 2013
Die Werte des Praxisindex und der Konsultationsinzidenz sind bundesweit in der 44. KW 2013 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Aktivität der ARE lag insgesamt im Bereich der Hintergrund-Aktivität (Datenstand 5.11.2013).

Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN
Von den 27 Ländern, die für die 43. KW 2013 Daten an EISN sandten, berichteten alle Länder über eine geringe klinische Influenza-Aktivität (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-surveillance-overview-01-nov-2013.pdf).

Quelle: Influenza-Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die Kalenderwoche 44

Impressum

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030 . 18 754 – 0
Fax: 030 . 18 754 – 23 28
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion
► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030 . 18 754 – 23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de
► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de
► Redaktionsassistenz: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030 . 18 754 – 24 55, Fax: – 24 59
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice
E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030 . 330 998 23, Fax: 030 . 330 998 25
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin
gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,– ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,– je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck
Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273