



Epidemiologisches Bulletin

28. September 2007 / Nr. 39

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Sexuell übertragbare Erkrankungen überschreiten Grenzen

Zu den Ergebnissen der internationalen BORDERNET-Sentinel-Surveillance

Mit der Osterweiterung der Europäischen Union (EU) entstanden neue Herausforderungen im Bereich von Diagnose, Therapie und Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD), insbesondere in den ehemaligen Grenzgebieten. Diese zeichnen sich durch große kulturelle und wirtschaftliche sowie deutliche strukturelle Unterschiede in den verschiedenen gesundheitlichen Versorgungssystemen aus. Grenzübertritte wie auch die Möglichkeit zum Arbeits- und Wohnortwechsel wurden durch den EU-Beitritt der neuen Mitgliedsstaaten erleichtert. Dies kann auch für die Verbreitung von Infektionskrankheiten eine wichtige Rolle spielen. Aufgrund der Prostitutionsszenen in einigen der Grenzregionen gilt dies in besonderem Maße für sexuell übertragbare Erkrankungen.

Im Januar 2005 begann das EU-Projekt BORDERNET mit seiner Arbeit. Es hat zum Ziel, die Diagnose, Beratung und Behandlung von STD (inkl. HIV) in vier grenzüberschreitenden Regionen zwischen alten und neuen EU-Mitgliedsstaaten zu verbessern. In das Projekt sind bisher 17 Partner in neun Ländern involviert (Abb. 1, S. 360). In der ersten Phase des Projektes (2005–2006) wurden vier Modellregionen zwischen Deutschland und Polen (zwei), zwischen Österreich und der Slowakischen Republik sowie zwischen Italien und Slowenien gebildet.

In einer zweiten Phase wurden „Tandemregionen“ an den neuen EU-Grenzen eingerichtet (etwa zwischen Polen, der Slowakischen Republik und der Ukraine), in denen die bis dahin erworbenen Erfahrungen in einer grenzübergreifenden Kooperation übertragen und umgesetzt werden.

Die Ziele von BORDERNET sind:

- ▶ die bestehenden Risiken bezüglich STD in den beteiligten Ländern systematisch zu erheben und daraus Problemlösungen abzuleiten,
- ▶ ein grenzüberschreitendes Surveillance-System für STD zu etablieren,
- ▶ regionale Kooperationen und Netzwerke in den Bereichen Diagnostik, Beratung und Prävention aufzubauen und zu erweitern,
- ▶ die Standards der Diagnostik von STD anzugleichen und zu verbessern sowie
- ▶ Untersuchungen zur Risikoexposition und zu den Präventionsmöglichkeiten für spezifische Zielgruppen in Abhängigkeit von der besonderen Situation in den jeweiligen Ländern durchzuführen.

Vom Robert Koch-Institut wird im Rahmen von BORDERNET eine Sentinel-Surveillance durchgeführt, um belastbare epidemiologische Daten zu STD aus den beteiligten Regionen zu erheben. Anhand der erhobenen Daten können Aussagen über die Häufigkeit, die geografische Verteilung und über Trends von STD in den beteiligten Regionen gemacht werden. Diese werden hier zunächst in ihrer Gesamtheit dargestellt.

Auf Grundlage der gewonnenen Daten werden neue, grenzüberschreitende Ansätze zur Prävention, Diagnostik und Therapie von STD entwickelt sowie deren Ergebnisse bewertet. Darüber hinaus bietet BORDERNET die Möglichkeit,

Diese Woche 39/2007

Sexuell übertragbare Krankheiten:

Zu den Ergebnissen der internationalen BORDERNET-Sentinel-Surveillance

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

36. Woche 2007

(Stand: 26. September 2007)



Erfahrungen mit grenzüberschreitender STD-Surveillance zu sammeln.

Zur Methodik

Die beteiligten Sentinel-Einrichtungen wurden unter Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten bezüglich Urbanisierungsgrad, System der Gesundheitsversorgung, möglicher wichtiger Zielgruppen und der anzunehmenden epidemiologischen Charakteristika in den Regionen ausgewählt. Darüber hinaus sollte durch eine geeignete Auswahl ein Maximum an Patienten erreicht werden.

Zur Studienpopulation gehörten alle Personen mit einer durch *Chlamydia trachomatis* (genitale Chlamydien-Infektion), *Neisseria gonorrhoeae* (Gonorrhö), HIV oder *Treponema pallidum* (Syphilis) verursachten Infektion, die im Untersuchungszeitraum eine Sentinel-Einrichtung aufsuchten.

Indikatoren für diese Studie waren alle neu diagnostizierten Infektionen der genannten vier STD. Diese Infektionen wurden gewählt, da ihnen aus Public-Health-Sicht die höchste Bedeutung zukommt.

Daten wurden mit Hilfe von drei verschiedenen Fragebögen erhoben:

- **Monatsbogen** (pro Einrichtung): Gesamtzahl aller Patienten, Geschlechtsverhältnis, Gesamtzahl getesteter und positiv diagnostizierter Patienten nach den einzelnen Erkrankungen,

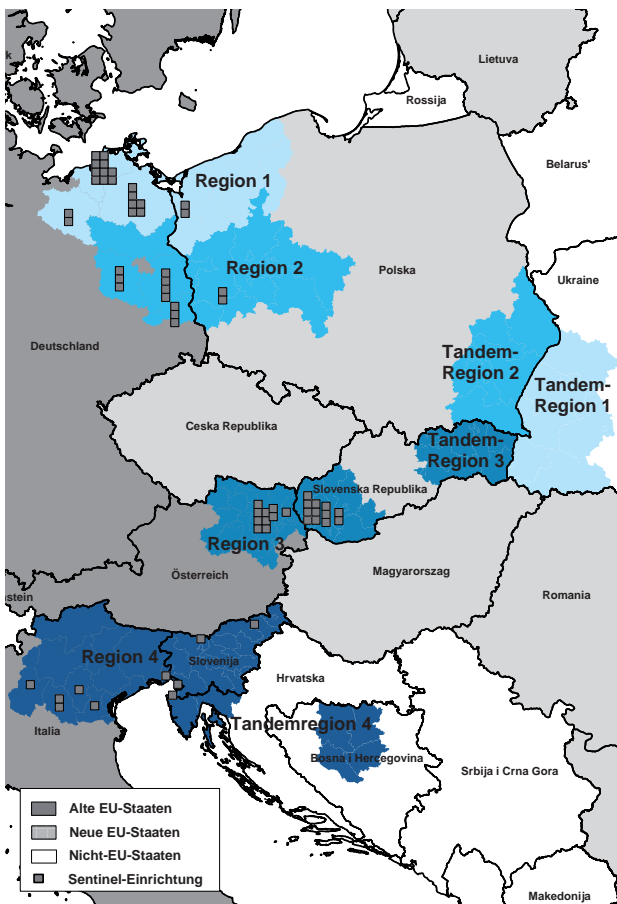


Abb. 1: Übersicht über die Modell- und Tandemregionen von BORDERNET und die Verteilung der Sentinel-Einrichtungen

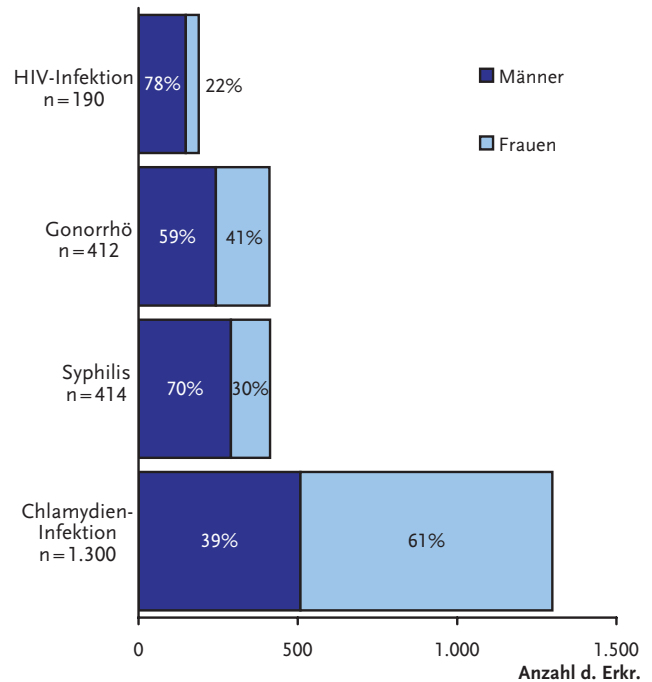


Abb. 2: Anzahl und Geschlechtsverteilung der gemeldeten STD (n=2.316; Diagnosebogen)

- **Diagnosebogen** (pro Patient, anonym, vom Arzt auszufüllen): klinische Daten bezüglich der diagnostizierten STD, Alter, Geschlecht, STD-Anamnese, wahrscheinlicher Transmissionsweg,
- **Patienten-Fragebogen** (pro Patient, anonym, vom Patienten freiwillig auszufüllen): soziodemografischer Hintergrund, wahrscheinlicher Infektionsweg und -ort, Sexualverhalten, Drogengebrauch.

Die folgenden Analysen wurden regelmäßig durchgeführt:

- Absolute und relative Häufigkeit neu diagnostizierter Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (Gonorrhö), HIV und *Treponema pallidum* (Syphilis) und deren Verteilung nach Region, demografischen Details (Alter, Geschlecht, Herkunft etc.) und wahrscheinlichem Transmissionsweg (homo-/bisexuelle Kontakte, heterosexuelle Kontakte, Sex-Arbeit, andere),
- Analyse von Risikofaktoren und -verhalten für die verschiedenen STD,
- Identifizierung von Zeittrends, nach regionalen Aspekten und nach Änderungen im Risikoverhalten.

Ein mit allen beteiligten Ländern abgestimmtes Datenschutzkonzept wahrte die Anonymität der Patienten und stellte einen einheitlichen Datenfluss sicher.

Ergebnisse aus der BORDERNET-Sentinel-Surveillance

Epidemiologische Situation in den BORDERNET-Gebieten

Zum aktuellen Datenstand (29.8.2007) nahmen in den vier Modellregionen insgesamt 68 Einrichtungen am STD-Sentinel teil, zwischen zwei und 15 in den einzelnen Regionen. Darunter waren 14 Gesundheitsämter, 20 niedergelassene Ärzte und 34 STD-Ambulanzen. Die Anzahl und Zusammensetzung der Sentinels in den Regionen differierte da-

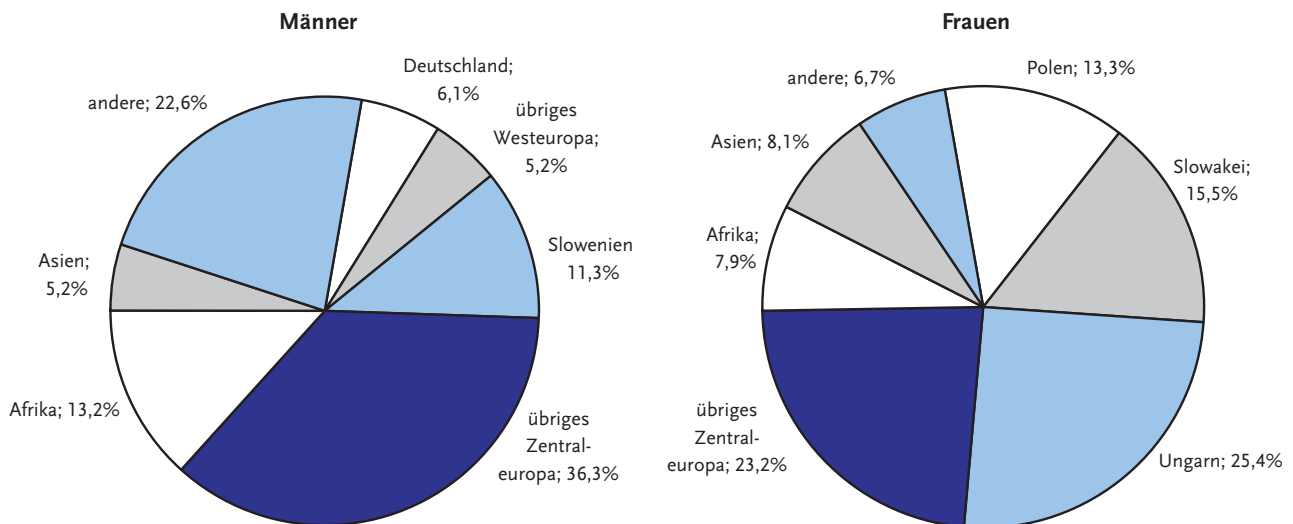


Abb. 3: Herkunft der Migranten nach Geschlecht; Länderanteil > 5% (n_{Männer} = 212, n_{Frauen} = 496; Diagnosebogen)

bei in Abhängigkeit von der Struktur der jeweiligen Versorgungssysteme sehr stark.

Vom 1.1.2006 bis zum 29.8.2007 wurden 665 Monatsbögen, 2.345 Diagnosebögen und 877 zugehörige Patientenbögen eingesandt. Auf der Grundlage der Monatsbögen wurden insgesamt 122.074 Untersuchungen bei 70.609 Personen berichtet, davon 33.156 auf Chlamydien-Infektionen (1.547 positiv), 37.217 auf Gonorrhö (512), 30.028 auf HIV-Infektionen (263) und 21.673 auf Syphilis (543). Der Männeranteil an allen Untersuchten betrug 30,2 %.

Chlamydien-Infektionen wurden deutlich häufiger bei Frauen diagnostiziert, HIV-Infektionen und Syphilis bei Männern (Abb. 2). Bei 5,1 % aller Patienten wurde gleichzeitig mehr als eine STD diagnostiziert. Häufigste anamnestische STD waren Chlamydien-Infektionen (in 10,6 % aller berichteten Fälle) und Gonorrhö (11,8 %), Männer hatten häufiger eine anamnestische STD als Frauen (Tab. 1).

	Männer n=1.206	Frauen n=1.104	Gesamt n=2.310
Anteil (%)	52,2	47,8	100
Median Alter (Jahre)	32	26*	29
andere Herkunft als Untersuchungsland (= Migranten, %)	24,8	53,0*	38,9
STD in Anamnese (%)	27,3	22,1*	24,9
Drogengebrauch (%)	3,0	4,3	3,6
* p < 0,001			

Tab. 1: Demografische Daten, Angaben zur STD-Anamnese und zum Drogengebrauch (Diagnosebogen)

Risikofaktoren

Die wahrscheinlichen Übertragungswege unterschieden sich stark zwischen den Geschlechtern (Tab. 2). Die Anteile von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), an allen HIV- und Syphilis-Diagnosen (50,5 % bzw. 38,8 %) waren deutlich größer als der Anteil von MSM an der Gesamtpatientenzahl (15,9 %). 48,2 % aller Personen mit neu diagnostizierter HIV-Infektion sowie anamnestischer Syphilis-Infektion waren MSM. 65,9 % aller Personen mit HIV-Infektion waren ebenfalls MSM.

53,2 % aller Männer sowie 24,6 % aller Frauen, die einen Patientenbogen ausgefüllt hatten, gaben an, innerhalb der letzten sechs Monate sexuelle Kontakte mit einem Gelegenheitspartner gehabt zu haben (χ^2 -Test: p < 0,001). Mediane Partnerzahl war bei Frauen eins, bei Männern zwei. 56,5 % aller Männer sowie 24,6 % aller Frauen gaben Gelegenheitspartner als wahrscheinlichste Infektionsquelle an. 20,6 % der Männer und 35,8 % der Frauen infizierten sich wahrscheinlich bei ihrem festen Partner, 5,7 % der Frauen bei einem Freier. 85,1 % der Männer und 79,3 % der Frauen benutzen nicht immer ein Kondom bei sexuellen Kontakten mit ihrem festen Partner. In Bezug auf Gelegenheitspartner galt dies für 70,5 % der Männer und 57,7 % der Frauen. Aus der letzteren Gruppe gaben 79,8 % der Männer und 68,3 % der Frauen an, sich bei einem Gelegenheitspartner infiziert zu haben.

Übertragungsweg	Alle Patienten		Migranten	
	Männer n=1.206	Frauen n=1.104	Männer n=269	Frauen n=537
MSM	30,5	–	17,5	
heterosexuelle Kontakte	30,7	28,4	32,7	10,2
Kontakt zu Prostituierten/ Strichern	4,7	0,5	6,3	0,4
Ausübung von Prostitution	1,2	44,1	3,0	74,9
anderer Infektionsweg	0,3	0,1	0,7	0,4
unbekannt/k.A.	32,6	26,9	39,8	14,1

Tab. 2: Anteile (%) der wahrscheinlichen Übertragungswege, alle Patienten und Migranten nach Geschlecht (Diagnosebogen)

Migration und Prostitution in den BORDERNET-Grenzregionen

Mehr als die Hälfte aller Frauen und etwa ein Viertel aller Männer der BORDERNET-Population waren Migranten (Personen mit einem anderen Herkunftsland als dem Land der Diagnosestellung, Tab. 1). Patienten migrierten dabei überwiegend aus Staaten Zentral- und Osteuropas bzw. Subsahara-Afrikas (4 : 1) in westeuropäische Staaten (Abb. 3).

Die bei Weitem häufigste STD bei Migranten waren für beide Geschlechter Chlamydien (Tab. 3, S. 362). Bei

5,7% der Migranten wurde mehr als eine STD zur gleichen Zeit diagnostiziert. Migranten hatten zwar häufiger eine anamnestiche STD als Nichtmigranten (28,9% bzw. 24,0%), aber deutlich seltener eine anamnestiche HIV-Infektion (3,2% Migranten, 8,2% Nichtmigranten, t-Test: $p < 0,001$).

	Migranten		Sex-Arbeiterinnen
	Männer (%) n=269	Frauen (%) n=537	% n=508
Chlamydien-Infektionen	50,2	70,9	70,7
Gonorrhö	27,1	21,4	22,8
HIV-Infektionen	12,9	4,7	2,0
Syphilis	14,1	8,4	10,0

Tab. 3: Anteile der STD-Infektionen bei Migranten (nach Geschlecht) und Sex-Arbeiterinnen (Diagnosebogen)

Von Migranten lagen 236 Patientenbögen vor. 22,5% der Migranten lebten höchstens ein Jahr, 57,4% längstens fünf Jahre im Land der Diagnose. 53,8% der migrierten Männer gaben an, die Sprache des Einwanderungslandes fließend zu sprechen, 32,7% mittelmäßig und 13,4% kaum oder gar nicht. Migrierte Frauen gaben deutlich schlechtere Sprachkenntnisse an, 22,1% als fließend, 54,8% als mittelmäßig sowie 23,1% als kaum oder gar nicht vorhanden (χ^2 -Test: $p < 0,001$).

Kommerzielle Sex-Arbeit war als Übertragungsrisiko einer STD in der Gruppe der migrierten Frauen von außerordentlich hoher Bedeutung (Tab. 2, S. 361). MSM als Transmissionsrisiko war bei Migranten seltener als in der BORDERNET-Gesamtpopulation gegeben. Da heterosexuelle Kontakte bei Männern in diesen beiden Gruppen allerdings annähernd gleich häufig als Transmissionsrisiko angegeben wurden und gleichzeitig der Anteil von Erkrankungsfällen ohne eine solche Angabe höher ist, ist es möglich, dass der Anteil von MSM unter Migranten höher ausfällt. Hierfür spricht auch das hohe Diskriminierungspotenzial von Sex unter Männern in einigen Migranten-Communities.

Kommerzielle Sex-Arbeit war der wahrscheinliche Infektionsweg für annähernd die Hälfte aller Frauen aus dem BORDERNET-Sentinel und bei Männern kaum gegeben. (Tab. 2, S. 361). Auch bei den Sex-Arbeiterinnen waren genitale Chlamydien-Infektionen die mit Abstand am häufigsten diagnostizierte Infektion (Tab. 3). Kommerzielle Sex-Arbeiterinnen hatten deutlich häufiger eine oder mehrere anamnestiche STD (35,4%) als andere Patienten (21,9%, t-Test: $p > 0,001$). Besonders häufig als anamnestiche STD waren Chlamydien-Infektionen (16,1% aller Sex-Arbeiterinnen) und Gonorrhö (12,6%) vertreten.

Der Altersmedian der Sex-Arbeiterinnen lag bei 25 Jahren (Range 16–64). Mit 35,4% wiesen kommerzielle Sex-Arbeiterinnen einen deutlich höheren Anteil von Personen mit anamnestiche STD auf als der Durchschnitt der BORDERNET-Population. 81,9% der Sex-Arbeiterinnen waren Migrantinnen.

Etwa ein Drittel der Sex-Arbeiterinnen kam aus Ungarn, ein weiteres Drittel aus Polen und der Slowakischen

Republik. Damit stammten insgesamt 82,2% der Sex-Arbeiterinnen aus Ländern Zentraleuropas. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass annähernd alle Sex-Arbeiterinnen (95,3%) in Österreich diagnostiziert wurden.

Es wurden nur 109 Patienten-Fragebögen von kommerziellen Sex-Arbeiterinnen ausgefüllt. Daher ist es im Augenblick noch nicht möglich, detailliertere Informationen zu soziodemografischen Hintergründen und zum Risikoverhalten in dieser Gruppe anzugeben.

Diskussion

Infektionen mit Chlamydien kam in den BORDERNET-Modellregionen aus Public-Health-Sicht die höchste Bedeutung zu. Da nur 63,5% aller Infektionen mit Hilfe von Amplifikationsverfahren diagnostiziert wurden, kann von einer deutlichen Untererfassung ausgegangen werden. Maßnahmen zur Verbesserung der diagnostischen Situation wurden in den Modellregionen bereits geplant und zum Teil schon umgesetzt.

Männer wurden häufiger positiv getestet als Frauen, bezogen auf den Männeranteil an allen getesteten Personen. Dies lässt aber nicht unbedingt auf eine höhere Inzidenz von STD bei Männern schließen, da sich in Österreich kommerzielle Sex-Arbeiterinnen einer wöchentlichen Testung auf STD unterziehen müssen und daher eine sehr hohe Testfrequenz von Frauen ohne neu erworbene STD gegeben ist.

Wie erwartet, stellten sich Migration und Prostitution als wichtige Faktoren für das epidemiologische Geschehen in den beobachteten grenzüberschreitenden Gebieten heraus, besonders in Kombination beider Faktoren. Dabei waren deutliche Übereinstimmungen zwischen beiden Gruppen festzustellen.

Migration fand überwiegend von Zentral- und Osteuropa bzw. von Subsahara-Afrika (Verhältnis 4:1) nach Westeuropa statt. Es ist anzunehmen, dass der geringe Anteil von Migrantinnen und Sex-Arbeiterinnen aus Nicht-EU-Staaten stark durch eine restriktive Ausländer- und Prostitutionsgesetzgebung in einigen der teilnehmenden Staaten bedingt ist. Diese Personen arbeiten häufig illegal und besuchen aus Angst vor einer Meldung nicht die vorhandenen STD-Beratungs- und -Teststellen. Auch hier ist von einer Untererfassung auszugehen.

Die gewonnenen Daten bezüglich Migration und Prostitution sind von hoher Bedeutung für eine effektive Prävention und Behandlung. Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote für Migranten und kommerzielle Sex-Arbeiter müssen erhalten und ausgeweitet werden. Dabei sind sprachliche und weitere interkulturelle Kompetenzen von hoher Bedeutung. Da Personen mit schlechten Sprachkenntnissen Fragebögen seltener ausfüllen, ist davon auszugehen, dass die beschriebenen Sprachkenntnisse in Bezug auf die Gruppe aller Migranten eher als zu hoch einzuschätzen sind. Grenzüberschreitende Kooperationen zwischen den entsprechenden Einrichtungen, wie sie bereits im Rahmen des BORDERNET-Gesamtprojektes stattfinden,

machen Synergieeffekte in der Versorgung dieser besonders vulnerablen Gruppen möglich.

Der geringe Anteil von kommerziellen Sex-Arbeiterinnen außerhalb von Österreich erstaunt vor dem Hintergrund, dass auch in den anderen Gebieten zum Teil umfangreiche Szenen von Sex-Arbeit vorhanden sind. Ob sich Personen außerhalb der österreichischen Modellregion an anderen Orten als den beteiligten Sentinels oder überhaupt nicht auf HIV und STD untersuchen lassen, ist versorgungspolitisch eine bedeutsame Frage, die durch das BORDERNET-Sentinel aufgeworfen wurde und im Hinblick auf eine erfolgreiche Prävention und Therapie weiter untersucht werden muss.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis stellt der mangelnde Kondomgebrauch von Personen dar, die sexuelle Kontakte mit Gelegenheitspartnern haben. Der Zugang zu dieser sehr heterogenen Gruppe erscheint zunächst schwierig. Daher sollten spezifische Präventionsansätze, die die Bedeutung des Kondoms zur Reduzierung des Infektionsrisikos mit einer STD betonen, für noch genauer zu bestimmende Subgruppen erarbeitet werden.

Insgesamt betrachtet stellt der Aufbau einer grenzüberschreitenden Sentinel-Surveillance eine Herausforderung dar. Unterschiedliche Populationsdichte, die Struktur der verschiedenen nationalen Gesundheitssysteme, die Anzahl potenzieller und tatsächlich rekrutierter Sentinel-Einrichtungen sowie die Vollständigkeit von Meldungen variieren stark zwischen den beteiligten Regionen. Der Vergleich epidemiologischer Daten ist daher sehr aufwändig. Auf eine regionale Differenzierung, die teilweise schon vorgenommen wurde (s. u.), wurde in diesem Bericht verzichtet. Die häufige Trennung von HIV und anderen STD in der Beratung und Behandlung führt zu einer zu seltenen Diagnose und Meldung dieser Infektionen. Unterschiedliche Ressourcen für Diagnose und Behandlung erschweren den Gebrauch international standardisierter Fall-Definitionen. Daher konnten nur vier STD auf einem hohen qualitativen Level beobachtet werden.

Trotz all dieser Schwierigkeiten liefert die BORDERNET-Sentinel-Surveillance eine deutlich höhere Informationsdichte epidemiologischer Daten als die nationalen Meldesysteme der beteiligten Staaten. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf soziodemografische Daten sowie das Risikoverhalten. Die gewonnenen Daten machen eine deutlich differenziertere Konzeptualisierung von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen möglich.

Die Ergebnisse geben einen guten Überblick über das epidemiologische Geschehen in den west-östlichen Grenzregionen der EU wieder. Eine besondere Stärke der Studie ist die Möglichkeit, die Daten auf der Ebene der einzelnen Modellregionen zu analysieren. Auf diese Weise stellen sie eine Basis für gesundheitspolitisches Vorgehen auf regionaler, grenzüberschreitender Ebene mit deren jeweils spezifischen Bedürfnislagen dar. In diesem Sinn können die

epidemiologischen Daten der BORDERNET-Sentinel-Surveillance zum Aufbau, zur Standardisierung und zur Verbesserung regionaler, grenzüberschreitender Präventions- und Behandlungsprogramme unter Einschluss der regionalen politischen Entscheidungsträger in allen vier Modellregionen genutzt werden. Eine besondere Bedeutung kommt Konferenzen in den Modellregionen zu, auf denen die Ergebnisse regionalspezifisch mit Wissenschaftlern, medizinischen Versorgern, in der Prävention tätigen Personen sowie politischen Entscheidungsträgern vor dem Hintergrund der besonderen Gegebenheiten der einzelnen Regionen diskutiert werden können. Als direkte Folge wird etwa in Wien eine umfangreiche Syphilis-Präventionskampagne durchgeführt (07/2006–12/2007), in Polen konnten zwei neue Einrichtungen zur HIV-Beratung und -Testung geschaffen werden. Weiterhin sollen spezifische grenzüberschreitende Gesundheitsziele unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren Migration und Prostitution erarbeitet werden.

Das Gesamtprojekt BORDERNET bietet für die Umsetzung epidemiologischer Daten in konkretes gesundheitspolitisches Handeln einen idealen Rahmen. Die BORDERNET-Sentinel-Surveillance ist daher ein wichtiger Beitrag für die Entwicklung fortschrittlicher gesundheitspolitischer Maßnahmen in den beteiligten Regionen.

Erläuterung

Die hier berichteten epidemiologischen Daten differieren nach dem jeweiligen Berichtsweg. Die vollständigsten Meldungen über das Infektionsgeschehen erhalten wir über die Monatsbögen der Einrichtungen. Diese Daten sind allerdings wenig spezifiziert und können daher ausschließlich zur Abschätzung des Meldeverhaltens sowie zur Darstellung von epidemiologischen Trends herangezogen werden. Detailliertere Analysen, etwa zu Verteilungen nach Geschlecht, Übertragungsweg oder Risikoverhalten, sind nur anhand der eingegangenen Diagnose- und Patientenbögen möglich. Da nicht zu jeder durch die Monatsbögen gemeldeten Infektion ein Diagnose- oder Patientenbogen vorliegt, können im zahlenmäßigen Vergleich von Angaben zwischen den verschiedenen Fragebogen-Typen Differenzen auftreten.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, **Ansprechpartner** ist Dipl.-Psych. Klaus Jansen (E-Mail: JansenK@rki.de).

BORDERNET wird von der EU gefördert und von der SPI Research gGmbH Berlin koordiniert.

Für die gute Zusammenarbeit danken wir den am Projekt beteiligten Zentren MAT-LAKOST (Verein zur Förderung der Prävention im AIDS- und Suchtbereich in Mecklenburg-Vorpommern e.V.); GAOSTV (Gesundheitsamt des Landkreises Ostvorpommern) Abendrot Project; DPSZA (Szececin Public Hospital); AIDS-Hilfe Potsdam e.V.; Belladonna e.V. Frankfurt (Oder); University of Zielona Góra; AIDS-Hilfe Wien; NRZ for HIV/AIDS prevention, Slovak Medical University; Region Veneto, Office for International Public and Social Affairs; Regional Institute of Public Health Maribor (RIPHM).

Ausführliche Informationen zum Gesamtprojekt sind unter www.bordernet.eu oder unter www.rki.de verfügbar.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

36. Woche 2007 (Datenstand v. 26.9.2007)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	36.	1.-36.	1.-36.	36.	1.-36.	1.-36.	36.	1.-36.	1.-36.	36.	1.-36.	1.-36.	36.	1.-36.	1.-36.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	172	5.441	3.673	1	64	97	9	189	246	207	4.022	3.898	4	74	91
Bayern	191	5.503	3.658	4	139	142	32	690	665	222	4.801	4.952	4	124	110
Berlin	80	1.742	1.457	0	10	13	5	124	60	63	1.054	1.249	0	41	38
Brandenburg	53	1.602	1.304	0	18	20	3	177	226	62	1.259	1.222	0	10	13
Bremen	5	256	215	0	6	4	0	17	27	13	196	147	1	5	11
Hamburg	36	1.457	1.058	0	12	20	0	22	25	22	600	739	1	19	20
Hessen	80	2.688	1.874	0	16	18	2	115	100	158	3.076	2.254	6	58	29
Mecklenburg-Vorpommern	77	1.629	1.169	0	9	5	4	174	252	46	890	1.024	0	0	4
Niedersachsen	132	3.747	2.782	1	77	116	15	176	183	205	3.466	2.830	0	26	17
Nordrhein-Westfalen	342	11.703	8.927	6	158	193	26	688	913	354	7.209	7.004	6	50	33
Rheinland-Pfalz	70	2.614	1.635	3	35	32	7	241	177	134	2.287	2.054	2	30	17
Saarland	30	968	632	0	1	8	1	37	32	61	728	514	1	5	1
Sachsen	123	3.574	2.920	0	42	61	10	599	655	87	2.166	2.323	3	62	50
Sachsen-Anhalt	32	1.215	949	0	9	25	13	456	382	68	2.043	1.310	1	24	10
Schleswig-Holstein	54	1.496	1.257	0	27	44	2	61	62	49	1.045	842	1	12	9
Thüringen	39	1.274	971	0	9	19	8	387	274	105	1.874	1.485	1	23	31
Deutschland	1.516	46.909	34.481	15	632	817	137	4.153	4.279	1.856	36.716	33.847	31	563	484

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	36.	1.-36.	1.-36.	36.	1.-36.	1.-36.	36.	1.-36.	1.-36.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	1	61	57	1	88	90	10	832	936
Bayern	3	70	101	3	89	88	21	1.033	1.106
Berlin	1	25	89	2	43	48	12	493	657
Brandenburg	0	14	17	0	13	18	1	49	63
Bremen	0	4	9	0	4	2	2	39	16
Hamburg	1	15	31	2	29	33	2	56	47
Hessen	8	43	89	2	59	64	9	250	315
Mecklenburg-Vorpommern	0	8	12	0	8	12	0	43	60
Niedersachsen	3	49	48	0	38	66	6	362	406
Nordrhein-Westfalen	10	152	166	1	167	228	20	670	720
Rheinland-Pfalz	3	23	41	1	77	68	10	255	314
Saarland	0	7	10	0	14	10	0	53	32
Sachsen	0	16	16	0	28	28	6	227	193
Sachsen-Anhalt	0	10	12	0	37	23	6	145	156
Schleswig-Holstein	0	19	27	0	20	24	1	134	198
Thüringen	1	20	12	0	23	38	2	116	118
Deutschland	31	536	737	12	737	840	108	4.757	5.337

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,

36. Woche 2007 (Datenstand v. 26.9.2007)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.		1.–36.
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007			2006
8	170	165	64	10.453	4.459	21	3.083	4.352	20	386	433	6	61	88	Baden-Württemberg
9	374	384	52	14.057	3.824	26	5.343	7.238	14	398	405	4	54	54	Bayern
2	115	87	56	5.763	2.070	8	1.805	1.984	7	188	201	3	88	63	Berlin
6	139	141	24	5.760	2.070	5	3.487	3.990	2	42	38	0	42	26	Brandenburg
0	17	14	2	858	276	0	277	305	1	12	17	1	10	16	Bremen
1	73	64	5	4.257	2.336	1	1.033	1.323	2	100	62	0	17	7	Hamburg
7	170	193	23	7.771	1.477	7	2.156	2.385	7	188	158	1	35	20	Hessen
1	88	112	43	4.099	1.937	7	3.174	3.680	0	71	91	6	54	108	Mecklenburg-Vorpommern
6	387	388	65	8.310	3.813	13	3.252	5.060	2	112	142	2	99	93	Niedersachsen
25	520	560	126	26.075	7.222	28	7.423	9.828	12	461	459	8	177	159	Nordrhein-Westfalen
6	183	191	33	7.482	1.723	10	2.445	3.046	9	146	145	0	58	17	Rheinland-Pfalz
3	55	64	4	682	99	6	509	595	1	20	23	0	5	1	Saarland
13	528	432	48	8.302	6.042	41	6.946	9.246	4	159	147	8	109	90	Sachsen
7	258	221	45	4.562	2.287	26	3.086	3.560	1	68	60	0	23	19	Sachsen-Anhalt
4	133	136	18	2.850	1.273	1	953	1.216	0	53	39	0	3	4	Schleswig-Holstein
11	329	324	62	4.987	3.522	17	3.078	4.349	2	48	49	0	22	18	Thüringen
109	3.539	3.476	670	116.268	44.430	217	48.050	62.157	84	2.452	2.469	39	857	783	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.	36.	1.–36.	1.–36.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
1	42	38	1	17	119	11	438	464	Baden-Württemberg	
0	41	73	0	115	68	3	450	541	Bayern	
1	13	18	0	5	53	5	205	234	Berlin	
0	11	14	0	0	9	1	60	70	Brandenburg	
0	0	3	0	1	1	0	49	48	Bremen	
0	5	5	0	2	15	2	122	127	Hamburg	
0	18	16	0	11	60	9	330	345	Hessen	
1	6	8	0	1	2	2	79	58	Mecklenburg-Vorpommern	
0	21	37	0	26	65	9	288	301	Niedersachsen	
1	74	128	1	249	1.730	18	904	985	Nordrhein-Westfalen	
0	13	13	0	7	53	1	168	164	Rheinland-Pfalz	
0	2	7	0	0	0	1	60	53	Saarland	
0	21	26	0	1	1	2	98	139	Sachsen	
1	14	19	0	0	5	0	133	102	Sachsen-Anhalt	
0	11	10	0	5	61	2	77	91	Schleswig-Holstein	
0	13	9	0	0	6	1	68	103	Thüringen	
5	305	424	2	440	2.248	67	3.529	3.825	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 (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

36. Woche 2007 (Datenstand v. 26.9.2007)

Krankheit	36. Woche 2007	1.–36. Woche 2007	1.–36. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	1	313	444	574
Brucellose	0	15	22	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	53	66	93
Dengue-Fieber	15	174	101	175
FSME	1	183	400	546
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	30	49	63
Hantavirus-Erkrankung	21	1.365	35	72
Hepatitis D	0	5	18	21
Hepatitis E	2	55	34	51
Influenza	1	18.708	3.754	3.804
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	61	83	120
Legionellose	9	352	376	571
Leptospirose	5	56	27	46
Listeriose	3	234	342	509
Ornithose	0	6	19	25
Paratyphus	6	42	45	73
Q-Fieber	0	64	184	204
Trichinellose	1	10	21	22
Tularämie	1	6	0	1
Typhus abdominalis	1	34	53	75

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber:
Nordrhein-Westfalen, 55 Jahre, weiblich (Infektionsland Indien)
(19. Chikungunya-Fall 2007)

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, 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 Berlin
Tel.: 030 18.754-0
Fax: 030 18.754-26 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
► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl
► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Tel.: 030 18.754-24 55
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030 18.754-24 59

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.94 87 81-3

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 **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

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