



Epidemiologisches Bulletin

9. Januar 2004 / Nr. 1

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Das STD-Sentinel des RKI – erste Ergebnisse

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) stellen weltweit ein ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem dar. STDs können zu chronischen Gesundheitsschäden mit erheblichen Einbußen in der Lebensqualität der Betroffenen und beträchtlichen Folgekosten für die Gesellschaft führen. In vielen industrialisierten Ländern, etwa in Großbritannien und den USA, ist seit Mitte der 90er Jahre eine Zunahme von STDs insbesondere unter homosexuellen Männern zu beobachten. Darüber hinaus hat eine repräsentative Umfrage unter homosexuellen Männern ergeben, dass zunehmend weniger Safer Sex praktiziert wird.¹

Eine wichtige Voraussetzung für die Prävention von STDs und die medizinische Versorgung der Infizierten ist eine solide Datenbasis zur Häufigkeit der wichtigsten STDs. Bis Ende 2000 waren Gonorrhoe, Syphilis, Granuloma inguinale, Schanker und Lymphogranuloma venerum nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten meldepflichtig. Es musste jedoch von einer hohen Untererfassung ausgegangen werden. Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) zum 01.01.2001 wurde das Meldewesen modernisiert und verbessert. Hierzu wurde insbesondere die Anzahl der zu meldenden Krankheiten und Erreger reduziert. Daher unterliegen jetzt nur noch der Nachweis der Syphilis- und der HIV-Infektion einer Labormeldspflicht (§ 7 Abs. 3 IfSG). Seit Oktober 2002 ist ein STD-Sentinel aufgebaut worden, um zusätzliche Daten zur Epidemiologie der wichtigsten STDs zu erheben.

Ziele der STD-Sentinel-Erhebung

- ▶ Abschätzung der absoluten und relativen Häufigkeiten der wichtigsten STDs
- ▶ Beschreibung der STD-Erkrankungsfälle nach demographischen Merkmalen
- ▶ Beschreibung der geographischen Verteilung der STDs
- ▶ Rasche Erkennung von epidemiologischen Trends („Feuermelderfunktion“)
- ▶ Identifikation von besonders gefährdeten Gruppen und Risikoverhalten für verschiedene STDs

Methoden

Sentinel-Einrichtungen: Die Daten für die Sentinel-Erhebung werden aus verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens erhoben: STD/HIV-Beratungsstellen der Gesundheitsämter, Fachambulanzen in Kliniken und Arztpraxen (Dermato-Venerologie, Gynäkologie, Urologie, HIV-Schwerpunktpraxen).

Geplant war die Rekrutierung von ca. 60 Gesundheitsämtern in Städten mit > 100.000 Einwohnern, von 10 Fachambulanzen und 250 Arztpraxen. Um der unterschiedlich großen Bevölkerung in den Bundesländern Rechnung zu tragen, wurde die zu rekrutierende Anzahl der Praxen nach der Einwohnerzahl pro Bundesland gewichtet. Weiterhin wurde darauf geachtet, dass ein Großteil der Praxen aus großen (> 500.000 Einw.) oder mittelgroßen Städten (> 100.000–500.000 Einw.) zusammenstellt wurden. Die meisten Syphilis-Meldungen kommen von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, während Gonorrhoe und Chlamydien-Infektionen wahrscheinlich eher von Urologen und Gynäkologen diagnostiziert werden. Daher wurde angestrebt, dass ca. 40 % der ausgewählten Praxisärzte Fachärzte für Dermato-Venerologie sind und andere Fachrichtungen mit je 20 % vertreten sind.

Erhobene STDs: Folgende Erkrankungen sollten unter Anwendung von Falldefinitionen gemeldet werden: Chlamydien-Infektionen, Gonorrhoe, Syphilis, HIV (nur Erstdiagnosen), Trichomonas-Infektionen, Hepatitis A und B (falls sexuell übertragen), Urethritis unbekannter Ursache, *Pelvic inflammatory disease* (PID), anogenitale Warzen (HPV), Herpes genitalis. Die beiden letzteren Erkrankungen werden nur in gesammelter Form monatlich bzw. quartalsweise erhoben.

Diese Woche

1/2004

Sexuell übertragbare Krankheiten:

- ▶ Ergebnisse des RKI-Sentinels
- ▶ Bericht zum STD-Kongress in Ottawa

Hinweis zu Meldungen nach Transfusionsgesetz (TFG)

Gesundheit der Kinder und Jugendlichen:

Survey KIGGS –
Mitteilung zum Modul
„Psychische Gesundheit“

In eigener Sache

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

- ▶ Monatsstatistik anonymer Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen Oktober 2003 (Stand: 1. Januar 2004)
- ▶ Aktuelle Statistik 51. Woche 2003 (Stand: 7. Januar 2004)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation

SARS

Zum Erkrankungsfall in China



Datenerhebung: Die folgenden Fragebögen werden im STD-Sentinel verwendet.

- ▶ **Einrichtungsbogen:** Von allen Sentinel-Einrichtungen wurde Größe, Ausstattung und Art der Klientel erfragt, um einen Vergleich der einzelnen Einrichtungen anstellen zu können.
- ▶ **Monatlicher/Quartalsbogen:** Im monatlichen (Gesundheitsämter und Fachambulanzen) bzw. quartalsweisen Rhythmus geben die Einrichtungen Auskunft über die Gesamtzahl der Personen, die für STDs betreut oder auf STDs untersucht wurden (Klienten), die Anzahl durchgeführter Untersuchungen und den Anteil positiver Resultate.
- ▶ **Diagnosebogen (pro Patient):** Auf dem Diagnosebogen werden die demographischen Merkmale, der mögliche Übertragungsweg, die STD-Anamnese und die Diagnose eingetragen.
- ▶ **Patientenfragebogen (freiwillig):** Jeder Patient erhält nach der Diagnose einen Aufklärungsbrief sowie einen Fragebogen, der die gleiche Referenznummer wie auf dem Diagnosebogen enthalten soll. In dem Patientenfragebogen werden die Patienten zum Infektionsweg, Sexualverhalten, Bildungsstand sowie Migrationshintergrund befragt. Die Patientenbögen wurden übersetzt und den Einrichtungen auf Polnisch, Russisch, Französisch, Englisch, Spanisch, Bulgarisch, Rumänisch, Türkisch und Thai zur Verfügung gestellt.

Analyse der Daten: Nach einer Plausibilitätsprüfung erfolgt die deskriptive Analyse der Daten mit einer Beschreibung der Erkrankungsfälle nach Zeit, demographischen Angaben und vermutetem Infektionsweg. Zusätzlich wurden bereits bekannte Risikogruppen (Prostituierte, Männer, die Sex mit Männern haben – MSM) hinsichtlich ihres Verhaltens untersucht und mit anderen Patienten verglichen. Soweit möglich, wurden zeitliche Trends erstellt.

Datenschutzrechtliche Fragen: Die datenschutzlichen Fragen der Erhebung wurden im Vorfeld mit dem Bundesbeauftragten und den Landesbeauftragten für Datenschutz abgestimmt. Die Meldungen erfolgen anonymisiert, eine Rückverfolgung zum Patienten ist nach Eingabe der Daten nicht möglich.

Ergebnisse

Teilnehmende Sentinel-Einrichtungen

Nach einer Pilotphase im Oktober 2002 zur Erprobung des Verfahrens wurden die Einrichtungen zwischen Dezember 2002 und Februar 2003 rekrutiert. Die steigende Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen ist in Abbildung 1 dargestellt. Am 28. Oktober 2003 waren insgesamt 231 Einrichtungen am STD-Sentinel beteiligt: 58 Gesundheitsämter, 14 Fachambulanzen, 159 Praxen (davon 54 % Fachärzte der Dermato-Venerologie) in 109 Städten. Abbildung 2 zeigt die bundesweite Verteilung der Einrichtungen.

In der Anzahl der betreuten Klienten gibt es zwischen Arztpraxen und Gesundheitsämtern/Fachambulanzen erhebliche Unterschiede (s. Abb. 3). Der Anteil der Migranten und Prostituierten ist höher in Gesundheitsämtern, während Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), mehr von Fachambulanzen oder einzelnen Praxen betreut werden.

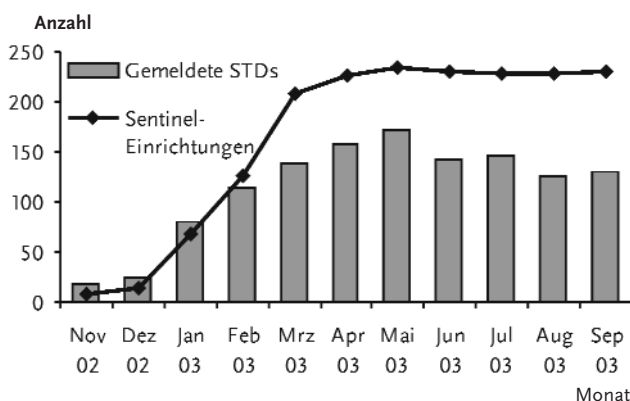


Abb. 1: Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen und berichteten Erkrankungen im Zeitraum von 11/2002–9/2003, STD-Sentinel des RKI



Abb. 2: Geographische Verteilung der am STD-Sentinel des RKI teilnehmenden Einrichtungen (Gesundheitsämter, Fachambulanzen, Arztpraxen) in Deutschland, Stand 31. Juli 2003

Gemeldete Erkrankungsfälle

Zwischen dem 1. November 2002 und dem 30. September 2003 wurden 1.220 Patienten mit insgesamt 1.400 STDs (Mehrfachinfektionen!) berichtet (s. Abb. 1). Parallel zum Anstieg der beteiligten Sentinel-Einrichtungen stieg die Anzahl der gemeldeten Fälle pro Monat an. Im Sommer kam es – wahrscheinlich urlaubsbedingt – zu weniger Meldungen. Weitere Fälle für den Monat September werden noch erwartet. Die Anzahl der im gleichen Zeitraum gemeldeten STD-Patienten pro Bundesland ist am höchsten in Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Betrachtet man jedoch die Anzahl der berichteten STDs pro Sentinel-Einrichtung, haben Hamburg und Sachsen die höchste Anzahl berichteter STDs (s. Abb. 4).

Von den berichteten Patienten sind 602 (49 %) männlichen Geschlechts. Der Altersmedian beträgt 31 Jahre (Range 14–80 Jahre). Frauen sind signifikant jünger als

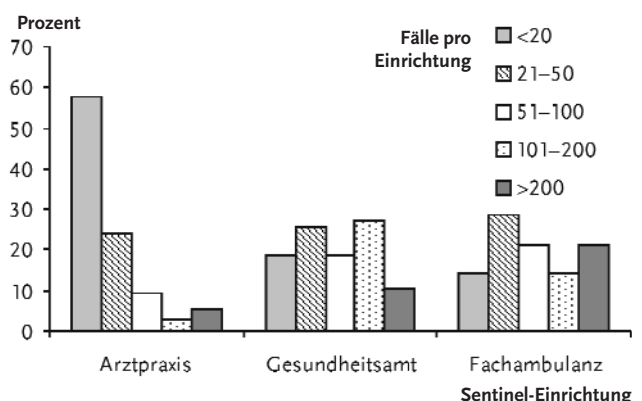


Abb. 3: Anzahl und Anteil der betreuten STD-Patienten pro Monat bzw. Quartal nach Art der Einrichtung, STD-Sentinel des RKI, Stand 31.7.2003

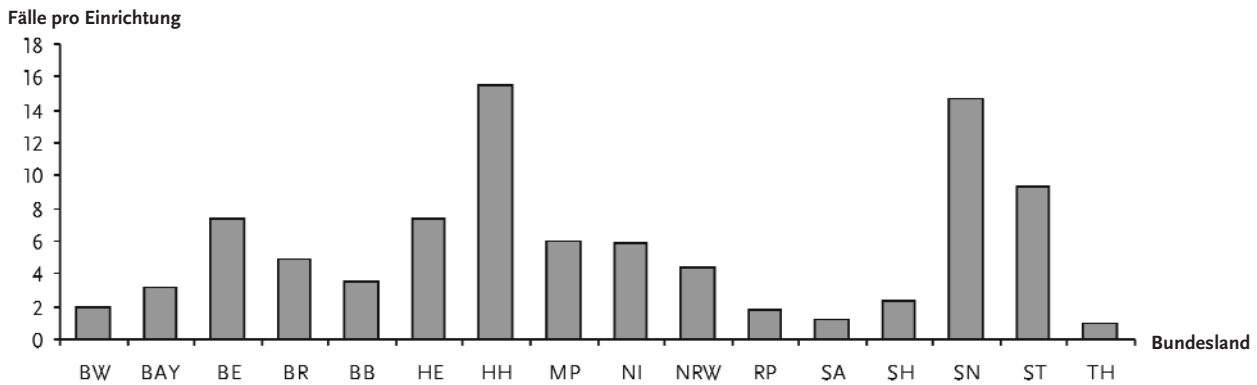


Abb. 4: Gemeldete STD-Fälle pro Sentinel-Einrichtung nach Bundesländern, 11/2002–9/2003, STD-Sentinel des RKI (n=1.216)

Männer (27 vs. 34 Jahre; $p < 0,001$). Die meisten Frauen finden sich in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen (53%), die meisten Männer in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen (44%). Insgesamt sind 556 (46%) der Patienten nichtdeutscher Herkunft. Auch hier sind Frauen signifikant öfter betroffen als Männer nichtdeutscher Herkunft (65% vs. 26%; $p < 0,001$). Bei 51 (4%) der Patienten war den meldenden Ärzten ein Drogengebrauch (intravenös oder nicht intravenös) bekannt und 497 (41%) der Patienten hatten bereits STDs in der Anamnese.

Bei 334 (56%) der Männer war nach Angaben der Ärzte Sex mit Männern Ursache für die STD-Infektion. Ein weiteres Viertel der Männer hat sich wahrscheinlich über heterosexuelle Kontakte angesteckt, während der Kontakt zu Strichern oder Prostituierten nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die dem STD-Sentinel berichteten Patientinnen haben wahrscheinlich in zwei Dritteln der Fälle die Infektion durch Ausübung von Prostitution erworben (s. Tab. 1).

	Männer (%)	Frauen (%)
MSM	334 (56)	–
Heterosexuelle Kontakte	145 (24)	125 (20)
Kontakt zu Prost./Stricher	49 (8)	8 (1)
Ausübung v. Prostitution	18 (3)	401 (65)
Nicht näher bez.		
Infektionsweg	8 (1)	5 (1)
Unbekannt/k.A.	48 (8)	79 (13)
Gesamt	602 (100)	618 (100)

Tab. 1: Möglicher Übertragungsweg der in den STD-Sentinel-Einrichtungen betreuten Patienten nach Geschlecht, 11/2002–9/2003, STD-Sentinel des RKI (n=1.220)

Unter den gemeldeten Erkrankungen waren im Berichtszeitraum 152 Fälle von HIV (Erstdiagnosen), 231 von Syphilis, 324 Chlamydien-Infektionen, 216 Fälle von Gonorrhoe, 45 Trichomonas-Infektionen, 42 Hepatitis-A- und 54 Hepatitis-B-Infektionen, 74 Fälle von Urethritis unklarer Genese, 80 von PID und 182 sonstige Erkrankungen (größtenteils anogenitale Warzen und Vaginalmykosen).

Einen Überblick über einige demographische Eigenschaften der Patienten für ausgesuchte einzelne Erkrankungen gibt Tabelle 2. HIV- und Syphilis-Patienten sind durchschnittlich älter und überwiegend männlichen Geschlechts, während bei jüngeren Frauen häufiger eine Chlamydien-Infektion diagnostiziert wurde.

	Anzahl (% Männer)	Altersmedian	Nichtdeutsch (%)
HIV-Erstdiagnose	152 (84)	34	40 (26)
Chlamydien-Infektion	324 (30)	26	165 (51)
Syphilis-Infektion	231 (85)	35	60 (26)
Gonorrhoe	216 (57)	30	104 (48)
Trichomonas-Infektion	45 (2)	26	26 (58)

Tab. 2: Art der Erkrankungen der berichteten STD-Fälle nach Männern, Altersmedian und nicht deutscher Herkunft, 11/2002–9/2003, STD-Sentinel des RKI

Patientenbögen

Bis Ende Oktober lagen für den Berichtszeitraum insgesamt 523 Patientenbögen, die Diagnosebögen zuordenbar waren, vor. Das entspricht einer Responserate von 41%. Im Vergleich zu den Patienten, die den Patientenbogen nicht ausgefüllt haben, sind mehr *responder* männlichen Geschlechts (55% vs. 44%, $p < 0,001$), sie sind jünger (29 vs. 32 Jahre, $p < 0,001$) und seltener nichtdeutscher Herkunft (35% vs. 65%, $p < 0,001$). Unter den *respondern* befanden sich nach eigenen Angaben 206 (39%) Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) und 177 (34%) Prostituierte.

Die **vermutete Ansteckungsquelle** ist für Männer und Frauen unterschiedlich. Männer gaben häufiger an, sich durch andere Partner angesteckt zu haben, während Frauen feste Partner oder Freier als mögliche Ansteckungsquelle angaben. MSM gaben in 63% eine Ansteckung durch andere Partner, Prostituierte in 56% eine Ansteckung durch Freier und in weiteren 23% durch feste Partner an.

54% der Männer und 61% der Frauen gaben an, in einer festen Partnerschaft zu sein. Obwohl der Median der Anzahl der Partner nicht hoch ist (3 Partner innerhalb der letzten 6 Monate), gibt es erhebliche Schwankungen in den Partnerzahlen und einen hohen Anteil von Personen, die keine Angaben dazu gemacht haben.

Auf die Frage nach beim vermutlichen Infektionsereignis **konsumierten Drogen** wurden Alkohol, Cannabis, Aufputschmittel, Poppers, Kokain, Heroin u.a. angegeben. Ungefähr die Hälfte der Patienten gab an, keine Drogen konsumiert zu haben. Von denen, die einen Drogenkonsum bejahten, haben bei 80% Alkohol und ca. 21% Cannabis eine Rolle gespielt (Mehrfachantworten möglich). Männer haben einen höheren Konsum von Aufputschmitteln, Poppers und Kokain als Frauen angegeben.

Der **Kondomgebrauch** hängt stark davon ab, ob es sich um einen festen oder anderen Partner (Gelegenheitspartner) handelt. Männer benutzen bei anderen Partnern zu 22 % nie oder äußerst selten Kondome (Tab. 3).

Kondomgebrauch	Männer (%) n = 288	Frauen (%) n = 235	Gesamt (%) n = 523
Mit festen Partnern			
immer	40 (14)	26 (11)	66 (13)
manchmal bis oft	28 (10)	18 (8)	46 (9)
nie/äußerst selten	94 (33)	108 (46)	202 (39)
Weiß nicht/k.A.	126 (44)	83 (35)	209 (40)
Mit anderen Partnern			
immer	63 (22)	116 (49)	179 (34)
manchmal bis oft	82 (29)	37 (16)	119 (23)
nie/äußerst selten	64 (22)	12 (5)	76 (15)
Weiß nicht/k.A.	79 (27)	70 (30)	149 (28)

Tab. 3: Kondomgebrauch mit festen und anderen Partnern nach Geschlecht, 11/2002–9/2003, STD-Sentinel des RKI (n = 523)

Quartalsbögen

Bis Ende Oktober 2003 wurden insgesamt 561 Monats- bzw. Quartalsbögen eingesendet. Aus dieser Dokumentation geht hervor, dass vom 1.10.2002 bis 30.9.2003 insgesamt 53.820 Klienten betreut wurden. Der größte Anteil davon (76 %) wurde in den Gesundheitsämtern versorgt. Die Analyse der Quartalsbögen dient dazu, die Anzahl der gemeldeten STDs im Verhältnis zu der Anzahl der betreuten Patienten zu sehen, da letztere über den Verlauf der Zeit stark variieren kann. Zeitliche Trends können jedoch aufgrund der Kürze des Bestehens des Sentinels noch nicht bestimmt werden.

Durch die Monats- und Quartalsbögen sind 974 Erstdiagnosen von HPV und 398 Herpes genitalis gemeldet worden, 517 (53 %) bzw. 222 (56 %) davon betrafen Frauen. Der überwiegende Teil der HPV- und Herpes-Fälle wurde von niedergelassenen Ärzten gemeldet.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Das STD-Sentinel des RKI ist erfolgreich gestartet. Eine zufriedenstellende Anzahl von Einrichtungen aus den Gesundheitsämtern und klinischen Fachambulanzen konnte für eine Mitarbeit gewonnen werden. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte gestaltete sich die Rekrutierung etwas schwieriger: Die Response-Rate war zunächst nur gering, sie steigerte sich aber im Verlauf erfreulich.

Das STD-Sentinel lebt von der Mitarbeit der beteiligten Ärzte. Nur durch ihre anhaltende Motivation kann auch

weiterhin eine gute Qualität der Daten gewährleistet werden. Diese Motivation zu erhalten ist daher ein wichtiges Anliegen der Koordinatoren des Projekts. Hierzu wird neben anderem ein Treffen der Teilnehmer, wie es bereits im Mai 2003 vom RKI organisiert wurde, für den Herbst 2004 angestrebt. Zudem finden regionale STD-Sentinel-Treffen statt, um den persönlichen Kontakt zu den Teilnehmern zu intensivieren und auftretende Probleme frühzeitig zu erkennen.

Obgleich verhältnismäßig wenig Einrichtungen am Sentinel beteiligt sind, wurden bereits in der kurzen Zeit des Bestehens eine große Anzahl von STDs berichtet. Daher ist davon auszugehen, dass jährlich ungleich mehr STDs in Deutschland auftreten. Der überwiegende Teil der Berichte kam bisher aus Gesundheitsämtern, insbesondere aus dem Norden und Osten Deutschlands. Die wichtige Rolle der Gesundheitsämter bei der Versorgung der Bevölkerungsgruppen, die das höchste Risiko für STDs haben, soll daher an dieser Stelle nochmals betont werden.

Am häufigsten wurden über die Diagnosebögen Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* gemeldet. Da zur Zeit in Deutschland keine weiteren Daten zum Vorkommen von Chlamydien-Infektionen vorhanden sind, sind diese Informationen von besonderer Bedeutung für die Prävention. Gleiches gilt für die Gonorrhoe und Trichomonas-Infektionen. Obwohl HIV und Syphilis bereits durch die Meldepflicht nach IfSG §7 Abs.3 erfasst werden, werden durch das STD-Sentinel noch weitere für die Prävention relevante Informationen zu den Patienten erhoben.

Das Sentinel liefert wichtige Daten zum Vorkommen von STDs und ermöglicht, diese mit Hilfe der Zusatzinformationen der Patienten in einen größeren Zusammenhang zu stellen. So konnten nunmehr auch für Deutschland verschiedene Gruppen mit hohem Infektionsrisiko identifiziert werden. Im weiteren Verlauf werden zudem Auswertungen der verschiedenen STDs in Hinblick auf das sexuelle Verhalten, den sozialen und den Migrationshintergrund vorgenommen. Ebenso können mit zunehmender Dauer für einzelne Bundesländer, Risikogruppen und Erkrankungen zeitliche Trends aufgezeigt werden.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie. **Ansprechpartnerin** ist Frau Dr. V. Bremer, E-Mail: Bremerv@rki.de.

Besonderer Dank gilt allen teilnehmenden Gesundheitsämtern, Fachambulanzen und Arztpraxen, die durch ihre Mitarbeit Daten in das STD-Sentinel eingebracht haben.

1. Bochow M: Schwule Männer, AIDS und Safer Sex. AIDS-Forum DAH, Bd. 40

Hinweis zu infektionsepidemiologischen Meldungen nach § 22 Transfusionsgesetz (TFG)

Gemäß §22 TFG sind alle Blutspendeeinrichtungen in Deutschland verpflichtet, vierteljährlich die Gesamtzahl der untersuchten Blut- und Plasmaspender und die Anzahl der dabei festgestellten HIV-, HCV, HBV- und Syphilis-Infektionen an das Robert Koch-Institut zu melden. Diese Daten ermöglichen eine genaue Übersicht über die Prävalenz und Inzidenz der Infektionsmarker im Blut- und Plasmaspendewesen. Sie werden benötigt, um wichtige Erkenntnisse über die Sicherheit der Spenderkollektive zu gewinnen.

Auf der Homepage des Robert Koch-Instituts steht ab sofort eine Webseite mit wichtigen Informationen zum Meldeverfahren und zu weiteren Meldeverpflichtungen der Blutspendeeinrichtungen sowie zu den relevanten Publikationen zu diesem Thema unter folgender Adresse bereit:

<http://www.rki.de/INFEKT/TFG/TFG.HTM>

E-Mail-Anfragen können gerichtet werden an:
Epi Blut@RKI.de

15. Kongress der International Society for Sexually Transmitted Diseases (ISSTD) in Ottawa

Bericht über wichtige Untersuchungsergebnisse

Unter dem Motto „Stemming the tide of STDs and HIV“ fand im Juli 2003 der 15. Internationale Kongress zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs) in Ottawa, Kanada, statt. Neben Beiträgen zur Epidemiologie von STDs wurden Studien zur Pathophysiologie und Diagnostik von STDs sowie zum aktuellen Stand bei der Entwicklung von Impfstoffen und HIV, sexuellem Verhalten und zu neuartigen Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgestellt.

Zur Epidemiologie von STDs

Die Häufigkeit von STDs kann anhand der bereits vorhandenen Surveillance-Systeme zuverlässig abgeschätzt werden. Catherine Lowndes, Betreuerin des Projekts *European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI)*, betonte in ihrem Vortrag die innerhalb Europas bestehenden großen Unterschiede in den Systemen, die einen Vergleich der Inzidenzraten nur bedingt ermöglichen. Sie wies darauf hin, dass zusätzlich zur Routinesurveillance in verschiedenen europäischen Ländern wie den Niederlanden, Deutschland, Frankreich und Italien Sentinel-Systeme eingesetzt werden, die der Beantwortung speziellerer Fragestellungen dienen.

Zur Situation in westlichen Industriestaaten: Einen Schwerpunkt bildeten Beiträge zur starken Zunahme von **Syphilis-Infektionen**, wie sie in den vergangenen 3 Jahren zunächst in Großstädten und dann zunehmend auch in kleineren Städten westlicher Industrieländer wie den USA, Kanada, Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden und Deutschland beobachtet wurde. Die Steigerung der Syphilis-Infektionen ist überwiegend auf Männer zurückzuführen, die Sex mit Männern haben (MSM). Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass bis zu 60 % dieser Männer ebenfalls HIV-positiv sind. – Die Prävalenz von **Gonorrhoe** ist in den USA stark mit sozialem und ethnischem Hintergrund assoziiert. Ferner wurde in mehreren Studien eine hohe Prävalenz von **HPV** bei Frauen in den USA, Kanada und Großbritannien festgestellt.

Situation in Osteuropa: Auch in Osteuropa sind STDs weit verbreitet. So wurde in einer Studie bei fast der Hälfte der weiblichen Häftlinge in Russland eine bakterielle STD diagnostiziert, in 30 % handelte es sich dabei um eine **Syphilis**.

Laut Françoise Hamers von Euro-HIV hat in den GUS-Staaten 2002 die Anzahl der neuen **HIV-Infektionen** erstmals abgenommen, was auf eine Sättigung der HIV-Infektionen bei intravenösen Drogengebrauchern zurückgeführt wird. Dagegen ist die Anzahl der heterosexuell erworbenen Infektionen in den meisten Ländern der GUS im Anstieg begriffen. Hier zeigt sich ein erhöhter Interventionsbedarf.

Zur Diagnostik und Therapie von STDs

Neisseria gonorrhoeae und *Chlamydia trachomatis* können mit **modernen DNA-Amplifikationsverfahren** schnell und mit hoher Sensitivität und Spezifität diagnostiziert werden.

Neu ist, dass als Untersuchungsmaterial hierzu nicht mehr der Urethral- oder der Zervikalabstrich erforderlich ist, sondern die Diagnose auch aus dem männlichen Erststrahlurin oder aus einem Abstrich aus dem Introitus vaginae gestellt werden kann. Diese nicht invasive Diagnostik ermöglicht eine frühzeitige Therapie der ursächlichen Gonorrhoe oder Chlamydien-Infektion und eröffnet damit die Möglichkeit zur Prävention der *Pelvic Inflammatory Disease* (PID) sowie der oftmals daraus folgenden Infertilität.

Thomas Gift von den CDC in Atlanta wies darauf hin, dass die Durchuntersuchung bestimmter Bevölkerungskreise (gefolgt von einer Partnerbenachrichtigung bei positivem Befund) bei hoher Prävalenz der Erkrankungen in der Bevölkerung kosteneffektiv sein kann. Auch die nun mögliche selbständige Probenentnahme von Freiwilligen kann die Prävalenz von asymptomatisch Infizierten reduzieren.

Bedeutend hierbei ist, dass mit den modernen DNA-Amplifikationsverfahren eine Methode zur Verfügung steht, die es gestattet, nicht nur symptomatische, sondern auch asymptomatische Infektionen relativ einfach zu diagnostizieren. Die Betroffenen können dann rasch der erforderlichen Therapie zugeführt werden.

Bei der **Behandlung** einer Infektion mit *Neisseria gonorrhoeae* ist zu beachten, dass in vielen Ländern die chromosomal vermittelte Ciprofloxacin-Resistenz stark zugenommen hat. Die ersten Ciprofloxacin-resistenten Isolate traten um 1995 in Europa auf. Von Hugh Young aus Edinburgh wurde berichtet, dass in den meisten Gonokokkenpopulationen der Prozentsatz von Ciprofloxacin-resistenten Gonokokkenstämmen auf über 5 % angestiegen sei. Für Wien beträgt die Rate der Chinolon-resistenten *Neisseria gonorrhoeae*-Stämme sogar mehr als 30 %. Es wurde vorgeschlagen, Ciprofloxacin nicht mehr zur Therapie der Gonorrhoe einzusetzen. Als Alternativen stehen Cefixim p.o. und Ceftriaxon i.m. weiter zur Verfügung. Allerdings sind in Japan und Hongkong bereits erste Gonokokkenstämmen mit reduzierter Cefixim-Empfindlichkeit isoliert worden.

Mycoplasma genitalium ist ein Erreger, der für einen Großteil der Fälle von nicht gonorrhöischer bzw. nicht durch Chlamydien hervorgerufener Urethritis und Cervicitis verantwortlich ist. Er wird durch eine noch nicht kommerziell erhältliche PCR aus dem Genitalabstrich oder dem Erststrahlurin identifiziert. Insbesondere sollte nach *Mycoplasma genitalium* gefahndet werden, wenn es nach Behandlung einer nicht gonorrhöischen, nicht Chlamydien-assoziierten Urethritis oder Cervicitis zu persistierenden oder wiederkehrenden Symptomen kommt. In diesem Fall wurde eine Behandlung mit Azithromycin empfohlen (500 mg am 1. Tag, 250 mg pro Tag vom 2. bis 5. Tag).

Sheila Lukehart aus Seattle/USA empfahl in ihrem Vortrag, wegen der hohen Prävalenz der Syphilis bei HIV-positiven Männern die Indikation zur Lumbalpunktion großzügig zu stellen und auch bereits bei der Frühsyphilis zum Abschluss einer neurologischen Beteiligung einzusetzen.

Zum Sexualverhalten

Eine an der Universität von Alabama durchgeführte Untersuchung konnte nachweisen, dass Männer Kondome häufig nicht korrekt benutzten. Bei Syphilis-Epidemien unter **heterosexuellen Personen** sind zudem „Kondommüdigkeit“, Unwissenheit über das Risiko von STDs sowie Drogenkonsum und kommerzieller Sex für die Übertragung von Bedeutung.

MSM haben im Vergleich mit heterosexuellen Männern eine höhere Anzahl von Partnern, von denen ein höherer Anteil anonym ist. Eine Analyse der Meldedaten in Großbritannien ergab, dass die Hälfte der diagnostizierten STDs bei Personen, die in den letzten 5 Jahren mehr als 10 Partner hatten, auftraten. Bei MSM mit Syphilis scheinen laut einer Untersuchung der CDC in Atlanta und Daten aus New York das Vorhandensein einer HIV-Infektion, ungeschützter Oral- und Analverkehr, anonyme, über Internet oder *darkrooms* kontaktierte Partner, eine Rolle bei der Übertragung zu spielen.

Die Bedeutung von **sexuellen und sozialen Netzwerken** in der Verbreitung von STDs wird zunehmend anerkannt. Das Aufspüren sexueller Netzwerke bei der Untersuchung von Ausbrüchen trägt nach Studienergebnissen von Health Canada zum Verständnis des Geschehens bei und kann als Grundlage für eine Modellierung und Vorhersage der Verbreitung von STDs dienen.

Interventionsstrategien zur Kontrolle von STDs

Als Maßnahmen zur Kontrolle von STDs wurden Interventionen wie Informations- und Aufklärungskampagnen, zielgruppenspezifische Arbeit mit Hochrisikogruppen wie etwa HIV-positiven MSM, Testangebote vor Ort und Screening-Tests, Partnerinformation und -behandlung sowie Impfungen vorgestellt und diskutiert.

Aufklärungskampagnen sind von großer Bedeutung, um das Bewusstsein für die Gefahr von STDs in der Bevölkerung und in Hochrisikogruppen zu wecken. Vorgestellt wurden die in einigen Städten ins Leben gerufenen Kampagnen, die MSM dazu auffordern sollen, sich auf Syphilis testen zu lassen. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Kampagne *Healthy penis – Stop the sores* der Gesundheitsbehörden in San Francisco, bei der Präventionsbotschaften durch humorvolle Cartoons vermittelt werden. Die Kampagne erreichte einen hohen Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe.

Jeffrey Klausner vom Department of Public Health of San Francisco erläuterte darüber hinaus die vielfältigen Möglichkeiten des Internets für Präventionsmaßnahmen, unter anderem durch eigene Webseiten mit Fragen und Antworten, Online-Testangebote, moderierte Chatrooms, interaktive Fragebögen und Links zu Portalen, in denen Safer Sex angeboten wird.

Damit Aufklärungskampagnen auch bei schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen wie Prostituierten und Freiern Erfolg haben, werden in Vancouver vom British Columbia Centre for Disease Control bezahlte *peers* eingesetzt.

Eine rechtzeitige Diagnose und Therapie von STDs verringert den Zeitraum der Infektiosität und ist daher ein

wichtiges Mittel in der Bekämpfung von STDs. Um Verzögerungen bei der Diagnose von STDs zu verringern, sollte laut mehreren Referenten zunächst bei Ärzten das Bewusstsein für STDs gesteigert werden.

Durch **niedrigschwellige Testangebote** für MSM vor Ort (beispielsweise Herrensaunen und Sexclubs) oder im Internet können asymptomatische Infektionen frühzeitig diagnostiziert und behandelt sowie unbekannt HIV-Infektionen erkannt werden. Dies wurde bereits in mehreren Städten in den USA und Australien erfolgreich praktiziert. Diagnostische Suchtests, die ein schnelles Ergebnis vor Ort liefern, werden nach Ansicht einiger Referenten die Akzeptanz der Testangebote in Zukunft steigern.

Neben Testangeboten wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Chlamydia-Screening-Programmen, insbesondere bei Männern, diskutiert. Beispielsweise konnte Katherine Steiner vom San Francisco Department of Public Health zeigen, dass Chlamydien-Screening und Behandlung asymptomatischer Häftlinge zu einer Verringerung der Chlamydien-Infektionen bei Frauen in den entsprechenden Heimatwohngebieten führte.

Um eine Reinfektion und eine Weiterverbreitung von STDs zu vermeiden, ist die Behandlung der sexuellen Partner der Patienten von großer Bedeutung. Gerade MSM haben jedoch oft Schwierigkeiten, ihre Partner zu benennen. Anstatt die Patienten dazu zu bringen, ihre Partner zu benennen, stieß das Angebot, gleichzeitig ein zweites Rezept für den Partner auszustellen, auf große Akzeptanz.

Eine weitere indirekte Maßnahme zur Kontrolle von STDs ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Prostituierten. Angebote, die Frauen vor Drogengebrauch, Illegalität, Ausbeutung und Diskriminierung schützen, tragen dazu bei, die Gefahr, an STDs zu erkranken und diese weiter zu verbreiten, zu verringern. Für Hochrisikogruppen wäre auch eine medikamentöse prä- oder postexpositionelle Prophylaxe, wie sie in Ghana und Benin bei Prostituierten angewandt wurde, zu diskutieren.

Obwohl die Anwendung eines HPV-Impfstoffes in der nahen Zukunft zu erwarten ist, wies Laura Koutsky von der Universität Washington darauf hin, dass der Weg zu einer zuverlässigen HSV2-Impfung noch lang ist. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Einführung dieser Impfung die STD-Prävention stark beeinflussen wird.

Bericht aus der Abt. für Infektionsepidemiologie des RKI unter Mitwirkung von Prof. Dr. P. Kohl, Chefarzt der Abt. Dermatologie und Venerologie am Vivantes-Klinikum Neukölln, Berlin. **Ansprechpartnerin** ist Frau Dr. Viviane Bremer (BremerV@rki.de).

In eigener Sache

Mit Beginn des Jahres 2004 übernimmt ein neues Unternehmen den Vertrieb und die Abonnentenverwaltung (einschließlich der Rechnungslegung) des Epidemiologischen Bulletins. Bitte richten Sie daher ab sofort Fragen zu Abonnements oder Rechnungen an:

Plusprint Versand Service
Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030. 94 87 81 – 3

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich die Umstellung reibungslos vollzieht. Sollten jedoch bei der Auslieferung der ersten Exemplare Probleme auftreten, so bitten wir um Ihr Verständnis.

**Aktuelles zum Kinder- und Jugendsurvey des RKI (KIGGS):
Vorstellung des Moduls „Psychische Gesundheit“**



Über den modularen Aufbau des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KIGGS) wurde im *Epidemiologischen Bulletin* 14/2003 berichtet, bereits mehrfach wurden ausgewählte Teilaspekte und das Motorik-Modul vorgestellt (*Epid. Bull.* 29, 34, 39, 45, 49/03).

Das Modul „Psychische Gesundheit“ besteht aus einer Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten, der sogenannten BELLA-Studie. Sie wird von der Epidemiologischen Forschungsgruppe „Subjektive Kinder- und Jugendgesundheit“ am RKI in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt und vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert. Die Studie hat das Ziel, die im Survey KIGGS erhobenen Eckdaten zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität zu nutzen und diese mittels spezifischer Fragestellungen und Untersuchungsinstrumente zu vertiefen.

Neuere Studien zeigen, dass psychische Auffälligkeiten und Störungen schon bei Kindern und Jugendlichen häufig sind, lang anhalten und erhebliche Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Eine detaillierte Erfassung des psychischen Gesundheitszustands der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist daher notwendig, um gezielte Präventionsmaßnahmen ableiten zu können. Das Modul bietet erstmals die Möglichkeit, psychische Auffälligkeiten und Störungen mit Daten zur körperlichen Gesundheit, weiteren vielfältigen Einflüssen auf die psychische Gesundheit (Risiko- und Schutzfaktoren) und den mit ihnen assoziierten Beeinträchtigungen der Lebensqualität in Zusammenhang zu setzen.

Das Modul zur psychischen Gesundheit beschäftigt sich mit drei Haupt-Fragestellungen:

- ▶ Wie ist die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und Störungen?
- ▶ Welche Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität lassen sich bei Kindern und Jugendlichen identifizieren?
- ▶ Wie wirken sich Belastungen und Ressourcen im zeitlichen Verlauf auf psychische Auffälligkeiten und damit assoziierte Einschränkungen und Behinderungen aus?

Die Modul-Stichprobe umfasst eine repräsentative Teilstichprobe von etwa 4.000 Teilnehmern am KIGGS im Alter von 7 bis 17 Jahren. Parallel dazu wird in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine Stichprobe von etwa 200 Kindern und Jugendlichen in die Studie einbezogen, die wegen psychischer Auffälligkeiten eine Behandlung in Anspruch nehmen.

Zusätzlich zur Untersuchung in dem als Querschnittsstudie angelegten Teil des KIGGS werden einige der am Modul „Psychische Gesundheit“ teilnehmenden Kinder und Jugendlichen in einem als Längsschnittstudie angelegten Untersuchungsteil je ein und zwei Jahre später wiederholt befragt, um die Stabilität psychischer Auffälligkeiten sowie die Wirkweisen und Effektstärken von Belastungen und Ressourcen im zeitlichen Verlauf zu erfassen.

Themenfelder der BELLA-Studie sind:

Psychische Auffälligkeiten und Störungen

- ▶ depressive Störungen
- ▶ Angststörungen
- ▶ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- ▶ Störungen des Sozialverhaltens

Risiko- und Schutzfaktoren

- ▶ biologische Risiken und personale Ressourcen
- ▶ familiäre Belastungen und Ressourcen
- ▶ soziale Risiken und Ressourcen

Subjektive Gesundheit

- ▶ gesundheitsbezogene Lebensqualität
- ▶ chronische Erkrankung und Behinderung

Aus den in der BELLA-Studie erhobenen Daten können in Verbindung mit den Survey-Daten aktuelle Angaben zu der Prävalenz der untersuchten psychischen Auffälligkeiten abgeleitet werden und Risikogruppen detailliert beschrieben werden. Der längsschnittliche Untersuchungsteil liefert bedeutende Aufschlüsse darüber, welche Faktoren Entstehung und Verlauf psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Durch die Einbeziehung der „klinischen Inanspruchnahme-Stichprobe“ können Gruppen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen unterschiedlicher Schweregrade kontrastierend analysiert werden. Die Ergebnisse des Moduls bilden die Grundlage für die Planung effektiver Präventions- und Interventionskonzepte, die der Unterstützung einer gesunden seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland dienen sollen (weitere Informationen unter: www.bella-studie.de).

Kurzbericht aus der Epidemiologischen Forschungsgruppe „Subjektive Kinder- und Jugendgesundheit“ des RKI. **Ansprechpartnerin** ist PD Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (E-Mail: Ravens-SiebererU@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Berichtsmonat: **Oktober 2003** (Stand v. 1.1.2004)

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

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

Land	Syphilis			HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	Ok.	kum.	kum.	Ok.	kum.	kum.	Ok.	kum.	kum.	Ok.	kum.	kum.	Ok.	kum.	kum.
	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002
Baden-Württemberg	20	181	174	20	197	196	7	126	124	0	15	9	0	2	4
Bayern	33	255	222	19	260	245	10	91	138	1	7	6	1	2	1
Berlin	42	513	400	20	221	176	3	58	64	0	1	1	0	2	1
Brandenburg	6	44	30	2	22	20	1	9	6	0	0	0	0	1	1
Bremen	5	37	12	0	13	13	0	8	13	0	0	0	0	0	0
Hamburg	14	188	146	6	122	107	8	70	68	2	3	0	0	0	0
Hessen	20	222	225	13	110	108	3	55	52	0	3	0	0	2	3
Mecklenburg-Vorpommern	1	12	16	1	7	24	1	4	3	0	0	1	0	1	0
Niedersachsen	32	171	116	3	67	82	2	23	39	0	4	2	0	1	0
Nordrhein-Westfalen	60	542	402	23	283	290	11	142	155	1	23	6	0	2	1
Rheinland-Pfalz	11	65	64	9	44	52	3	34	22	0	6	0	0	1	0
Saarland	1	13	15	2	13	12	0	2	3	0	0	2	0	0	1
Sachsen	15	99	97	1	23	29	2	19	19	0	1	1	0	1	2
Sachsen-Anhalt	5	28	28	1	30	27	0	8	2	0	0	1	0	0	2
Schleswig-Holstein	2	43	31	4	20	23	3	13	14	0	1	0	0	1	1
Thüringen	2	17	26	0	8	15	1	5	6	0	1	0	0	0	0
Deutschland	269	2.430	2.004	124	1.440	1.419	55	667	728	4	65	29	1	16	17

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 7.1.2004 (51. Woche 2003)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.		
	2003			2002			2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	56	6.568	7.677	1	97	92	1	338	358	56	4.886	5.328	3	94	170		
Bayern	61	8.558	9.323	3	239	226	10	740	558	67	5.250	6.451	3	118	160		
Berlin	24	2.194	3.189	0	11	12	4	218	226	39	2.596	3.477	0	55	154		
Brandenburg	39	2.777	3.530	1	31	20	6	244	231	33	1.755	2.109	0	24	19		
Bremen	3	324	367	0	13	16	1	40	94	7	407	422	0	5	8		
Hamburg	9	1.247	1.675	0	33	27	0	36	26	18	1.582	2.031	3	40	117		
Hessen	33	4.294	5.103	0	15	12	3	131	163	35	2.971	2.831	0	61	72		
Mecklenburg-Vorpommern	26	1.894	2.959	0	9	28	4	334	412	19	1.554	1.957	0	5	10		
Niedersachsen	99	5.518	6.515	0	127	158	1	258	298	55	3.695	4.448	0	34	46		
Nordrhein-Westfalen	135	11.479	11.082	3	286	302	14	907	848	157	10.313	12.658	4	117	83		
Rheinland-Pfalz	34	3.758	4.442	0	90	68	2	194	147	32	2.314	2.534	2	33	54		
Saarland	4	754	775	0	5	5	0	22	21	6	865	973	0	1	3		
Sachsen	15	4.981	5.366	0	79	73	1	869	900	29	4.028	4.811	1	97	127		
Sachsen-Anhalt	31	2.810	3.879	0	15	21	6	447	511	34	1.500	1.753	0	21	43		
Schleswig-Holstein	22	2.009	2.533	1	45	37	0	94	89	21	1.542	2.098	0	8	35		
Thüringen	27	3.087	3.517	1	29	34	8	471	434	36	1.716	2.056	0	68	71		
Deutschland	618	62.252	71.932	10	1.124	1.131	61	5.343	5.316	644	46.974	55.937	16	781	1.172		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.		
	2003			2002			2003			2002	
Baden-Württemberg	6	171	175	0	150	205	22	1.008	1.039		
Bayern	2	243	166	2	169	191	28	1.462	1.551		
Berlin	1	87	122	0	79	76	3	486	147		
Brandenburg	0	16	12	0	13	23	0	81	45		
Bremen	0	12	15	0	16	12	1	48	51		
Hamburg	1	26	65	3	29	23	3	68	49		
Hessen	3	122	160	1	99	119	11	597	724		
Mecklenburg-Vorpommern	1	26	7	1	14	16	2	101	100		
Niedersachsen	4	118	136	1	149	166	15	721	770		
Nordrhein-Westfalen	6	283	411	2	311	326	24	1.010	1.224		
Rheinland-Pfalz	3	77	65	1	85	98	13	329	331		
Saarland	0	5	11	2	12	12	0	34	28		
Sachsen	0	21	20	0	56	47	1	233	223		
Sachsen-Anhalt	0	46	25	0	38	34	1	167	119		
Schleswig-Holstein	1	46	43	0	30	33	2	129	151		
Thüringen	0	32	22	0	16	30	2	95	92		
Deutschland	28	1.331	1.455	13	1.266	1.411	128	6.569	6.644		

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. 7.1.2004 (51. Woche 2003)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	
2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	2003		2002	
7	420	467	23	3.470	3.449	30	3.331	4.807	6	566	505	1	123	86	Baden-Württemberg
10	557	645	93	2.273	2.264	21	4.503	4.960	12	511	443	0	67	42	Bayern
6	267	295	6	1.370	2.449	20	1.634	2.058	0	196	240	1	37	25	Berlin
3	300	367	14	3.072	3.239	29	2.837	2.978	1	51	62	0	17	13	Brandenburg
0	43	57	2	431	1.220	4	307	229	0	20	15	0	10	22	Bremen
0	156	175	11	1.189	2.072	13	722	764	1	110	91	0	12	3	Hamburg
4	311	375	9	1.384	1.037	29	1.963	2.070	2	182	200	0	30	38	Hessen
4	216	325	21	2.379	1.766	25	2.872	4.042	4	162	128	1	53	40	Mecklenburg-Vorpommern
12	665	818	168	5.153	6.975	27	3.265	3.225	6	169	161	2	96	169	Niedersachsen
20	1.024	1.217	34	4.533	2.747	71	5.729	6.380	7	593	590	1	194	139	Nordrhein-Westfalen
5	359	346	59	3.181	1.945	18	2.700	2.555	1	140	139	0	43	32	Rheinland-Pfalz
1	99	92	0	410	948	0	510	551	1	22	21	0	1	0	Saarland
5	769	809	68	5.773	9.089	8	7.637	8.521	3	230	226	0	122	111	Sachsen
4	487	532	45	2.531	4.314	56	3.471	3.897	3	102	135	1	45	58	Sachsen-Anhalt
1	249	285	3	1.685	1.559	9	806	849	1	38	45	0	2	4	Schleswig-Holstein
9	523	652	23	2.139	3.792	33	3.241	4.101	2	46	69	0	25	31	Thüringen
91	6.445	7.457	579	40.973	48.865	393	45.528	51.987	50	3.138	3.070	7	877	813	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.	51.	1.–51.	1.–51.		
2003		2002	2003		2002	2003		2002		
0	72	88	2	32	43	16	885	896	Baden-Württemberg	
2	101	99	0	45	1.605	21	984	1.093	Bayern	
0	26	32	0	2	24	11	362	396	Berlin	
2	32	27	0	6	4	2	196	188	Brandenburg	
0	8	8	0	35	4	3	70	94	Bremen	
2	18	16	0	5	15	3	219	216	Hamburg	
0	37	49	0	17	96	9	614	709	Hessen	
1	30	16	1	7	4	0	149	143	Mecklenburg-Vorpommern	
2	60	69	0	241	853	16	594	610	Niedersachsen	
2	199	185	0	305	1.596	26	1.781	1.953	Nordrhein-Westfalen	
0	40	22	0	40	312	9	359	315	Rheinland-Pfalz	
0	16	6	0	1	6	2	109	107	Saarland	
0	29	31	0	2	14	12	238	292	Sachsen	
0	40	19	0	8	12	2	233	280	Sachsen-Anhalt	
0	17	24	1	25	43	1	155	211	Schleswig-Holstein	
1	33	27	0	6	21	5	135	149	Thüringen	
12	758	718	4	777	4.652	138	7.083	7.652	Deutschland	

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. 7.1.2004 (51. Woche 2003)

Krankheit	51. Woche 2003	1.–51. Woche 2003	1.–51. Woche 2002	1.–52. Woche 2002
Adenovirus-Erkr. am Auge	11	377	80	82
Influenza	96	8.431	2.572	2.574
Legionellose	1	360	411	413
FSME	0	273	238	239
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	67	54	55
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	61	54	55
Listeriose	0	239	238	239
Brucellose	1	27	35	35
Dengue-Fieber	1	128	215	218
Hantavirus-Erkrankung	2	142	227	228
Leptospirose	0	36	58	58
Ornithose	0	42	40	40
Q-Fieber	0	385	189	191
Tularämie	0	3	5	5
Paratyphus	1	68	67	67
Typhus abdominalis	0	64	59	59
Trichinellose	0	3	9	10

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:**Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS):**

Bayern, 2 Jahre, männlich, EHEC-Nachweis (79. HUS-Fall 2003)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**► Hinweise zur aktuellen Influenza-Situation**

Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen hat in der 1. Kalenderwoche 2004 zugenommen. Der Anstieg der Erkrankungsaktivität zeigt sich in der aktuellen Saison früher als in den vergangenen beiden Jahren. Die Positivenrate in den NRZ stieg in der 1. KW auf 23%. – Bei den bisher im NRZ nachgewiesenen Influenzaviren handelte es sich um Influenza-A-Viren. Alle ermittelten Subtypen entsprechen Influenza-A/H₃N₂, wobei die Variante A/Fujian/411/02-like dominiert. – Die erhobenen Daten sprechen für den Beginn einer Influenza-Welle. Eine regionale Aktivität wird derzeit in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland registriert. – **Quelle:** Wochenbericht des RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem DGK und dem NRZ für Influenza.

► Aktueller SARS-Fall in China laboridiagnostisch bestätigt

Am 5.1.2004 erkannte die WHO offiziell den Fall eines 32-jährigen Mannes aus der chinesischen Provinz Guangdong als laborbestätigten SARS-Fall an. Der Betroffene befand sich bereits seit dem 20.12.2003 unter dem Verdacht auf SARS in stationärer Behandlung und Isolation, er wird in Kürze entlassen werden. Nachdem unabhängige Laboruntersuchungen (auch in 2 Referenzlabors des WHO-Netzwerks) im Verlauf einen Anstieg der neutralisierenden Antikörper nachgewiesen hatten, sind die von der WHO gestellten Anforderungen an einen laboridiagnostisch bestätigten SARS-Fall erfüllt. Die chinesischen Behörden hatten schon im Dezember eingehende Umgebungsuntersuchungen eingeleitet und 81 Kontaktpersonen identifiziert, die unter Quarantäne gestellt wurden. Sekundäre Erkrankungen traten bisher nicht auf. Experten der WHO betonen, dass derzeit kein Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung besteht und keine Reiseeinschränkungen empfohlen werden. – **Quelle:** www.who.int

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.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: SteffensI@rki.deSylvia Fehrmann
Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenservicePlusprint Versand Service
Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3**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-Abruffunktion** (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