



# Epidemiologisches Bulletin

5. Oktober 2001 / Nr. 40

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Malariaprophylaxe bei Reisenden: Neue Empfehlungen der DTG

Die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) hat die Empfehlungen zur Malariavorbeugung neu bearbeitet und mit Stand vom Juni 2001 veröffentlicht (sie ersetzen die Fassung vom Februar 2000)<sup>1,2</sup>.

Die neuen Empfehlungen basieren auf den bewährten älteren, verschieben aber – abgesehen von Reisen nach Afrika südlich der Sahara – das Gewicht etwas von der kontinuierlichen Chemoprophylaxe hin zur Methode der selbst durchzuführenden Notfallbehandlung bei Malariaverdacht, wenn dieser nicht rasch ärztlich abgeklärt werden kann.

Wie bisher hat die **Expositionsprophylaxe** einen sehr hohen Stellenwert. Für die **Chemoprophylaxe** werden jetzt differenziertere Empfehlungen gegeben, die auf einer stärkeren Berücksichtigung der Daten zur Malaria nach Rückkehr aus Endemiegebieten, des Nebenwirkungsspektrums der Medikamente und der oft mangelhaften Compliance der Reisenden basieren. Für Reisen in die Länder in **Afrika südlich der Sahara** hat sich nichts verändert; hier gilt nach wie vor die Einnahme von **Mefloquin** als **Regelprophylaxe**, sofern keine Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen bestehen (Ausnahme: südliches Südafrika, das als malariafrei gilt). Eine Alternative zum Mefloquin stellt insbesondere das neu zugelassene Atovaquon/Proguanil (*Malarone*®) dar (s. a. Bericht dazu in dieser Ausgabe).

Bei Reisen in Länder mit potenziellem, für den Durchschnittstouristen aber sehr geringem Malariarisiko erschien es der DTG im Rahmen der Risiko-Nutzen-Abwägung nicht sinnvoll, allen Reisenden eine Chemoprophylaxe anzuraten. Für diese Regionen wird jetzt die Methode der **Notfallbehandlung** oder **Stand-by-Therapie** verstärkt empfohlen. Die Reisenden sollen bei Fieber vorrangig an Malaria denken und durch einen erfahrenen Arzt die notwendige Diagnostik durchführen lassen. Wenn kein Arzt erreichbar ist, soll der Reisende ein mitgeführtes geeignetes Medikament vorschriftsmäßig einnehmen. Untersuchungen in der Schweiz haben gezeigt, dass das Risikobewusstsein beim Reisenden durch eine kompetente Beratung zur Notfallbehandlung geschärft wird; dies stellt eine wesentliche Voraussetzung für richtiges Reagieren im Falle einer beginnenden Erkrankung dar.

Die DTG setzt den Standard der Malariavorbeugung, der in einer Karte und einer Länderliste übersichtlich dargestellt ist, beim organisiert reisenden Touristen an, damit sind über 90 % des Reiseaufkommens abgedeckt. Der beratende Arzt hat selbstverständlich die Möglichkeit, unter Beachtung der WHO-Richtlinien und der deutschen Zulassungsbedingungen je nach Reisestil, Aufenthaltsdauer, Region, Reisezeit, aktueller epidemiologischer Situation und ggf. Vorerkrankungen von diesem Standard abzuweichen (z. B. keine Chemoprophylaxe für einen Büroangestellten in Nairobi, wohl aber für einen Rucksackreisenden nach Ca Mau im Süden von Vietnam). Eine generell gültige und absolut wirksame Malariaprophylaxe existiert nicht, entscheidend ist die **Berücksichtigung der individuellen Risiken und Charakteristika des Reisenden** und die Stärkung der Eigenverantwortung bei entsprechender intensiver Aufklärung.

Diese Woche

40/2001

### Malaria:

- ▶ Prophylaxe bei Reisenden: DTG-Empfehlungen aktualisiert
- ▶ Fallbericht: Tödliche Malaria tropica
- ▶ Zur Kombination Atovaquon/Proguanil als Chemoprophylaktikum

### Sexuell übertragbare Krankheiten:

Internationaler STD-Kongress in Berlin: Berichte zu Gonorrhoe-, Syphilis- und HIV-Infektionen

### Ankündigung:

Fortbildungsveranstaltung für den ÖGD im Jahr 2002



Der Einsatz von **Chloroquin als Monosubstanz** wird **nur für Mittelamerika** empfohlen. Für die Regionen mit mehr oder weniger verbreiteter **Chloroquin-Resistenz** sind **Mefloquin, Atovaquon/Proguanil** und als reines Notfallmedikament Artemether/Lumefantrin geeignet. Die Einzelheiten sind den Empfehlungen der DTG zu entnehmen.

Für **Gebiete mit Multiresistenzen** (z. B. bestimmte Grenzgebiete in Thailand, Kambodscha, Myanmar), die allerdings von Touristen nur ausnahmsweise bereist werden, wurden die in Deutschland neu zugelassenen Medikamente, das Atovaquon/Proguanil (*Malarone*<sup>®</sup>) und das Artemether/Lumefantrin (*Riamet*<sup>®</sup>) (Kontraindikation: kardiale Erregungsleitungsstörungen) bei entsprechender Indikation neu in die Empfehlungen aufgenommen. Die Angaben zu den einzelnen Malariamitteln sowie die Hinweise für besondere Personengruppen wie Kinder, Schwangere, Langzeitreisende und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen wurden aktualisiert. Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Empfehlungen selbst verwiesen.

Die neuen Empfehlungen sind insgesamt pragmatisch; die epidemiologischen Daten, auf denen sie beruhen, sind allerdings zum Teil lückenhaft (z. B. sind gegenwärtig keine echten Inzidenzdaten bei Reisenden verfügbar). Um die Effizienz der modifizierten Empfehlungen einschätzen zu können, wird auch weiterhin eine sorgfältige und kontinuierliche Analyse der Malaria-Melddaten und – soweit

verfügbar – auch zusätzlicher Datenquellen notwendig sein, eine Aufgabe, zu deren Erfüllung das Robert Koch-Institut wesentlich beitragen wird.

Noch immer sind die Richtlinien der Fachgesellschaften in den europäischen Ländern und in Amerika zum Teil sehr unterschiedlich. Es ist daher erfreulich, dass die Empfehlungen der DTG gemeinsam mit der ›Schweizer Arbeitsgruppe für Reisemedizin‹ (SAR) erarbeitet wurden und nun wenigstens in diesen beiden Ländern übereinstimmen. Insgesamt sind die aktualisierten Empfehlungen der DTG eine geeignete Grundlage für die zu fordernde reisemedizinische Beratung nach einheitlichen Kriterien. Im Falle von Änderungsvorschlägen oder kritischen Anmerkungen bieten sich die DTG und das RKI als Moderatoren an, um einheitliche, wissenschaftlich begründete und praktikable Empfehlungen für Deutschland zu gewährleisten.

1. Der vollständige Text der neuen DTG-Empfehlungen zur Malariavorbeugung kann im Internet über [www.dtg.mwn.de](http://www.dtg.mwn.de) abgerufen werden. Schriftliche Anforderungen sind unter Einsendung eines adressierten und frankierten (DM 3,00) Briefumschlages zu richten an: Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) e.V., Info-Service, Postfach 40 04 66, 80704 München.
2. Malariavorbeugung – neue Empfehlungen der DTG. CRM: Reisemedizin aktuell, Nr. 17/2001 vom 05.09.01.

## Fallbericht: Ehepaar starb nach Rückkehr aus Afrika an Malaria tropica

Ein 53-jähriger Mann und eine 48-jährige Frau aus München hatten eine Reise nach Burkina Faso (Westafrika) – einem Gebiet mit ganzjährigem Malaria-tropica-Risiko – unternommen, von der sie am 3. September 2001 zurückgekehrt waren. Berichten von Freunden und Nachbarn zufolge hatten sich beide in den Tagen danach krank gefühlt, es wurde über Durchfall berichtet, Fieber sei nicht aufgefallen, ärztliche Hilfe wurde nicht in Anspruch genommen. Ein Telefonanruf der Frau bei Freunden am 9. September gab Anlass zu Besorgnis, danach haben sich beide nicht mehr gemeldet und nicht mehr auf Anrufe reagiert. Am 10. September abends wurde die Wohnung geöffnet und das Ehepaar tot aufgefunden.

Der im Zusammenhang mit der Reise und dem tödlichen Verlauf der Erkrankungen geäußerte Verdacht auf ein virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z. B. Lassa-Fieber oder Ebola-Fieber) wurde im Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg rasch entkräftet. Im Blut der Verstorbenen wurde eine sehr hohe Dichte von *Plasmodium falciparum* nachgewiesen (im Blut des Mannes betrug die Parasitämie >80%). Da die Obduktion keine Hinweise auf andere Organschäden als Todesursache lieferte, gehen die mit der Untersuchung beauftragten Ärzte davon aus, dass in beiden Fällen eine Malaria tropica zum Tode führte. Soweit feststellbar, war eine Chemoprophylaxe nicht durchgeführt worden.

Es ist nicht bekannt, ob vor der Reise Rat gesucht, Beratung angeboten wurde, warum anschließend kein Arzt

konsultiert wurde bzw. welche Möglichkeiten in diesem speziellen Fall bestanden, Erkrankung und Tod zu verhindern. Das dramatische Vorkommnis erfordert es, wieder einmal nachdrücklich auf die Notwendigkeit einer qualifizierten reisemedizinischen Beratung vor Tropenaufenthalten hinzuweisen und daran zu erinnern, dass bei Erkrankungen während und nach Tropenreisen sofort ärztlicher Rat eingeholt werden sollte. Auch wenn bei Erwachsenen Fieber in der Regel ein Hauptsymptom der Malaria darstellt, muss auch bei anderen Symptomen (z. B. Durchfall, ›grippale‹ Beschwerden) nach Rückkehr aus Malaria-Endemiegebieten differentialdiagnostisch immer auch an eine Malaria gedacht werden.

**Quelle:** Berichte aus der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München (Berichterstatter: OA Dr. Tomas Jelinek; [jelinek@lrz.uni-muenchen.de](mailto:jelinek@lrz.uni-muenchen.de)) vom 11. und 12.09.01. In dieser Einrichtung wurde auch der Parasitennachweis geführt.

Der Tod an reiseassoziiertes Malaria ist vermeidbar. Eine wirksame Verhütung setzt die Auseinandersetzung mit Fehlern und Problemen in diesem Zusammenhang voraus. Hier sei auf zwei Publikationen dazu hingewiesen:

1. Püschel K., Lockermann U, Dietrich M: Malaria – immer wieder Todesfälle infolge verspäteter Diagnose. Dt Ärztebl 1998; 95: 2697–2700
2. RKI: Zur Vermeidbarkeit von Todesfällen durch Malaria. Epid Bull 1999; 37: 273–274

## Malarone® auch für die Chemoprophylaxe der Malaria zugelassen

Das Medikament *Malarone*® der Firma GlaxoWellcome, eine fixe Kombination von Atovaquon und Proguanil, das bisher in Deutschland nur zur Therapie zugelassen war, darf seit kurzem auch für die Prophylaxe der Malaria tropica eingesetzt werden. Auf der Grundlage der Zulassungskriterien wird es empfohlen für Reisende in Gebiete, in denen Resistenzen von *P. falciparum* gegenüber anderen Malariamitteln bestehen könnten. Es kann ferner eingesetzt werden bei Unverträglichkeit von Mefloquin bzw. Gegenindikationen für Mefloquin sowie ggf. bei Last-Minute-Reisen in Gebiete mit Chloroquin-Resistenz.

Mefloquin wird nicht ersetzt, die Kombination von Atovaquon und Proguanil bleibt Situationen vorbehalten, in denen Mefloquin nicht mehr voll wirksam ist oder nicht gegeben werden darf bzw. nicht gegeben werden sollte.

Die europäische Zulassung zur vorbeugenden Anwendung ist auf eine Aufenthaltsdauer von 28 Tagen und auf Personen mit einem Körpergewicht von mindestens 40 kg beschränkt, schließt also Langzeitreisende und Kinder vorerst aus.

Nach den Daten der klinischen Prüfung ist das Mittel sowohl gut wirksam als auch gut verträglich. Es hat es den

Vorteil einer raschen Bioverfügbarkeit und aufgrund des Atovaquon-Anteils einer Wirkung auch auf die Leberschizonten von *P. falciparum* in der präerythrozytären Phase. Die Einnahme braucht daher erst 1–2 Tage vor Betreten des Malariagebietes zu beginnen und kann bereits 7 Tagen nach Verlassen desselben enden.

Kontraindikationen sind schwere Lebererkrankungen und Niereninsuffizienz. Da ausreichende Daten bisher fehlen, sollte *Malarone*® während der Schwangerschaft und Stillzeit allenfalls nach strenger Risikoabwägung angewendet werden.

*Malarone*® kann auch für die notfallmäßige Selbstbehandlung (Stand-by-Therapie) eingesetzt werden.

Detaillierte Angaben erhält die Fachinformation des Herstellers. Zu beachten ist der vergleichsweise hohe Preis des Mittels.

An der Erarbeitung dieser Mitteilung war Herr Dr. K.-J. Volkmer, Buchholz/Nordheide, Mitarbeiter des Centrums für Reisemedizin, Düsseldorf, wesentlich beteiligt, dem wir sehr dafür danken.

## International Congress of Sexually Transmitted Infections, Berlin, Juni 2001: Zu Entwicklungstendenzen der Gonorrhoe, Syphilis und der HIV-Infektionen

Vom 24.–27. Juni 2001 fand in Berlin der International Congress of Sexually Transmitted Infections statt. Die Kurzfassungen der Kongressbeiträge wurden im *International Journal of STD & AIDS* (2001), 12, Suppl. 2 veröffentlicht. Nachfolgend ein erster Bericht zu ausgewählten Beiträgen:

Sexuell übertragbare Krankheiten (STD) spielen mit weltweit rund 340 Millionen Neuinfektionen pro Jahr eine erhebliche Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden, können eine Reihe von Folgekrankheiten nach sich ziehen und betreffen vor allem jüngere Menschen.

Eine Analyse der Weltsituation lässt erkennen, dass ihrer Bedeutung innerhalb der Medizin und der Gesellschaft vielfach nicht im erforderlichen Umfang entsprochen wird. Epidemiologische Daten sind schwierig zu erheben, deshalb oft lückenhaft und unzuverlässig; die medizinische Betreuung und Versorgung ist häufig ungenügend, auch die Prävention ist verbreitet unzureichend. Auf die sog. Entwicklungsländer, in denen die Inzidenz und die Prävalenz sexuell übertragbarer Infektionen teilweise um ein Vielfaches höher liegen, trifft dies sehr viel mehr zu als auf die Industriestaaten. Aber auch in den Industriestaaten, darunter auch in Deutschland, gibt es eine Reihe von Defiziten: epidemiologische Daten stehen nur ungenügend zur Verfügung, in der Diagnostik und der Therapie fehlten bisher einheitliche Standards und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Niedrigschwellige, nutzerfreundliche Angebote für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen zur gezielteren Diagnostik, Therapie, Betreuung und Prävention stehen weiterhin nicht ausreichend zur Verfügung. Die Prä-

vention in diesem Bereich wurde in den vergangenen Jahren sehr stark auf die Maßnahmen und Kampagnen zur HIV-Prävention konzentriert.

### Hinweise auf eine Zunahme von Gonorrhoe und Syphilis in verschiedenen Ländern

Aus mehreren Ländern wurde Datenmaterial vorgelegt, das eine Zunahme von bakteriellen sexuell übertragbaren Infektionen, insbesondere der Gonorrhoe und der Syphilis, erkennen lässt. In vielen dieser Länder ist die Zunahme auf homosexuelle Männer beschränkt oder bei diesen besonders ausgeprägt.

**Großbritannien:** Aus Großbritannien wird eine gleichzeitige Zunahme von STD bei Heterosexuellen und Homosexuellen berichtet, wobei bei den Heterosexuellen die immigrierten ethnischen Minoritäten besonders betroffen sind. Der Anstieg ist hier bereits seit 1994 zu beobachten,<sup>1,2</sup> von 1999 bis 2000 setzt er sich weiter fort, bei der **Gonorrhoe** beträgt er 27%, bei der **Syphilis** 55%. Der Anstieg fällt bei homosexuellen Männern deutlicher aus als bei Heterosexuellen (Gonorrhoe +45%, Syphilis +113%).<sup>3</sup> Eine laborgestützte Syphilis-Surveillance, durch die etwa 1/6 der Fälle erfasst werden, bestätigt einen laufenden Anstieg der vermutlich im Land erworbenen Fälle bei Männern von 5 im Jahr 1996 auf 65 im Jahr 2000 registrierte Fälle, die Zahl der Neudiagnosen bei Frauen schwankte in diesem Zeitraum auf einem niedrigeren Niveau. Zwei größere **Syphilis-Ausbrüche** im Raum **Manchester** (bisher 104 Fälle von

1999–2001, 87% davon bei homosexuellen Männern) und in **London** (Mitte 2001, 18 homosexuelle Männer, davon sind 15 zugleich HIV-positiv) sind noch aktuell. In Manchester wurde die Erfahrung gemacht, dass trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit in der lokalen Homosexuellenszene das Interesse an den angebotenen kostenlosen Screening-Untersuchungen gering blieb.

**Schweden:** Aus Schweden wird eine Zunahme der **Gonorrhoe** sowohl bei heterosexuellen Teenagern als auch bei homosexuellen Männern seit 1997 berichtet.<sup>4</sup>

**Dänemark:** In Dänemark stieg die Zahl der gemeldeten **Gonorrhoe** von 178 im Jahr 1996 auf 351 im Jahr 2000, das Verhältnis von Männern zu Frauen, das 1990 noch bei 1,3 lag, betrug im Jahr 2000 7,2, d. h. auf eine erkrankte Frau entfielen rund 7 erkrankte Männer. Am häufigsten wurde auch hier die urogenitale Gonorrhoe diagnostiziert. Nur relativ selten wurde bei den erkrankten Männern zusätzlich auch ein Rachenabstrich oder Rektalabstrich vorgenommen, dabei fielen 32% der Rachenabstriche und 54% der Rektalabstriche positiv aus (1999).

**Niederlande:** Im Unterschied zu einem landesweit rückläufigen Trend für die Gonorrhoe und die Syphilis bei Heterosexuellen steigt die Zahl der **Gonorrhoe**-Diagnosen bei homosexuellen Männern in Amsterdam seit 1998 an, für die **Syphilis** wurde 1996 ein vorübergehender Spitzenwert registriert, seit 1999 steigt bei den Syphilis-Fällen der Anteil der homosexuellen Männer an.

**USA:** In den USA wird im Rahmen eines STD-Sentinel-systems eine Zunahme der **Gonorrhoe** bei homosexuellen Männern in neun US-amerikanischen Großstädten registriert: der Anteil von Männern mit gleichgeschlechtlichen sexuellen Kontakten an den Gonorrhoe-Urethritis-Fällen stieg von 4,5% (1992) auf 13,2% (1999). Die Zahl der Fälle hat insgesamt deutlich zugenommen (1992–1994: 695, 1995–1999: 2.213). In San Francisco wird eine Zunahme von STD-Fällen bei Patienten beobachtet, die bereits eine AIDS-Diagnose haben: die Zahl der STD-Diagnosen in dieser Personengruppe stieg von 60 (0,66%) im Jahr 1995 auf 113 (1,32%) im Jahr 1998. 127 hatten zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose eine CD4-Zellzahl <200, 72 eine CD4-Zellzahl >200.<sup>6</sup>

Eine Zunahme von **Gonorrhoe bei HIV-Infizierten** in den USA wird auch im Rahmen des ASD (Multizentrisches Surveillance-Projekt, Analyse auf der Basis von 36.102 Fällen) registriert: bei homosexuellen Männern nahm die Zahl von 10 Fällen pro 1.000 Personenjahre im Jahr 1995 auf 14 Fälle pro 1000 Personenjahre im Jahr 1998 zu. Als Risikofaktoren erscheinen in dieser Studie das Alter (je jünger, desto höher die Inzidenz der Gonorrhoe), der Umstand, bisher noch nicht an AIDS erkrankt zu sein, und der kurz zurückliegende Konsum von *recreational drugs*.<sup>7</sup>

Über die diesbezügliche Situation in Deutschland wurde kürzlich ausführlich berichtet (s. *Epid. Bull.* 38/01: 287–291).

### Zum aktuellen Trend der HIV-Neuinfektionen

Die verbreitet registrierte Zunahme bakterieller sexuell übertragbarer Infektionen legt die Frage nahe, ob auch die HIV-Neuinfektionen ansteigen. Die zur exakten Beantwortung dieser Frage erforderlichen Daten stehen gegenwärtig nicht zur Verfügung. Einer der Gründe dafür ist, dass es nur wenige Studien gibt, die die HIV-Inzidenz direkt messen. Zu vermuten ist auch, dass ein Teil der Zunahme von HIV-Infektionsrisiken durch die verminderte Infektiosität von antiretroviral therapierten Infizierten kompensiert wird.<sup>8</sup> Der auf Grund einer Abnahme der Infektiosität eigentlich zu erwartende Rückgang von Neuinfektionen könnte dann durch eine Zunahme von Neuinfektionen auf Grund höheren Risikoverhaltens ausgeglichen werden, ohne dass sich an den absoluten Zahlen erkennbar etwas verändert.

Schließlich ist zu bedenken, dass z. B. Gonorrhoe und Syphilis auch bei ungeschütztem Oralverkehr und anal-oralen Kontakten übertragen werden können, Praktiken, denen im Hinblick auf HIV-Transmissionen nur eine geringe Rolle zugesprochen wird.

In einzelnen Untersuchungen wird ein statistischer Zusammenhang zwischen genitaler Gonorrhoe und ungeschütztem insertivem Oralverkehr sowie zwischen rektaler Gonorrhoe und rezeptivem anal-oralem Verkehr gesehen. Beide Praktiken werden deutlich häufiger ausgeübt als ungeschützter Analverkehr. Bei einer Untersuchung in britischen STD-Kliniken gaben z. B. 90% der befragten homosexuellen Männer ungeschützten insertiven oder rezeptiven Oralverkehr im vorangegangenen Monat an, 50% ungeschützte oral-anale Kontakte und 22% ungeschützten Analverkehr. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Veränderungen des Sexualverhaltens zum Schutz vor einer HIV-Infektion dazu führen, dass Übertragungswege, die früher seltener waren oder auf die weniger geachtet wurde, für die Übertragung von STD in bestimmten Gruppen, wie z. B. homosexuellen Männern, eine größere Bedeutung erlangt haben.<sup>9</sup> – Ob sich das Testverhalten ändert und potenziell Infizierte angesichts eines jetzt späteren Therapiebeginns auch die HIV-Testung eher hinauszögern, bleibt derzeit offen. Das würde seinen Ausdruck in einem zeitlich verzögerten Ansteigen von HIV-Diagnosen finden. Es gibt also mehrere Gründe, warum eine Zunahme von Risikoverhalten sich nicht unbedingt zeitgleich in einem Anstieg von HIV-Neuinfektionen widerspiegeln muss.

Allerdings gibt es einige **Hinweise auf einen Anstieg von HIV-Neuinfektionen:**

**USA/San Francisco:** Bei homosexuellen Männern in San Francisco, die wiederholt einen HIV-Test durchführten, verdoppelte sich die HIV-Neudiagnoserate von 1,04% (1997) auf 2,2% (2000).<sup>10</sup>

**Spanien/Madrid:** In einer offenen Kohorte von homosexuellen Männern in Madrid, die in der größten Test- und Beratungsstelle wiederholt einen HIV-Test machen ließen, stieg die HIV-Inzidenz ebenfalls von 1,1/100 Personenjahre (1995/96) auf 2,2/100 Personenjahre (2000).<sup>11</sup>

**Kanada/Vancouver:** In einer kanadischen Kohortenstudie junger homosexueller Männer (*Vancouver Vanguard Project*) stieg die HIV-Inzidenz bei nicht drogeninjizierenden Teilnehmern von durchschnittlich 0,6/100 Personenjahre in den Jahren 1995–1999 auf 3,7/100 Personenjahre im Jahr 2000. 10 von 17 Neuinfektionen in dieser Gruppe in den Jahren 1995–2000 fanden im Jahre 2000 statt.<sup>12</sup>

**Großbritannien:** Die Zahl der HIV-Neudiagnosen in Großbritannien stieg von 1999 bis 2000 um fast 20 %, bei Heterosexuellen (Migranten?) von 1.312 auf 1.746, bei homosexuellen Männern von 1.208 auf 1.375.<sup>3</sup>

#### Zur Zunahme sexuellen Risikoverhaltens bei HIV-Infizierten im Kontext der Zunahme von STD

In der bisher hierzu publizierten Literatur findet sich eine Reihe möglicher Erklärungen für die Zunahme von Risikoverhalten bzw. eines damit verbundenen Anstieges sexuell übertragbarer Infektionen bei HIV-Infizierten:

- ▶ Intensität und Reichweite der medialen AIDS-Präventionsbotschaften sind zurückgegangen,
- ▶ die Pharmawerbung verstärkt den Therapieoptimismus,
- ▶ wiederholt negative Testergebnisse führen bei Personen mit Risikoverhalten zu größerem Leichtsinns,<sup>13</sup>
- ▶ der Wegfall von Therapien und Prophylaxen gegen opportunistische Infektionen, die bisher gleichzeitig einen gewissen Schutz vor STD vermittelt hatten, verringert diesen Bystander-Effekt,<sup>14</sup>
- ▶ die Therapie verbessert bei HIV-Infizierten den Gesundheitszustand und verlängert die Überlebenszeit, so dass ein ›normales‹ Sexualleben wieder aufgenommen oder fortgeführt werden kann (im Allgemeinen werden höhere STD-Inzidenzen bei HIV-positiven als bei HIV-negativen homosexuellen Männern beobachtet).

Aus den Niederlanden wurde mitgeteilt, dass es nach erfolgreicher Viruslastsenkung bei HIV-Positiven zu einer Zunahme von ungeschütztem Verkehr vor allem mit nicht-festen Partnern kam.<sup>15</sup> In England verzichteten antiretroviral therapierte HIV-Infizierte im Zusammenhang mit medikamentenbedingten sexuellen Funktionsstörungen häufiger auf das Kondom.<sup>16</sup>

Für den überproportional hohen Anteil von HIV-Positiven unter den STD-Patienten könnte eine schnelle Ausbreitung von Gonorrhoe und Syphilis in kleinen, besonders ›unsafem‹ Core-groups (sog. *barebacking*) mit verantwortlich sein.

Gemeinsame Basis der aufgeführten Erklärungsansätze ist der Bedeutungswandel von AIDS von einer tödlichen Bedrohung in Richtung auf eine behandelbare chronische Krankheit.

Patentrezepte, wie auf diesen Bedeutungswandel präventiv reagiert werden könnte, gibt es vorerst nicht. Neben einer Wiederauffrischung der HIV-Prävention sollte auch an einer Integration von HIV- und STD-Prävention gearbeitet werden. Eine Verbesserung des Angebots und der Zugänglichkeit von STD-Untersuchungs-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen ist sicher nicht nur für Ent-

wicklungsländer und Osteuropa, sondern auch für die westlichen Industriestaaten ein unverzichtbarer Baustein für die langfristige HIV/AIDS-Prävention.

Kongressbericht aus dem FG 23/Zentrum für Infektionsepidemiologie des RKI. Ansprechpartner ist Herr Dr. U. Marcus (E-Mail: MarcusU@rki.de).

1. Martin IMC, Ison CA, et al.: Rise in gonorrhoea in London, UK. *Lancet* 2000; 355: 623
2. Fenton KA, Rogers PA, et al./Browning MR, Blackwell AL, Joynson DHM/ Donovan B, Bodsworth NJ, et al.: Increasing gonorrhoea reports – not only in London. *Lancet* 2000; 355: 1907–1909
3. Eurosurveillance Weekly: Diagnoses of gonorrhoea in England and Wales at their highest for 13 years. *Eurosurveillance Weekly* 2001; 5 (31)
4. Berglund T, Fredlund H, Giesecke J: Epidemiology of the reemergence of gonorrhoea in Sweden. *Sex Transm Dis* 2001; 28: 111–114
5. Fox KK, del Rio C, Holmes KK, Hook EW, et al.: Gonorrhoea in the HIV era: A reversal in trends among men who have sex with men. *Am J Pub Health* 2001; 91: 959–964
6. Scheer S, Lee Chu P, Klausner JD, Katz MH, Schwarcz SK: Effect of highly antiretroviral therapy on diagnoses of sexually transmitted diseases in people with AIDS. *Lancet* 2001; 357: 432–435
7. Do AN, Hanson DL, Dworkin MS, Jones JL, et al.: Risk factors for and trends in gonorrhoea incidence among persons infected with HIV in the United States. *AIDS* 2001; 15: 1149–1155
8. Law MG, Prestage G, Grulich A, et al.: Modelling the effect of combination antiretroviral treatments on HIV incidence. *AIDS* 2001; 15: 1287–1294
9. Benn P, Carder C, Rooney G, et al.: The sexual behaviour of homosexual men in relation to the prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. *Int J STD & AIDS* 2001; 12 (Suppl 2): 53
10. *BMJ* 2001; 322: 260
11. del Romero J, Castilla J, García S, et al.: Time trend in incidence of HIV seroconversion among homosexual men repeatedly tested in Madrid, 1988–2000. *AIDS* 2001; 15: 1319–1321
12. Hogg RS, Weber AE, Chan K, et al.: Increasing incidence of HIV infections among young gay and bisexual men in Vancouver. *AIDS* 2001; 15: 1321–1322
13. Elford J, Leaty S, Lampe F, et al.: Incidence of HIV infection among gay men in a London HIV testing clinic, 1997–1998. *AIDS* 2001; 15: 650–652
14. Medland N: Correspondence: Sexually transmitted diseases in HIV-1 infected patients. *Lancet* 2001; 357: 1533
15. Dukers NHTM, et al.: Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS* 2001; 15: 369–378
16. Imrie J, Davis MD, Black S, et al.: Meeting the sexual health needs of HIV-seropositive gay men is a pre-requisite to developing the next generation of prevention strategies. *Int J STD & AIDS* 2001; 12(Suppl 2): 51

#### Jahresfortbildungsveranstaltung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

**Termin:** 13.–15. März 2002

**Ort:** Hörsaal des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Diederichs-Weg 1, 12277 Berlin

**Veranstalter:** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln; Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Langen; Robert Koch-Institut (RKI), Berlin; Umweltbundesamt (UBA), Berlin

**Rahmenthemen:** Kindergesundheit; Infektionsschutz; lebensmittelbedingte Erkrankungen; Pilze als Krankheitserreger

#### Anmeldung:

Robert Koch-Institut, Pressestelle, Frau Claudia Eitner  
 Nordufer 20, 13353 Berlin  
 Fax: 01888.754–2265, E-Mail: presse@rki.de

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos.