



Epidemiologisches Bulletin

28. Oktober 2005 / Nr. 43

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Welt-Poliomyelitistag 2005:

Ziel der globalen Eradikation in die Ferne gerückt

Am 28. Oktober ist Welt-Poliotag. An diesem Tag richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Situation bei der Poliomyelitis – der spinalen Kinderlähmung – einer Infektionskrankheit, deren einziges Erregerreservoir der Mensch ist und die durch eine Schutzimpfung wirksam verhindert werden kann.

Nach der Eradikation der Pocken im Jahr 1980 hat sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel gesetzt, auch die Polio weltweit zu eradizieren. Als Termin hierfür war zunächst das Jahr 2000 angestrebt worden und es waren im Zusammenhang mit massiven Impfkampagnen weltweit große Fortschritte erzielt worden. So konnten bis zum Ende des Jahres 2004 bereits drei von sechs WHO-Regionen als „polio-frei“ zertifiziert werden: Amerika – seit dem Jahr 1994, Westpazifik – seit 2000 – und Europa – seit 2002 („Polio-frei“ bedeutet, dass ein Land über drei Jahre keine Zirkulation von Wildviren stattgefunden hat). Dennoch konnte die Polio-eradikation auch nach einer Verschiebung des Zieldatums bisher nicht erreicht werden. Ob es möglich sein wird, die von der WHO angestrebte Unterbrechung der Zirkulation der Wildviren noch in diesem Jahr zu erreichen, scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht realistisch.

Die derzeitige Situation bei der Polio spiegelt deutlich die Probleme in der Endphase der Eradikation einer Krankheit wider. Diese waren zunächst im Jahr 2002 im Rahmen eines großen Ausbruchs mit 1.600 diagnostizierten Erkrankungen in Indien aufgetreten. Durch eingehende Impfbemühungen konnte dieser Ausbruch unter Kontrolle gebracht werden, so dass aus Indien bis Oktober 2005 nur 43 Erkrankungsfälle gemeldet wurden. Ein weiterer größerer Ausbruch ereignete sich im Jahr 2003 (355 Erkrankungsfälle) im Norden Nigerias, wo zuvor aus politisch-religiösen Gründen Polio-Impfungen über ein Jahr ausgesetzt worden waren. Im Jahr 2004 wurden in Nigeria 782 Erkrankungen registriert, auch 2005 sind die Erkrankungszahlen nicht eindeutig rückläufig (522 Fälle). Ausgehend von diesem Geschehen wurde die Polio in 17 vormals „Polio-freie“ Länder re-importiert. Drei davon Saudi-Arabien, Jemen und Indonesien liegen außerhalb Afrikas (s. a. *Epid. Bull.* 27/2005). Seit dem Auftreten der Polio im Jemen und in Indonesien im April 2005 wurden dort bisher 473 bzw. 278 Polio-Fälle registriert. Insgesamt wurden im Jahr 2005 weltweit 1.414 Polio-Fälle (2004: 1.255) gemeldet, wobei die Anzahl der aus vormals „Polio-freien“ Ländern gemeldeten Fälle höher ist, als die aus den bekannten endemischen Ländern – Ägypten, Afghanistan, Indien, Niger, Nigeria, Pakistan. Datenstand der Angaben für das Jahr 2005 ist der 26.10. (Quelle: www.who.int).

In **Deutschland** trat der letzte autochthone Polio-Fall 1990 auf, der letzte importierte Fall wurde 1992 registriert. Die hier erreichte Poliofreiheit muss weiterhin durch einen **hohen Durchimpfungsgrad der Bevölkerung** gegen Poliomyelitis aufrecht erhalten werden (s. hierzu Empfehlungen der STIKO *Epid. Bull.* 30/2005), denn ansonsten besteht die Gefahr von Importen und nachfolgender Re-Zirkulation von Wildviren. Insbesondere vor geplanten Aufenthalten in endemischen Gebieten sollte der Polio-Impfstatus bei einer reisemedizinischen Beratung immer überprüft werden. Auch die **Surveillance der Poliomyelitis** die zum Einen auf einer virologischen Surveillance der zirkulierenden Enteroviren und zum andern auf der AFP-Surveillance (*Acute Flaccid Paralysis*) basiert, ist ein wichtiges Instrument zur Aufrechterhaltung der „Polio-Freiheit“.

Diese Woche

43/2005

Poliomyelitis:

Zum Welt-Poliomyelitistag

Sexuell übertragbare Krankheiten:

Situationsbericht mit Schwerpunkt Syphilis und genitale Chlamydien-Infektionen auf der Basis von Sentineldaten

Genitale Chlamydien-Infektionen:

Bericht über eine Podiumsdiskussion zum Screening

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

40. Woche 2005

(Stand: 26. Oktober 2005)

Influenza:

Zur aktuellen Situation

Aviäre Influenza:

Update



Im Rahmen der AFP-Surveillance werden Symptom-zentriert Daten zu akut auftretenden schlaffen Lähmungen der Extremitäten (unabhängig von der Verdachtsdiagnose) bei Kindern < 15 Jahren zentral erfasst und durch das Ergebnis der Untersuchung zweier Stuhlproben auf Entero/Polioviren ergänzt.

Der für eine qualitativ hochwertige AFP-Surveillance von der WHO geforderte Wert von 1 AFP-Fall pro 100.000 Kinder unter 15 Jahren wird in Deutschland bisher nicht erreicht. Bundesweit wurden beispielsweise im Jahr 2005 bis Anfang Oktober nur 54 anstelle der zu erwartenden 93 AFP-Fälle registriert. Um zukünftig die Vorgaben der WHO zu erfüllen, sind weiter intensive Anstrengungen erforderlich. Insbesondere an Kinder- und Neurologischen

Kliniken tätige Ärzte werden daher gebeten, sich auch weiterhin engagiert an der AFP-Surveillance zu beteiligen.

Ergänzend zur AFP-Surveillance wurde von der **Nationalen Kommission für die Polioeradikation in der Bundesrepublik Deutschland** in Kooperation mit dem **NRZ Poliomyelitis und Enteroviren am RKI** ein alternatives Überwachungssystem aufgebaut, das auf einer Enterovirus-Diagnostik bei akuten viralen Meningitiden/Encephalitiden basiert. Die Pilotphase dieses Projekts hat gerade begonnen.

Weitere Informationen zum Thema unter: <http://www.apps.nlga.niedersachsen.de/polio/> und www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z.

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland:

Sexuell übertragbare Krankheiten (STDs) – Sentineldaten des RKI von Januar 2003 bis Juni 2005

Mit Ausnahme von HIV und Syphilis unterliegen sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) in Deutschland keiner Meldepflicht. STDs wie *Chlamydia trachomatis* und Gonorrhö können jedoch bei den Betroffenen zu schweren Folgeerkrankungen bis hin zur Unfruchtbarkeit führen und hohe Kosten in der Gesundheitsversorgung verursachen (s. Beitrag zum Chlamydien-Screening S. 399). Andere STDs wie Syphilis erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission. Wegen der Bedeutung der STDs ist es wichtig, Daten zu Erkrankungszahlen von STDs zu erheben. Ende des Jahres 2002 wurde ein bundesweites Sentinel-System zu STDs aufgebaut (s. *Epid. Bull.* 1/2004), um die epidemiologische Situation der STDs in Deutschland einschätzen zu können.

Ziele des STD-Sentinels sind

- ▶ die Erfassung der absoluten und relativen Häufigkeit der wichtigsten STDs,
- ▶ die Beschreibung der STD-Patienten nach demographischen Merkmalen,
- ▶ die schnelle Erkennung von epidemiologischen Trends – „Feuermelderfunktion“ – sowie
- ▶ die Identifikation von besonders gefährdeten Gruppen und von Risikoverhalten.

Ein wichtiger Bestandteil des Sentinels ist die Erhebung von Daten zu sexuellem Verhalten von den Betroffenen selbst.

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die im Rahmen des STD-Sentinels erhobenen STDs im Zeitraum von Januar 2003 bis Juni 2005 (2,5 Jahre). Trends in der Anzahl der Untersuchungen und „positiven Befunde“ (positive Labornachweise) werden dargestellt und die HIV- und Syphilis-Fälle aus dem Sentinel mit den nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhobenen Meldedaten verglichen. Dabei liegt der Schwerpunkt bei Besonderheiten der Syphilis- und Chlamydien-Infektionen.

Methoden des STD-Sentinels

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 sowie HIV-Schwerpunktpraxen).

An der Sentinel-Erhebung sind zurzeit insgesamt 259 Einrichtungen beteiligt: 60 Gesundheitsämter, 13 Fachambulanzen und 186 Praxen in 116 Städten.

Datenerhebung: Im STD-Sentinel werden die Daten zu STDs wie Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis und HIV über **Diagnosebögen** erhoben. Auf dem Diagnosebogen werden die demographischen Merkmale des Patienten, der

Anzahl der Untersuchungen

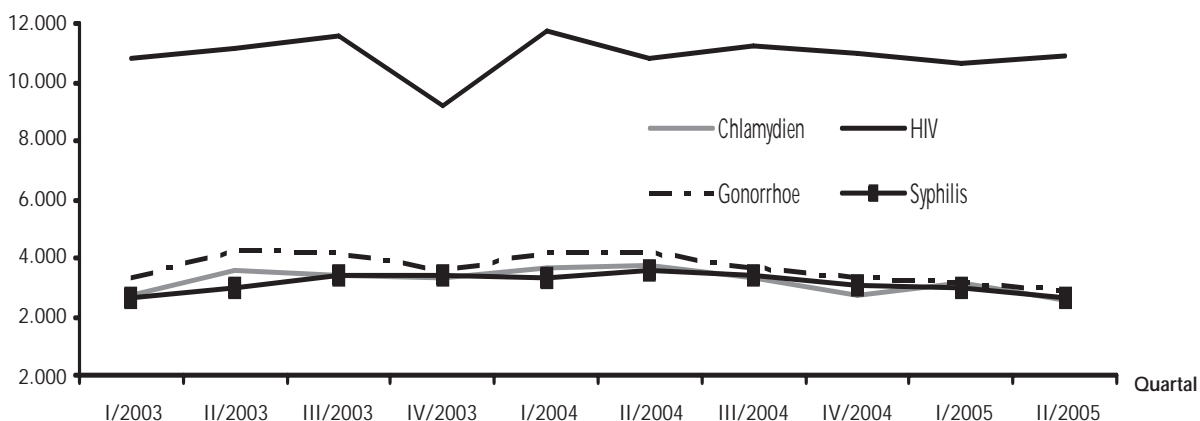


Abb. 1: Anzahl der Untersuchungen auf HIV- und Chlamydien-Infektionen sowie Gonorrhoe und Syphilis pro Quartal in den Sentinel-Einrichtungen, 1. Quartal 2003–2. Quartal 2005 (n=209.464)

mögliche Übertragungsweg, die STD-Anamnese und die Diagnose von den Sentinel-Ärzten eingetragen. Patienten werden mittels eines anonymen Fragebogens – **Patientenbögen** – zum Infektionsweg, Sexualverhalten, Bildungsstand sowie Migrationshintergrund befragt. Am Ende des Monats bzw. Quartals wird die Anzahl der betreuten Personen, die Anzahl durchgeführter Untersuchungen und die Anzahl positiver Resultate zusammengefasst und an das Robert Koch-Institut weitergegeben.

Die **datenschutzrechtlichen Fragen** der Erhebung wurden im Vorfeld mit dem Bundesbeauftragten und den Landesbeauftragten für Datenschutz abgestimmt. Die Meldungen erfolgen anonymisiert, daher ist eine Rückverfolgung zum Patienten nach Eingabe der Daten nicht möglich. Die Patientenbögen werden – wenn möglich – von den Patienten selbst ausgefüllt und an das RKI gesendet. Diagnose- und Patientenfragebögen werden anhand einer von der Sentinel-Einrichtung vergebenen Referenznummer einander zugeordnet. Diese Nummer wird anschließend vernichtet. Datensätze können daher auch nicht mehr einzelnen Einrichtungen zugeordnet werden.

Analyse der Daten: Nach einer Plausibilitätsprüfung erfolgt die deskriptive Analyse der Daten. Die Erkrankungsfälle wurden nach Alter, Geschlecht, vermuteten Infektionsweg und sexuellen Verhalten analysiert. Zur Darstellung der zeitlichen Trends wurden Zahlen aus den Monats- und Quartalsbögen verwendet. Die Charakteristika der durch das STD-Sentinel berichteten Syphilis-Patienten wurden mit den nach § 7 Abs. 3 IfSG gewonnenen Syphilis-Meldungen verglichen. Zusätzlich wurden Patienten, bei denen HIV und Syphilis gleichzeitig diagnostiziert wurde, mit Syphilis-Patienten, die nicht als HIV-positiv bekannt waren, verglichen. Bei Chlamydien-Patienten wurde ein Vergleich zwischen Männern und Frauen angestellt. Chlamydien- und Syphilis-Patienten wurden hinsichtlich ihres sexuellen Verhaltens verglichen.

Die Methoden wurden ausführlicher bereits an anderer Stelle beschrieben.¹

Ergebnisse

Im Zeitraum zwischen 1. Januar 2003 und 30. Juni 2005 wurden 2.118 Monats- bzw. Quartalsbögen an das RKI gesendet. Laut den teilnehmenden Sentinel-Einrichtungen wurden in diesem Zeitraum insgesamt knapp 199.000 Klienten betreut. Davon waren 43,6% Männer. Insgesamt 69,2% der Klienten wurden in Gesundheitsämtern betreut. Die Anzahl der eingesendeten Diagnosebögen betrug 4.383. Dabei wurde in 1.095 (25,0%) Fällen über eine Chlamydien-Infektion und in 769 (17,5%) Fällen über eine

Syphilis-Infektion berichtet. Von 1.554 (35,5%) Patienten lagen Patientenbögen für die Auswertungen vor.

Trends

Die Zahl der von allen Einrichtungen untersuchten Klienten pro Quartal stieg zwischen dem 1. Quartal und dem 4. Quartal 2003 von 19.407 auf 23.325, d.h. um 20,2%, an und sank bis zum 2. Quartal 2005 um 7,6% gegenüber dem Ausgangswert auf 17.927 ab. In der Abbildung 1 ist die Gesamtanzahl der Untersuchungen pro Quartal zu sehen. Mit durchschnittlich 10.900 Untersuchungen pro Quartal werden weitaus häufiger HIV-Tests als andere Untersuchungen durchgeführt. Pro Quartal wurden durchschnittlich 3.326 Chlamydien-, 3.671 Gonorrhoe-, 3.148 Syphilis- und 3.035 Trichomonas-Untersuchungen durchgeführt.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der positiven Befunde pro 1.000 Klienten im gleichen Zeitraum. Chlamydien-Infektionen wurden häufiger als andere Diagnosen übermittelt. Im 2. und 3. Quartal des Jahres 2003 war die Anzahl der mitgeteilten Chlamydien-Diagnosen pro 1.000 Klienten am höchsten. Seit Anfang des Jahres 2004 steigt die Anzahl der Chlamydien-Diagnosen wieder langsam an. Die Anzahl der uns übermittelten HIV-, Gonorrhoe- und Syphilis-Diagnosen blieb weitgehend stabil.

Vergleich mit Meldedaten

Zwischen Januar 2003 und Juni 2005 wurden 912 HIV-Infektionen über das STD-Sentinel erfasst. Das entspricht einem Anteil von durchschnittlich 19,5% der HIV-Meldungen nach § 7 Abs. 3 IfSG. HIV-Patienten haben ein medianes Alter von 33 (Sentinel) bzw. 34 Jahren (Meldedaten). Der Anteil der Männer war 79,1% bei den HIV-Meldungen und 83,5% im STD-Sentinel ähnlich hoch. Bei den Meldedaten war der Anteil der nicht-deutschen Patienten (50,4%) höher als im STD-Sentinel (36,3%), jedoch waren bei den Meldedaten nur in 77% der Fälle Angaben zum Herkunftsland vorhanden. Sex zwischen Männern (MSM) als möglicher Übertragungsweg wurde für 63,8% der Sentinel-Fälle angegeben, bei den Meldedaten waren es 46,2%. In

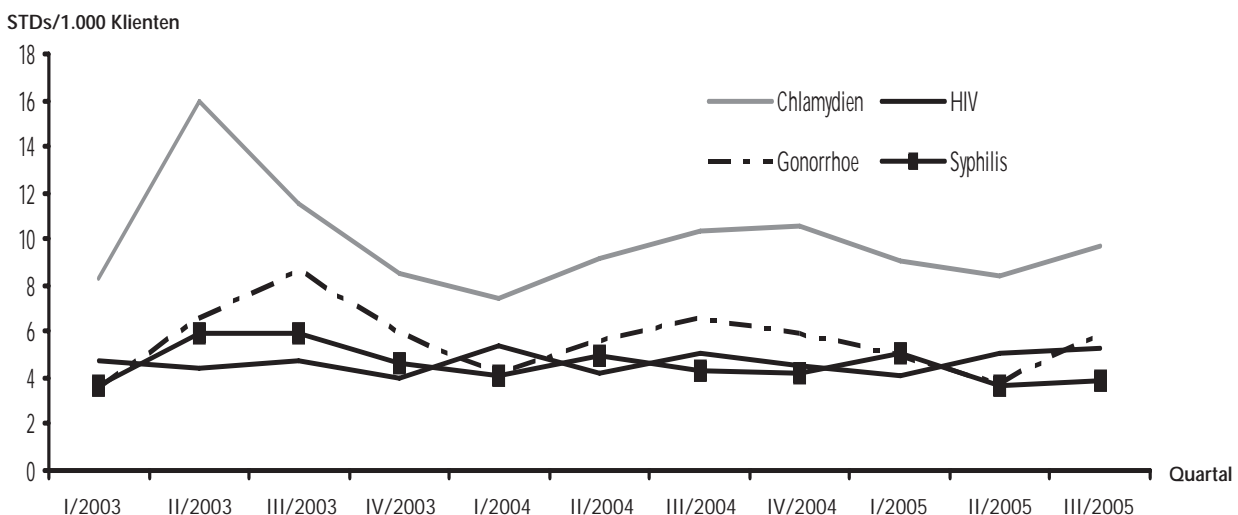


Abb. 2: Anzahl der positiven HIV-, Chlamydien-, Gonorrhoe und Syphilis-Befunde pro 1.000 Klienten, 1. Quartal 2003–2. Quartal 2005

	Männer n=657	Frauen n=112
Medianes Alter in Jahren	36	32 [#]
Möglicher Übertragungsweg		
Männer, die Sex mit Männern hatten (%)	531 (80,8)	-
Heterosexuelle Kontakte – ohne Prostitution (%)	47 (7,2)	23 (20,5)
Ausübung von Prostitution (%)	16 (2,4)	72 (64,3)
Patienten nicht-deutscher Herkunft (%)	116 (17,7)	88 (78,6) [*]
Davon aus Osteuropa (%)	15 (12,9)	39 (44,3) [*]
Patienten mit STD in der Vorgeschichte (%)	250 (38,1)	19 (17,0) [*]
Davon Syphilis innerhalb letzten 12 Monate (%)	65 (26,0)	5 (26,3)
Patienten mit bekannter HIV-Infektion (%)	227 (34,6)	2 (1,8)
Syphilis-Stadium der Patienten bei Diagnose		
Primärstadium (%)	181 (27,5)	6 (5,4)
Sekundärstadium/Latenzstadium (%)	461 (70,2)	105 (93,8) [*]
Klinischer Verdacht auf oder laborbestätigte Neurosyphilis (%)	15 (2,3)	1 (0,8)

* Chi-Quadrat-Test; p<0,01; # Mann-Whitney-Test; p=0,03

Tab. 1: Charakteristika der durch das STD-Sentinel übermittelten Syphilis-Patienten, 1. Quartal 2003–2. Quartal 2005 (n=769)

6,7% der Fälle aus den Meldedaten waren keine Informationen zum möglichen Übertragungsweg vorhanden.

Durchschnittlich wurden 11,3% der **Syphilis-Meldungen** auch über das STD-Sentinel erfasst. Syphilis-Patienten haben ein medianes Alter von 36 (Sentinel) bzw. 37 Jahren (Meldedaten). Mit 85,4% und 90,1% ist der Anteil an Männern bei Syphilis-Patienten in beiden Erfassungssystemen ähnlich hoch. Im STD-Sentinel war der Anteil der nicht-deutschen Patienten (26,4%) höher als in den Meldedaten (13,2%), jedoch waren bei den Meldedaten nur in 64% der Fälle Angaben zum Herkunftsland vorhanden. Im Sentinel waren in 80,8% der Fälle MSM, bei den Meldedaten waren es 52,2%. Bei den Meldedaten waren in 24% der Fälle keine Informationen zum möglichen Übertragungsweg vorhanden.

Syphilis

Vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2005 wurden an das Robert Koch-Institut Berichte von 769 Patienten mit Syphilis-Infektionen zugesandt. Die Charakteristika der durch das STD-Sentinel einzeln übermittelten Syphilis-Patienten

	Männer n=395	Frauen n=700
Medianes Alter in Jahren	32	25 [#]
Möglicher Übertragungsweg		
Männer, die Sex mit Männern hatten (%)	149 (37,7)	-
Heterosexuelle Kontakte – ohne Prostitut. (%)	163 (41,3)	180 (25,7)
Ausübung von Prostitution (%)	18 (4,6)	455 (65,0)
Patienten nicht-deutscher Herkunft (%)	113 (28,6)	425 (60,7) [*]
Davon aus Zentraleuropa (%)	29 (25,7)	160 (37,6)
Patienten mit STD in der Vorgeschichte (%)	122 (30,9)	133 (19,1) [*]
Davon Chlamydien innerhalb letzten 12 Monate (%)	22 (18,0)	32 (24,1)
Patienten mit bekannter HIV-Infektion (%)	45 (11,2)	2 (1,8)

* Chi-Quadrat-Test; p<0,01; # Mann-Whitney-Test; p<0,001

Tab. 3: Charakteristika der durch das STD-Sentinel übermittelten Chlamydien-Patienten, 1. Quartal 2003–2. Quartal 2005 (n=1.095)

	Syphilis-Patienten	
	Ko-Infizierte n=69	Keine HIV-Inf. bekannt n=471
Anzahl Männer (%)	68 (98,6)	362 (76,9) [*]
Medianes Alter in Jahren	36	35
Möglicher Übertragungsweg		
Männer, die Sex mit Männern hatten (%)	60 (87,0)	257 (54,6) [*]
Ausübung von Prostitution (%)	2 (2,9)	84 (17,8)
Patienten nicht-deutscher Herkunft (%)	19 (27,5)	160 (34,0)
Patienten mit STD in der Vorgeschichte (%)	28 (40,6)	121 (25,7) ⁺
Davon Syphilis innerhalb letzten 12 Monate (%)	11 (15,9)	30 (6,4) [*]

* Chi-Quadrat-Test; p<0,01; + Chi-Quadrat-Test; p=0,01

Tab. 2: Vergleich der Patienten, bei denen gleichzeitig Syphilis und HIV festgestellt wurde (Ko-Infizierte) mit Syphilis-Patienten, die nicht als HIV-positiv bekannt waren, 1. Quartal 2003–2. Quartal 2005 (n=540)

sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Männer waren häufiger als Frauen deutscher Herkunft und hatten häufiger eine Syphilis-Infektion in der Vorgeschichte. Zum Zeitpunkt ihrer Syphilis-Diagnose waren 34,1% der Männer bereits HIV-positiv. Männliche Syphilis-Patienten wurden häufiger als Frauen im Primärstadium diagnostiziert.

Bei 69 Patienten wurde gleichzeitig eine HIV- und Syphilis-Infektion festgestellt (Ko-Infizierte). Beim Vergleich der ko-infizierten Patienten mit Syphilis-Patienten, die nicht als HIV-positiv bekannt waren (n=471), zeigte sich, dass ko-infizierte Patienten fast ausschließlich MSM waren (siehe Tabelle 2). Ko-infizierte Patienten wiesen zudem häufiger bereits eine STD in der Vorgeschichte auf.

Genitale Chlamydien-Infektionen

Vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2005 wurden an das Robert Koch-Institut Berichte von 1.095 Patienten mit Chlamydien-Infektionen zugesandt. 700 (63,9%) der durch das STD-Sentinel einzeln übermittelten Chlamydien-Patienten waren Frauen. Die Charakteristika der Chlamydien-Patienten sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Der Altersmedian betrug 27 Jahren (Spannbreite 13–79

	Syphilis-Patienten n=292	Chlamydien-Patienten n=456
Feste Partnerschaft (%)	146 (50,0)	265 (58,1) [*]
Mediane Anzahl Partner (Mittelwert)	4 (11)	3 (30)
Infektionsland Deutschland (%)	239 (81,8)	379 (83,1)
Mögliche Infektionsquelle (Mehrfachantworten möglich)		
Fester Partner (%)	45 (15,4)	124 (27,2)
Andere Partner (%)	192 (65,8)	177 (38,8)
Freier (%)	13 (4,5)	79 (17,3)
„Immer“ Kondome gebraucht		
Mit festen Partnern (%)	48 (16,4)	50 (11,0)
Mit anderen Partnern inkl. Freier (%)	77 (26,4)	139 (30,5)

* Chi-Quadrat-Test; p<0,01

Tab. 4: Sexuelles Verhalten von Chlamydien- und Syphilis-Patienten nach Angaben im Patientenfragebogen, 1. Quartal 2003–2. Quartal 2005 (n=748)

Jahre). Die Frauen waren durchschnittlich jünger als Männer und häufiger nicht-deutscher Herkunft. Als wahrscheinlicher Infektionsweg wurden bei Männern heterosexuelle Kontakte, bei Frauen Ausübung von Sexarbeit am häufigsten angegeben.

Sexuelles Verhalten der Syphilis- und Chlamydien-Patienten

Insgesamt füllten 292 (38,0%) Syphilis- und 456 (41,6%) Chlamydien-Patienten den Patientenfragebogen aus. Mehr Chlamydien- als Syphilis-Patienten gaben an, in einer festen Partnerschaft zu sein. In beiden Gruppen wurde eine mediane Partnerzahl von vier bzw. drei Partnern innerhalb der letzten 6 Monate angegeben. Der überwiegende Teil der Patienten gab Deutschland als Infektionsland an. Syphilis-Patienten gaben häufiger an, sich durch andere als ihren festen Partner infiziert zu haben als Chlamydien-Patienten, die häufiger feste Partner oder Freier als Ansteckungsquelle angaben. Der Kondomgebrauch bei festen und anderen Partnern lag in beiden Gruppen jeweils unter 20% bzw. 30%.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des STD-Sentinel verdeutlichen, dass STDs keine seltenen Erkrankungen sind. Der Abgleich mit den Meldedaten zeigt, dass durch das STD-Sentinel ca. 10–20% der gemeldeten HIV- und Syphilis-Infektionen erfasst werden. Obwohl die durch das Sentinel und das Meldesystem erfassten HIV- und Syphilis-Patienten ähnliche Charakteristika aufweisen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die durch das STD-Sentinel erfassten Daten repräsentativ für Deutschland sind. Am STD-Sentinel sind nur verhältnismäßig wenige Einrichtungen beteiligt und die Gesundheitsämter sind dabei relativ überrepräsentiert. Daher muss man davon ausgehen, dass vor allem STDs wie Chlamydien-Infektionen, die vorwiegend im niedergelassenen Bereich (Arztpraxen) diagnostiziert werden, im STD-Sentinel untererfasst sind. Die dargestellten Trends können daher nur mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch waren Chlamydien-Infektionen die am häufigsten berichtete Diagnose.

Die Sentinel-Daten belegen erneut einen besorgniserregend hohen Anteil von bereits als HIV-positiv bekannten Syphilis-Patienten, sowie Patienten, bei denen gleichzeitig eine HIV- und Syphilis-Infektion diagnostiziert wurde. Hier zeigt sich, dass beim Vorliegen einer STD immer

auch das mögliche Vorliegen von Doppeltinfektionen in Betracht gezogen werden sollte. Zugleich fällt auf, dass die Erkrankung nur bei einer Minderheit der Syphilis-Patienten bereits im Primärstadium diagnostiziert wird. Dies könnte ein Hinweis auf eine mögliche Rolle der Syphilis bei dem beobachteten Anstieg der HIV-Infektionen unter MSM durch eine Verstärkung der HIV-Transmission sein.²

Sowohl Syphilis- als auch Chlamydien-Patienten gaben selten an, immer Kondome zu nutzen und viele hatten bereits eine STD in der Vorgeschichte. Das ist bedenklich, da Kondome nachweislich auch gegen Chlamydien-Infektionen schützen.³ Hier ist ein Bedarf für verstärkte Aufklärungsmaßnahmen gegeben. Um jedoch Trends und die Effektivität von Interventionen wie Aufklärungskampagnen zuverlässig beurteilen zu können, ist es besonders in Bezug auf Chlamydien von großer Bedeutung, repräsentative Daten zu haben, die eine Schätzung der Inzidenz erlauben.

Der Vergleich mit den Syphilis- und HIV-Meldezahlen spiegelt wieder, dass im STD-Sentinel Risikogruppen für STDs, wie MSM, Prostituierte und Migrant/innen überrepräsentiert sind. Daher ist das STD-Sentinel in erster Linie als Messinstrument für Gruppen mit hohem Risiko anzusehen. Zudem liefert das STD-Sentinel wichtige Erkenntnisse aus den von den Patienten erhobenen Verhaltensdaten, die besonders für gezielte Interventionen von Bedeutung sind.

Seit Bestehen des Sentinels zeigen die Daten ein erfreulich hohes Maß an Qualität. Dies ist den Beteiligten zu verdanken, die neben der ohnehin oftmals schon hohen Arbeitsbelastung im Alltag eine zusätzliche Arbeitsbelastung in Kauf nehmen und durch die Übermittlung der Daten zur Surveillance von STDs beitragen.

Bericht des Fachgebiets 34 der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Frau Dr. V. Bremer (E-Mail: BremerV@rki.de). Besonderer Dank gilt allen teilnehmenden Gesundheitsämtern, Fachambulanz und Arztpraxen, die durch ihre engagierte und unentgeltliche Mitarbeit Daten in das STD-Sentinel eingebracht und so zur Surveillance der STDs beigetragen haben.

1. Bremer V, Marcus U, Hofmann A, Hamouda O: Building a sentinel surveillance system for sexually transmitted infections in Germany, 2003. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 173–179.
2. RKI: HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epid. Bull.* 2005; 1: 1–16.
3. Niccolai LM, Rowhani-Rahbar A, Jenkins H, Green S, Dunne DW: Condom effectiveness for prevention of Chlamydia trachomatis infection. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 323–325.

Genitale Chlamydien-Infektionen: Podiumsdiskussion am RKI zum Chlamydien-Screening

Am 10. September 2005 fand im Robert Koch-Institut in Berlin das dritte Treffen der Teilnehmer an der Sentinel-Erhebung zu STDs – STD-Sentinel – statt. In diesem Rahmen wurde diskutiert, inwiefern die Einführung eines Chlamydien-Screenings (Screening auf *Chlamydia trachomatis*) in Deutschland sinnvoll sei. An der Diskussion nahmen Vertreterinnen der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF), des pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin sowie ein Vertreter der Deutschen STD Gesellschaft (DSTDG) und des Robert Koch-Instituts teil.

Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* (Serogruppen D-K) gehören zu den am häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs) weltweit. Seit Ende der 90er Jahre ist ein Anstieg der Infektionen sowohl in den USA und Kanada als auch in Großbritannien und den nordischen Ländern beobachtet worden. Von Chlamydien-Infektionen sind überwiegend Frauen in der Altersgruppe zwischen 16 und 19 Jahren und Männer zwischen 20 und 24 Jahren betroffen.¹ Die Infektionen verlaufen bei Männern in etwa 50% und bei Frauen in etwa 80% asymptomatisch. Unerkannte, chronische oder unzureichend therapierte genitale Chlamydien-Infektionen können zu schweren Folgeerkrankungen wie dem *pelvic inflammatory disease* (PID), extrauteriner Schwangerschaft oder tubarer Infertilität führen und Ursache chronischer Bauchbeschwerden sein. Hierdurch werden erhebliche Kosten in der Gesundheitsversorgung (Reproduktionsmedizin) verursacht. Genitale Chlamydien-Infektionen sind besonders im akuten Stadium gut therapierbar.

Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* sind in mehreren europäischen Ländern (u. a. nordische Länder, Niederlande, Großbritannien) meldepflichtig. In Deutschland sind Infektionen mit Chlamydien bisher nicht meldepflichtig gewesen. In der seit November 2002 laufenden Sentinelerhebung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen sind Chlamydien die am häufigsten festgestellte Infektion.² Bisherige Studien aus Deutschland zur Prävalenz von *Chlamydia trachomatis* zeigten, dass bei 2,5 % bis 10 % der über 14 Jahren alten Mädchen und Frauen eine Chlamydien-Infektion festgestellt werden konnte.³⁻⁵ Die meisten der Infizierten wiesen jedoch keine Symptome einer Erkrankung auf.

Als Präventionsmaßnahmen der möglichen schwerwiegenden Folgeerscheinungen sind die frühzeitige Erkennung und Behandlung der genitalen Chlamydien-Infektionen von großer Bedeutung. Routinemäßige Untersuchungsangebote für asymptomatische Personen in Form eines Chlamydien-Screenings können die Prävalenz in der Bevölkerung senken. Solche Screening-Programme für Chlamydien bestehen bereits in den USA, Schweden und Großbritannien und sollen in den Niederlanden eingeführt werden. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Podiumsdiskussion die Notwendigkeit eines Chlamydien-Screenings auch in Deutschland thematisiert. Die wichtigsten Diskussionspunkte werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Mangelndes Wissen der Bevölkerung um die Bedeutung genitaler Chlamydien-Infektionen

Die Teilnehmer der Diskussionsrunde stimmten darin überein, dass in der breiten Bevölkerung Deutschlands das Bewusstsein für das Problem der genitalen Chlamydien-Infektionen fehle. Nach Angaben der DSTDG sind schätzungsweise 100.000 Frauen im gebärfähigen Alter in Deutschland aufgrund einer Chlamydien-Infektion ungewollt kinderlos. Nach Erfahrungen der Mitarbeiterinnen der ÄGGF und von pro familia kennen nur wenige junge Frauen den Begriff „Chlamydien“. Das Ansteckungsrisiko sei jedoch groß, da in einer kürzlich veröffentlichten Studie des ÄGGF lediglich 20 % der Frauen angaben, beim letzten Geschlechtsverkehr Kondome benutzt zu haben.

Bei einer an Berliner Schulen durchgeführten Studie der ÄGGF wurde festgestellt, dass bis zu 10 % der 15–17-jährigen Mädchen mit Chlamydien infiziert sind.⁴ Die höchste Prävalenz von Chlamydien-Infektionen wurde dabei in bildungsfernen Schichten beobachtet. Angehörige dieser Schicht hatten meist in einem jüngeren Alter den ersten Geschlechtsverkehr, häufiger wechselnde Partner und benutzten seltener Kondome.

Es wurde allgemein kritisiert, dass in den Schulen die Aufklärung zu sexuell übertragbaren Infektionen häufig auf die HIV/AIDS-Prävention beschränkt bliebe. Anders als genitale Chlamydien-Infektionen sei HIV/AIDS jedoch weit von der Lebensrealität der Mädchen entfernt. Die Mädchen seien motiviert, sich vor Chlamydien zu schützen, da sie später Kinder bekommen wollten.

Alle Teilnehmer waren sich zudem einig, dass Aufklärungsbemühungen zu Chlamydien bei Schülern und Erwachsenen dringend verstärkt werden sollten. Das Thema müsse auch in den Medien und der Politik präsenter

sein. Vorrangiges Ziel von Präventionskampagnen sollte laut DSTDG eine Verringerung der *Chlamydia trachomatis*-bedingten Unfruchtbarkeit sein. Nach Auffassung der KV Berlin sollte zusätzlich zu oralen Kontrazeptiva der Kondomgebrauch propagiert werden.

Aus dem Publikum wurde angeregt, die bereits vorhandenen Strukturen der AIDS-Beratung für eine Aufklärung zu genitalen Chlamydien-Infektionen zu nutzen. Solche Kampagnen dürften laut Auffassung des Robert Koch-Instituts jedoch nicht in Konkurrenz zur AIDS-Prävention stehen. Die Vertreterin der ÄGGF gab zudem zu bedenken, dass die Zielgruppen der HIV/AIDS-Prävention nicht die gleichen seien wie die, welche mit der Aufklärung zu Chlamydien erreicht werden müssten. Der Verband der privaten Krankenkassen habe laut Medienberichten einen Vertrag mit der BZgA zur HIV-Prävention abgeschlossen. Ein ähnliches Modell sei auch für die Chlamydien-Prävention denkbar.

Defizite in der ärztlichen Versorgung von Patienten mit genitalen Chlamydien-Infektionen

Da Chlamydien-Infektionen in einem hohen Prozentsatz asymptomatisch verliefen, würden viele junge Leute ärztliche Hilfe nicht in Anspruch nehmen. Laut der DSTDG müssten daher andere Herangehensweisen an das Problem gefunden werden. So habe man beispielsweise beobachtet, dass ein Chlamydien-Test, der über Apotheken vergeben wurde, gut angenommen wurde. Ob diese Herangehensweise jedoch sinnvoll sei, um Personen mit hohem Risiko für Chlamydien-Infektionen zu erreichen, war in der Runde umstritten, da zu bedenken gegeben wurde, dass sich aus finanziellen Gründen nur bestimmte Personengruppen einen Test leisten könnten.

Die Teilnehmer der Diskussionsrunde waren übereinstimmend der Ansicht, dass die Aus- und Weiterbildung der Ärzte auf dem Gebiet der STDs verbessert werden sollte. Die Vertreterin der KV Berlin verlangte daher, die Ärzte für die Problematik der genitalen Chlamydien-Infektionen zu sensibilisieren. Die behandelnden Ärzte seien oftmals nicht ausreichend auf die Beratung junger Frauen vorbereitet. In den USA beispielsweise hätten krankenversicherte junge Frauen unter 25 Jahren Anrecht auf eine Beratung und einen jährlichen Chlamydien-Test auf Rezept.

Ein weiterer Diskussionspunkt war das unter Ärzten kaum verbreitete Wissen über die in den letzten Jahren deutlich verbesserten und heute sehr zuverlässigen labor diagnostischen Nachweisverfahren von *Chlamydia trachomatis*. Bei vielen Ärzten bestehe zudem die falsche Ansicht, dass Untersuchungen auf Chlamydien nicht von den Krankenkassen erstattet würden. Ein Chlamydien-Test könne jedoch von den Krankenkassen bezahlt werden, falls ein Verdacht auf Chlamydien vorliege. Daher würde den oftmals asymptomatischen Patienten viel zu selten ein Chlamydien-Test angeboten. Der Vertreter der DSTDG sprach sich für die Einführung hochwertiger Verfahren zur Chlamydien-Diagnostik im Praxisalltag aus.

Mangelnde Datenlage zu genitalen Chlamydien-Infektionen

Sowohl die Vertreterin von pro familia als auch der KV Berlin und der Vertreter der DSTDG beklagten die schlechte Datenlage zu genitalen Chlamydien-Infektionen in Deutschland. Es lägen weder repräsentative Studien zur Prävalenz vor, noch bestehe eine Meldepflicht. Dies behindere ein effektives Vorgehen zur Bekämpfung der Infektionen.

Von Seiten des RKI wurde die Bedeutung der Surveillance von STDs zur Einschätzung der epidemiologischen Lage und zur Überprüfung der Interventionen betont. Zudem könne laut DSTDG die Einführung einer Meldepflicht für genitale Chlamydien-Infektionen das Bewusstsein für die Gefahren von Chlamydien in der Bevölkerung schärfen.

Der Vertreter der DSTDG erklärte dass in anderen Ländern wiederholt ein positives Kosten/Nutzen-Verhältnis für ein Screening belegt worden sei. Daher würden größere Studien auch für Deutschland schnell benötigt. Eine Pilotstudie in Deutschland ähnlich der Studie der ÄGGF müsse im ländlichen und städtischen Milieu durchgeführt werden, um die Prävalenz der Chlamydien-Infektionen besser einschätzen zu können. Nur so könne man die Krankenkassen von dem Nutzen eines Chlamydien-Screenings überzeugen.

Ist ein Screening auf Chlamydien für Deutschland sinnvoll?

Um einen weiteren Anstieg der ungewollten Kinderlosigkeit in Deutschland zu verhindern, empfahlen die Vertreter der DSTDG, der ÄGGF und von pro familia dringend die Einführung eines Screening-Programms für Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*. Durch ein Screening-Programm könne man Chlamydien-Infektionen frühzeitig entdecken und effektiv behandeln. Laut pro familia spreche nichts gegen einen leicht zugänglichen Test für 17–25-jährige Frauen, denn Frauen hätten aufgrund ihrer sexuellen reproduktiven Rechte auch ein Anrecht auf freien Zugang zu Diagnostik und Therapie von Chlamydien-Infektionen.

Die Vertreterin der KV Berlin vertrat hingegen die Ansicht, dass ein Chlamydien-Screening nicht sinnvoll sei. Ein sinnvolles Screening müsse jährlich ab einem Alter von 12 Jahren wiederholt werden. Dies sei jedoch aus finanziellen Gründen nicht möglich. Daher erscheine ein Screening aus Sicht der KV Berlin unrealistisch. Ein Screening-Programm könne nur Kosten sparend sein, wenn es nicht von den Kassen finanziert werde. So könne beispielsweise die Industrie als Sponsor gewonnen werden. Ob dies durchsetzbar sei, wurde von den anderen Diskussionspartnern als kritisch betrachtet.

Als Zwischenlösung wurde vorgeschlagen, bundesweit die diagnostizierenden Labore aufzufordern, die Resultate des routinemäßigen Chlamydien-Screenings während der Schwangerschaft an das Robert Koch-Institut zu melden.

Für welche Bevölkerungsgruppen wäre ein Chlamydien-Screening sinnvoll?

Die DSTDG schlug als Untersuchungsmaterial bei Frauen vaginale Abstriche und bei Männern Urinproben vor. Män-

ner sollten in ein Screening eingeschlossen werden, da auch Männer unter den Folgeerkrankungen wie Infertilität litten. Allerdings müsse geklärt werden, wie Männer erreicht werden könnten. Aus der Sicht von pro familia wäre es sinnvoll, ein Screening-Programm an die Versorgung der Frauen mit der „Pille“ zu koppeln, da man so die Zielgruppe der sexuell aktiven jungen Frauen erreichen könne. Alle Teilnehmer waren sich einig, dass erst durch Studien die richtigen Zielgruppen definiert werden könnten.

Wichtig sei es bei Planungen zu Interventionen, frühzeitig das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), Wohlfahrtsverbände sowie die Krankenkassen an den Entscheidungsprozessen zu beteiligen.

Schlussfolgerungen

Die Podiumsdiskussion am RKI hat viele interessante Aspekte der aktuellen Situation bei genitalen Chlamydien-Infektionen in Deutschland berührt und wesentliche Defizite nochmals verdeutlicht. Um das Bewusstsein in der Bevölkerung für die Problematik der Chlamydien-Infektionen zu wecken, sollten die bisherigen Aufklärungsbemühungen zu STDs allgemein und zu genitalen Chlamydien-Infektionen im Besonderen verstärkt werden. Die Diagnose und Behandlung von Chlamydien-Infektionen sollte zudem noch mehr als bisher Gegenstand ärztlicher Fort- und Weiterbildung werden.

Die Einführung einer allgemeinen Meldepflicht für Chlamydien erscheint sinnvoll, um eine Einschätzung der epidemiologischen Lage in Deutschland vornehmen zu können. Zudem sollte anhand von größeren Studien sowohl die Prävalenz von genitalen Chlamydien-Infektionen als auch die Akzeptanz von Untersuchungsangeboten in unterschiedlichen Zielgruppen eingeschätzt werden. Diese Studien können dann als Basis für ein evidenz-basiertes Chlamydien-Screening dienen.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie. **Ansprechpartner** sind Frau Dr. V. Bremer (E-Mail BremerV@rki.de) und Herr Dr. O. Hamouda (E-Mail HamoudaO@rki.de).

Besonderer Dank gilt den Teilnehmern der Diskussionsrunde: Frau Dr. G. Gille, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF); Frau Dr. I. Thonke, pro familia-Bundesverband; Herr Prof. Dr. G. Gross, Deutsche STD Gesellschaft (DSTDG) und Frau Dr. I. Hannig (Kassenärztliche Vereinigung Berlin).

1. Fenton KA, Lowndes CM: Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004; 80: 255–263.
2. Bremer V, Marcus U, Hofmann A, Hamouda O: Building a sentinel surveillance system for sexually transmitted infections in Germany, 2003. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 173–179.
3. Clad A, Prillwitz J, Hintz KC, Mendel R, Flecken U, Schulte-Monting J, Petersen EE: Discordant prevalence of chlamydia trachomatis in asymptomatic couples screened using urine ligase chain reaction. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20: 324–328.
4. Gille G, Klapp C, Diedrich K, Schäfer A, Moter A, Griesinger G, Kirschner R: Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt* 2005; 102: A2021–A2025.
5. Koch J, Kirschner W, Schäfer A: Bestimmung der Prävalenz genitaler HPV- und Chlamydia-trachomatis-Infektionen in einem repräsentativen Querschnitt der weiblichen Normalbevölkerung in Berlin. *Infektionsepidemiologische Forschung* 1997; 11: 1–7.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 26.10.2005 (40. Woche 2005)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	
	2005		2004		2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	154	4.743	4.934	2	96	83	8	227	213	88	4.766	3.920	2	107	124	
Bayern	228	6.496	6.786	2	210	159	36	760	626	120	5.574	4.842	3	155	132	
Berlin	27	1.425	1.608	0	29	18	4	137	128	39	2.457	2.063	1	85	92	
Brandenburg	52	1.499	1.980	1	38	13	7	188	178	46	1.892	1.606	1	20	22	
Bremen	8	213	244	0	4	3	3	28	19	4	451	351	0	2	4	
Hamburg	18	662	969	0	24	22	0	23	23	12	1.544	1.389	1	39	33	
Hessen	58	2.527	2.997	0	19	11	1	101	70	50	2.830	2.480	2	73	47	
Mecklenburg-Vorpommern	19	873	1.203	1	12	8	17	233	229	41	1.635	1.557	0	13	10	
Niedersachsen	90	3.483	3.908	1	100	71	4	170	155	60	4.133	3.445	0	34	34	
Nordrhein-Westfalen	241	7.308	7.085	4	197	159	18	846	750	226	12.765	9.997	0	72	89	
Rheinland-Pfalz	77	2.619	3.004	3	65	75	3	222	189	55	2.355	2.115	1	66	42	
Saarland	15	518	590	0	10	4	1	29	13	12	795	706	0	2	6	
Sachsen	93	2.973	3.280	0	38	30	19	584	570	81	4.106	3.403	1	83	82	
Sachsen-Anhalt	47	1.660	2.017	0	27	13	10	462	427	26	1.444	1.316	3	28	21	
Schleswig-Holstein	23	1.082	1.339	1	43	33	1	92	106	24	1.812	1.629	1	16	4	
Thüringen	47	1.712	1.968	2	14	14	4	357	349	26	1.368	1.342	3	76	33	
Deutschland	1.197	39.793	43.912	17	926	716	136	4.459	4.045	910	49.927	42.161	19	871	775	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B +			Hepatitis C +					
	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.	40.	1.-40.	1.-40.			
	2005		2004		2005		2004		2005		2004	
Baden-Württemberg	5	70	161	0	98	97	14	849	930			
Bayern	6	149	232	2	116	126	17	1.349	1.482			
Berlin	2	76	105	0	72	61	11	745	744			
Brandenburg	0	26	25	0	10	14	0	79	76			
Bremen	0	12	15	0	9	13	0	27	24			
Hamburg	0	28	35	1	21	19	0	37	65			
Hessen	4	89	123	1	70	86	7	367	436			
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	16	1	16	15	3	62	73			
Niedersachsen	8	88	115	2	94	96	5	545	610			
Nordrhein-Westfalen	3	210	450	3	212	258	16	1.038	1.351			
Rheinland-Pfalz	2	52	79	0	81	89	7	447	436			
Saarland	0	5	9	3	15	20	2	44	21			
Sachsen	1	21	39	0	26	30	0	214	231			
Sachsen-Anhalt	0	19	41	0	56	31	6	162	132			
Schleswig-Holstein	0	27	24	0	19	26	5	182	173			
Thüringen	0	16	27	1	27	22	0	143	108			
Deutschland	31	894	1.496	14	942	1.003	93	6.290	6.892			

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. 26.10.2005 (40. Woche 2005)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	
2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	
4	261	295	43	3.997	1.784	15	2.842	2.413	14	504	529	7	100	60	Baden-Württemberg
8	433	453	5	3.696	1.661	21	5.663	3.795	12	641	567	1	47	34	Bayern
3	134	182	26	3.579	1.329	3	2.153	1.386	3	259	251	0	46	43	Berlin
2	179	174	11	3.844	2.077	2	3.430	2.105	2	66	65	1	40	16	Brandenburg
1	26	39	1	469	364	3	232	129	0	39	23	1	20	14	Bremen
3	97	95	0	1.270	515	0	926	625	3	93	90	0	12	10	Hamburg
9	194	246	1	2.273	776	5	1.902	1.566	7	183	172	0	50	19	Hessen
0	133	143	7	3.225	2.201	5	3.292	2.194	2	152	221	1	102	52	Mecklenburg-Vorpommern
17	425	513	13	4.803	2.623	12	3.147	2.208	2	186	183	3	108	64	Niedersachsen
25	697	837	12	8.574	3.115	29	6.841	4.183	14	671	640	1	196	169	Nordrhein-Westfalen
5	265	291	0	3.301	2.054	1	2.188	1.848	1	141	141	1	26	39	Rheinland-Pfalz
3	89	76	6	763	211	1	480	243	0	27	36	0	2	4	Saarland
8	524	531	10	7.023	5.822	14	8.410	4.744	9	306	278	4	142	57	Sachsen
7	270	282	5	2.237	1.136	8	4.362	2.729	1	125	111	3	44	17	Sachsen-Anhalt
2	161	154	9	1.239	674	1	920	604	3	50	39	1	10	5	Schleswig-Holstein
9	417	367	33	3.285	2.520	9	3.265	2.748	0	70	46	1	27	10	Thüringen
106	4.305	4.678	182	53.578	28.862	129	50.053	33.520	73	3.513	3.392	25	972	613	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.	40.	1.–40.	1.–40.		
2005		2004	2005		2004	2005		2004		
1	45	49	0	18	14	6	543	611	Baden-Württemberg	
2	70	60	0	316	12	12	767	732	Bayern	
0	19	16	0	35	10	5	261	292	Berlin	
0	20	10	0	7	1	0	101	121	Brandenburg	
0	6	4	0	1	0	0	48	53	Bremen	
0	9	9	0	7	1	2	147	161	Hamburg	
1	28	30	0	255	14	8	463	440	Hessen	
0	10	16	0	1	0	3	90	99	Mecklenburg-Vorpommern	
2	54	36	0	33	9	6	356	342	Niedersachsen	
1	127	139	1	27	25	14	1.134	1.348	Nordrhein-Westfalen	
0	17	22	0	20	5	4	202	233	Rheinland-Pfalz	
0	9	5	0	0	1	0	65	75	Saarland	
0	22	21	0	13	1	0	136	197	Sachsen	
0	12	20	0	2	2	2	124	154	Sachsen-Anhalt	
0	14	11	0	6	4	1	94	128	Schleswig-Holstein	
0	24	21	0	1	1	1	102	102	Thüringen	
7	486	469	1	742	100	64	4.633	5.088	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. 26.10.2005 (40. Woche 2005)

Krankheit	40. Woche 2005	1.–40. Woche 2005	1.–40. Woche 2004	1.–53. Woche 2004
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	107	626	652
Brucellose	1	21	23	32
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	58	62	78
Dengue-Fieber	2	109	93	121
FSME	10	351	228	274
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	64	38	54
Hantavirus-Erkrankung	5	393	169	242
Influenza	3	12.659	3.392	3.486
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	53	46	68
Legionellose	5	373	348	475
Leptospirose	3	39	35	58
Listeriose	7	335	235	296
Ornithose	0	31	13	15
Paratyphus	3	41	89	106
Q-Fieber	3	242	101	115
Trichinellose	0	0	5	5
Tularämie	0	1	2	3
Typhus abdominalis	1	55	69	82

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza**

Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist in der 42. KW auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Bisher wurden im NRZ noch keine Influenzaviren angezüchtet oder mit PCR nachgewiesen. Auf dem Meldeweg wurden bis zur 40. KW 4 Influenza-Erkrankungen übermittelt.

Zur Situation bei der aviären Influenza (H5N1) – Update

Aus **Indonesien** und **Thailand** wurden erneut H5N1-Infektionen **beim Menschen** labor diagnostisch gesichert. In beiden Ländern erkrankten jeweils 2 Personen, von denen jeweils eine starb. Auch bei diesen Fällen erscheint eine Infektion von Mensch zu Mensch sehr unwahrscheinlich. Mit Datenstand vom 24. Oktober erkrankten somit bisher in Asien 121 Personen, von denen 62 starben.

Situation bei Vögeln: In **Großbritannien** wurde Influenza A/H5N1 bei einem importierten **Papagei**, der in der Quarantäne verstorben war, identifiziert. – Laut einem EU-Beschluss wird die kommerzielle Einfuhr von Wild- und Ziervögeln in die Union, zunächst befristet bis Ende November 2005, verboten. – Erste Untersuchungsergebnisse nach dem Fund von 22 toten Graugänsen in **Rheinland-Pfalz** ergaben, dass die Tiere mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit an Ratten- und Mäusegift verendet sind. Das Gift sei in den Mägen von 12 der 22 Gänse festgestellt worden. Ergebnisse weiterer Untersuchungen sollen kurzfristig vorliegen.

Quellen: www.who.int; www.oie.int; Influenza-Wochenbericht für die 42. Woche 2005 aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) und dem NRZ für Influenza am RKI.

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.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888.754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
Fax: 01888.754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint 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 www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „Epidemiologisches Bulletin“.

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