



Epidemiologisches Bulletin

26. Mai 2006 / Nr. 21

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Syphilis-Ausbruch im Großraum Aachen

Bei der Analyse der Syphilismeldungen des Jahres 2005 im Februar 2006 im Robert Koch-Institut wurde ein Syphilis-Ausbruch bei Heterosexuellen im Großraum Aachen (Postleitregion 52, s. Abb. 1) erkannt, der anscheinend schon im Jahre 2004 begonnen hatte und noch immer anhält.

Während im Bundesdurchschnitt die Inzidenz von Syphilisdiagnosen bei **Frauen im Jahr 2005** nur 0,8 pro 100.000 Frauen betrug, erreichte sie im Stadtkreis Aachen ein Vielfaches, nämlich 19 pro 100.000 Frauen. Bei 12 von 45 im Jahre 2005 aus der Postleitregion 52 gemeldeten Syphilisfällen bei Frauen wurde Ausübung von Prostitution als Infektionsrisiko angegeben, bei sechs z. T. zusätzlich Drogenabhängigkeit und bei sechs eine Herkunft aus anderen Ländern, überwiegend aus Osteuropa. Bei fünf Frauen liegen Informationen über eine Syphiliserkrankung des Ehepartners vor. Das Durchschnittsalter der weiblichen Fälle lag im Jahre 2005 bei 33 Jahren mit einer Streubreite zwischen 20 und 67 Jahren. In 22 Fällen lagen Angaben zu klinischen Symptomen einer primären oder sekundären Syphilis vor.

Syphilis-Infektionen bei **Männern** wurden im **Jahr 2005** aus der Postleitregion 52 in einer Anzahl von 55 Fällen gemeldet. Unter diesen 55 Meldungen enthielten 13 die Angabe, dass die Infektion über gleichgeschlechtliche Sexualkontakte erworben wurde, bei 18 Männern wurden heterosexuelle Kontakte als Infektionsrisiko angegeben, davon sechsmal Kontakte mit Prostituierten und einmal sexuelle Kontakte mit einer opiatabhängigen Partnerin. Bei einem Mann wurden sowohl gleichgeschlechtliche Sexualkontakte als auch Sexualkontakte mit Prostituierten als mögliche Infektionswege angegeben. Für 23 Männer lagen entweder keine Angaben zum Infektionsrisiko vor oder der Arzt gab an, es sei ihm nicht gelungen, dieses zu ermitteln. Demnach könnten für den Großraum Aachen im Jahre 2005 bis zu 42 Syphilisfälle bei Männern auf eine heterosexuelle Übertragung zurückzuführen sein. In den meisten Fällen, in denen Angaben zur klinischen Symptomatik vorliegen, handelte es sich um Erkrankungen im Primär- oder Sekundärstadium ($n=20$), in zwei Fällen mit Angabe einer neurologischen Symptomatik könnte es sich auch um ältere Fälle handeln, die mit dem aktuellen Ausbruchsgeschehen nicht in Zusammenhang stehen.

Im laufenden Jahr (2006, Stand 20. Kalenderwoche) wurden bislang neun Syphilismeldungen bei **Frauen** registriert, wobei in fünf Fällen Prostitution und in zwei davon zusätzlich Drogenabhängigkeit als Infektionsrisiken angegeben wurden. – Bei **Männern** wurden bislang 21 Fälle registriert, für vier davon wurden gleichgeschlechtliche Kontakte als Infektionsrisiko mitgeteilt, für sechs heterosexuelle Kontakte, davon zweimal Sexualkontakte mit Prostituierten, einmal Drogenabhängigkeit und für 10 Männer liegen keine Angaben zum Infektionsrisiko vor. – Es kam im Rahmen des Ausbruchs bislang zu einer **konnatalen Syphilis** bei dem Neugeborenen einer drogenabhängigen Frau, die keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hatte.

Beginn des Ausbruchs

Betrachtet man die Syphilismeldungen aus dem Großraum Aachen im Zeitverlauf, so können Anzeichen für eine Häufung von Meldungen bereits im

Diese Woche

21/2006

Syphilis:

Ausbruch im Großraum Aachen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

18. Woche 2006

(Stand: 23. Mai 2006)





Abb. 1: Grau hinterlegt die Postleitregionen 52, in der sich der Ausbruch im Wesentlichen abspielt

Jahr 2004 ausgemacht werden. Unter den Syphilismeldungen von Frauen aus dem Großraum Aachen aus dem Jahre 2004 finden sich tatsächlich Angaben zu Prostitution in 3 und zu Drogenabhängigkeit in 1 von insgesamt 10 Fällen (s. Abb. 2).

Unter den 19 Syphilismeldungen bei Männern findet sich 5-mal die Angabe, die Infektion sei auf heterosexuellem Wege erworben, davon einmal durch Kontakt mit einer Prostituierten. In drei Fällen werden gleichgeschlechtliche Kontakte als Infektionsrisiko mitgeteilt, in den übrigen 11 Fällen fehlen Angaben zum Infektionsrisiko.

Umfang des Ausbruchs

Der genaue Umfang des Ausbruchs ist aufgrund fehlender Angaben zum Infektionsrisiko bei der Mehrzahl der Meldungen nicht genau zu beziffern. Der Versuch, durch nochmaliges Kontaktieren der meldenden Ärzte vollständige Angaben zu Infektionsrisiken zu erhalten, war nur

mäßig erfolgreich. Bei Anwendung einer Falldefinition, die alle Fälle aus der Postleitregion 52 umfasst, bei denen ein heterosexuelles Übertragungsrisiko angegeben wurde, ergibt sich eine Fallzahl von 72 Fällen. Erweitert man die Falldefinition und zählt alle Fälle mit nicht ermitteltem oder fehlendem Übertragungsrisiko hinzu, schließt also lediglich die Fälle bei Männern aus, bei denen gleichgeschlechtliche Sexualkontakte als Infektionsrisiko angegeben werden, so ergibt sich eine Zahl von 139 Fällen im Zeitraum von Januar 2004 bis zur 20. Kalenderwoche 2006 (s. Tab. 1 und Abb. 2). Die tatsächliche Fallzahl dürfte dazwischen liegen, muss doch damit gerechnet werden, dass sich unter den 139 Fällen noch einzelne Fälle sowohl bei Männern als auch bei Frauen verbergen, die epidemiologisch in den Kontext der Syphilis-Epidemie bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten gehören. Das relativ ausgeglichene Geschlechterverhältnis bei den Fallmeldungen spricht aber dafür, dass die Mehrzahl der Meldungen bei Männern ohne Angabe eines Infektionsrisikos eher auf heterosexuelle Übertragungen als auf gleichgeschlechtliche Sexualkontakte zurückzuführen ist. Die Zahl der Meldungen von Männern ohne die Meldungen mit Angabe gleichgeschlechtlicher Sexualkontakte als Infektionsrisiko ist mit $n=74$ nur wenig höher als die Zahl der Meldungen von Frauen ($n=64$), wobei bei Prostitutions-assoziierten Ausbrüchen in der Regel mit einer höheren Zahl von Fällen bei Männern als bei Frauen gerechnet werden muss.

Infektionsrisiko	Männer	Frauen
heterosexuell	29	43
keine Angabe/unbekannt	45	21
Gesamt	74	64

Tab. 1: Anzahl der Fälle, die der Falldefinition entsprechen, nach Geschlecht und angegebenem Infektionsrisiko, Januar 2004 bis 2006 (20. KW)

Reaktionen und Interventionen auf der lokalen Ebene

Auf der lokalen Ebene war das Gesundheitsamt der Stadt Aachen erstmals im Herbst 2005 durch Hinweise aus der Prostitutionsszene selbst auf Syphilisinfektionen bei Frauen aufmerksam gemacht worden, die sexuelle Dienstleistungen anbieten. Diese Hinweise hatten zu einer Informationsveranstaltung für gefährdete Frauen Anlass gegeben, die von etwa 10 Personen besucht wurde. Streetworker, die in der Aachener Drogenszene arbeiten, wurden ebenfalls zu Syphilisinfektionen aufgeklärt, um als Multiplikatoren diese

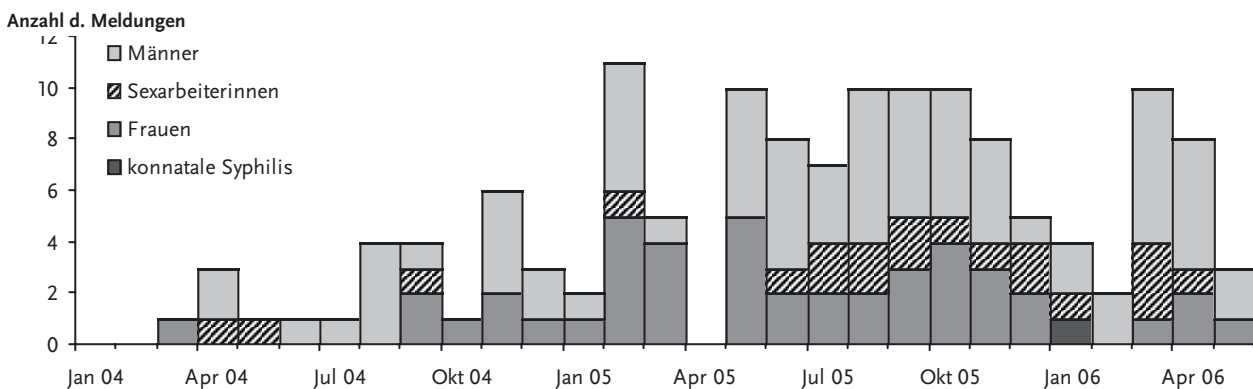


Abb. 2: „Epidemiekurve“ des Syphilis-Ausbruchs im Großraum Aachen

Diagnosemonat/-jahr

Kenntnisse an gefährdete Personen weitergeben zu können. Weitere Hinweise von anderen Akteuren lagen nicht vor.

Nachdem der Ausbruch am RKI erkannt worden und daraufhin die lokalen und Landesgesundheitsbehörden informiert worden war, wurde ein früher durch das Aachener Gesundheitsamt verwendetes Merkblatt zur Syphilis überarbeitet, neu gedruckt und in der Prostitutionsszene verteilt. Die seit langem bestehende Zusammenarbeit mit den im Schaubild dargestellten Institutionen soll intensiviert werden. Weiterhin informiert ein Rundschreiben des Gesundheitsamtes die niedergelassenen Ärzte über den Ausbruch.

Die lokalen Gesundheitsbehörden in den benachbarten Niederlanden wurden informiert, im benachbarten Belgien, wo sich in der Grenzregion keine größeren Städte befinden, fehlen jedoch geeignete Ansprechpartner. Die dem RKI übermittelten Infektionsmeldungen geben Hinweise darauf, dass der Ausbruch grenzübergreifende Elemente enthält. So wird auf einzelnen Meldungen angegeben, dass die Infektion in Belgien bzw. den Niederlanden erfolgt sei und in zwei Fällen wurden Infektionen bei deutschen Staatsbürgern diagnostiziert, die einen Wohnsitz in den Niederlanden haben.

Die früher existierende STD-Beratungsstelle am Aachener Gesundheitsamt wurde im Zuge der Ablösung des Geschlechtskrankheitengesetzes durch das Infektionsschutzgesetz mit der HIV-Beratungsstelle zusammengelegt, bietet aber seit mehreren Jahren, auch wegen fehlender Inanspruchnahme und Nachfrage, keine STD-Untersuchungen mehr an. Die STD-Beratungsstelle war in den Jahren, in denen es eine Untersuchungspflicht für registrierte Prostituierte gab, eine gut besuchte Einrichtung. Nach dem Wegfall der Untersuchungspflicht wurden dann freiwillige Untersuchungsangebote gemacht und in der Prostitutionsszene auch beworben, aber die Inanspruchnahme war so gering, dass das Angebot eingestellt wurde und das Personal am Gesundheitsamt mit anderen Aufgaben betraut bzw. nach dem Ausscheiden nicht mehr ersetzt wurde. Eine ähnliche Entwicklung war in vielen kommunalen STD-Beratungsstellen nach der Einführung des Infektionsschutzgesetzes zu beobachten, da der schwierige Umstellungsprozess von einer „Komm-Struktur“, die auf der Untersuchungspflicht für registrierte (und oftmals durch sexuell übertragene Infektionen eher gering gefährdete) Prostituierte beruhte, zu einer präventionsorientierten und aufsuchenden Arbeit (besonders für Frauen, die auf Grund weiterer Faktoren wie Drogenabhängigkeit oder fehlenden legalen Aufenthaltsstatus ein erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Infektionen haben) nicht geplant und organisiert angegangen wurde, sondern dem Engagement der Mitarbeiter vor Ort überlassen blieb (Bestimmungen zur STD-Prävention und zu Untersuchungsangeboten im Infektionsschutzgesetz s. Kasten). Da die Umstellung zudem in einen Zeitraum fiel, in dem ein historischer Tiefpunkt bei der Inzidenz von sexuell übertragenen Krankheiten erreicht war, war es auch schwierig, Unterstützung für die Aufrechterhaltung und die erforderliche Neu-Konzipierung von Public-Health-Strukturen in diesem Bereich zu erhalten. Der Syphilis-Ausbruch im Großraum Aachen, der nach Kenntnis des RKI der größte erkannte und beschriebene

Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten im Infektionsschutzgesetz

Infektionsschutzgesetz § 19 (1) Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen

Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Diese sollen für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen, auch aufsuchend angeboten werden und können im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen, sofern dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheiten und der Tuberkulose erforderlich ist. Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden....

heterosexuelle Syphilis-Ausbruch der letzten 20 Jahre in Deutschland ist, zeigt, dass der Abbau von Public-Health-Strukturen in diesem Bereich innerhalb weniger Jahre zu einem massiven Anstieg von Infektionsrisiken führen kann.

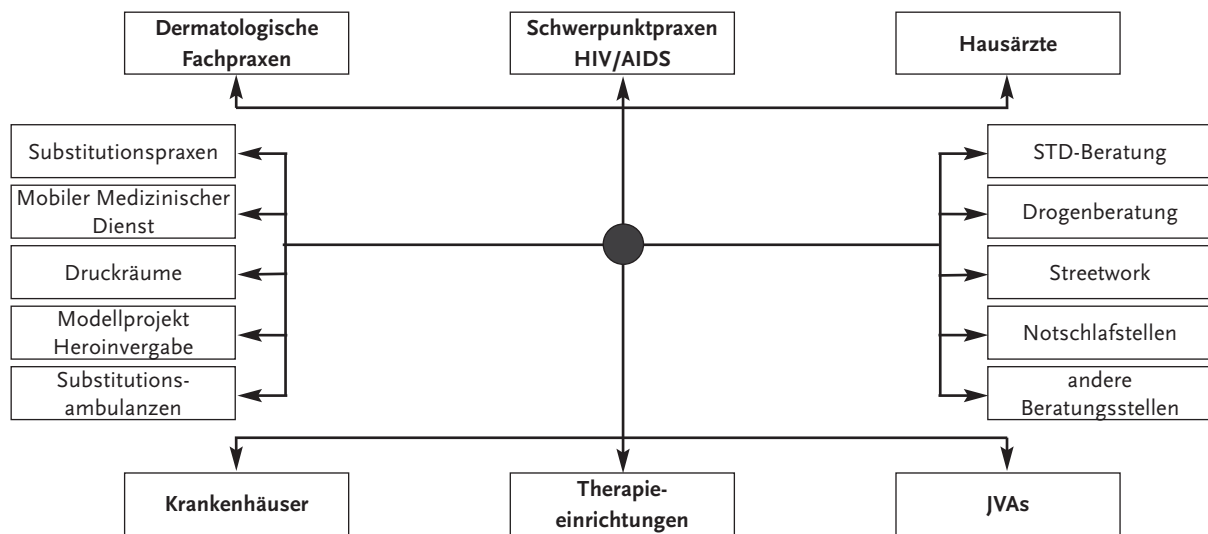
Syphilis und intravenöser Drogenkonsum

Sowohl beim aktuellen Ausbruchsgeschehen im Großraum Aachen wie auch bei einem begrenzteren lokalen Ausbruchsgeschehen in Köln im Jahre 2001 sind bzw. waren drogengebrauchende Frauen, die sexuelle Dienstleistungen anbieten, in besonders starkem Maße betroffen. Dies ist kein Zufall, sondern Ausdruck eines strukturell determinierten erhöhten Risikos dieser Gruppe. Drogenabhängige Frauen, die im Bereich der Prostitution arbeiten, haben häufig bereits in jungem Alter ihren Drogenkonsum begonnen, haben häufig sexuellen Missbrauch und Gewalt in sexuellen Beziehungen erfahren, ihr Arbeitsplatz ist meist die Straße und sie verfügen über wenig Durchsetzungskompetenz gegenüber ihren Freiern. Im Unterschied zu professionell arbeitenden, nicht drogenabhängigen Frauen praktizieren sie Oralverkehr mit ihren Kunden oft ohne Kondom, was für die Syphilis und andere bakterielle sexuell übertragbare Infektionen einen möglichen Übertragungsweg darstellt.

Infektionsrisiken für eine Syphilis ergeben sich für sie nicht nur über sexuelle Kontakte, sondern auch über die gemeinsame Nutzung von Injektionsbesteck beim Drogenkonsum. Bei diesem Übertragungsweg kommt es zu einer primär generalisierten Infektion und damit zu untypischen Erkrankungsverläufen unter Überspringen des Primärstadiums. Die auftretende Symptomatik ist bei einer Syphilis oft vieldeutig und wird daher öfter missdeutet oder gar nicht wahrgenommen.

Trotz ihres erhöhten Risikos für Infektionen werden drogengebrauchende Prostituierte über herkömmliche „Komm-Strukturen“ im Gesundheitssystem besonders schlecht erreicht. Notwendig und sinnvoll ist daher die Integration und Vernetzung der verschiedenen für Drogengebraucher relevanten gesundheitlichen Aspekte in der Betreuungsarbeit. Drogengebraucher haben durchaus sehr häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem, aber ihre Bereitschaft, wegen verschiedenartiger Probleme mehrere unterschiedliche Institutionen oder Ärzte aufzusuchen, ist gering. Um die Syphilis-Inzidenz im Rahmen von Beschaffungsprostitutions-assoziierten Ausbrüchen zu senken,

Senkung der Syphilis-Inzidenz: Akteure



muss daher eine Kooperation mit einem breiten Netz potenzieller Anlaufstellen für drogengebrauchende Frauen etabliert werden (s. Schaubild auf dieser Seite und Tab. 2).

Senkung der Syphilis-Inzidenz – Möglichkeiten

- ▶ in der ärztlichen Versorgung
 - Aufmerksamkeit schaffen
 - Wissen verbessern
 - Kooperationsstrukturen verbessern
 - regelmäßiges Screening auch für symptomfreie Patienten/innen
 - großzügige Indikation für Labordiagnostik bei unklarer Symptomatik
 - großzügige Indikation für Soforttherapie bei eindeutiger Klinik und mangelnder Compliance
- ▶ in Anlaufstellen und Beratungseinrichtungen
 - Aufmerksamkeit schaffen
 - Wissen verbessern
 - Kooperationsstrukturen verbessern
- ▶ in der Szene
 - Aufmerksamkeit schaffen
 - Wissen verbessern

Tab. 2: Senkung der Syphilis-Inzidenz – Möglichkeiten

Probleme der Identifikation heterosexueller Syphilis-Infektionsketten

Seit Inkrafttreten der Labormeldepflicht für Syphilis-Infektionen gemäß § 7 (3) Infektionsschutzgesetz Anfang 2001 wurden in Deutschland Syphilis-Ausbrüche im Sinne einer raschen Zunahme der lokalen bzw. regionalen Inzidenz von Syphilismeldungen praktisch ausschließlich im Zusammenhang der Ausbreitung der Syphilis bei Männern, die Sex mit Männern haben, beobachtet. Zwar werden bei ca. 25% der Syphilismeldungen mit Angabe eines Infektionsrisikos heterosexuelle Kontakte als Infektionsweg angegeben, aber dabei scheint es sich in den meisten Fällen um sporadisch auftretende Infektionen zu handeln. Als Ursprung der Infektionen kommen vor allem aus dem Ausland importierte Infektionen (v. a. aus Ost- und Südosteuropa) und Infektionen durch bisexuelle Partner, die die Syphilis über gleichgeschlechtliche Sexualkontakte erworben haben, in Betracht. Infektionen bei Frauen, die sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung anbieten, werden ebenfalls immer wieder diagnostiziert und können natürlich auch auf deren Kunden

übertragen werden. Größere und länger anhaltende Häufungen von Syphilis-Übertragungen im Bereich der Prostitution waren jedoch in den Jahren seit Umstellung der Meldepflicht in Deutschland zuletzt im Jahre 2001 in Köln aufgefallen (s. Abb. 3).

Ein Problem für die Erkennung von heterosexuellen Syphilis-Ausbrüchen – vor allem vor dem Hintergrund einer epidemischen Syphilis-Ausbreitung unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten – stellen die Schwierigkeiten bei der Erhebung der Übertragungsrisiken dar. Sowohl gleichgeschlechtliche Sexualkontakte als auch die Bezahlung sexueller Dienstleistungen sind oftmals tabuisiert und werden bei einem Arzt eventuell nicht angegeben. Es muss daher damit gerechnet werden, dass nicht bei allen Infektionen, bei denen ein heterosexueller Übertragungsweg angegeben wird, diese Angabe auch zutrifft, und dass der Anteil der Infektionen, die bei bezahlten Sexualkontakten übertragen wurden, durch das Meldesystem unterschätzt wird. Darüber hinaus besteht das Problem, dass auf ca. einem Drittel der Syphilis-Meldungen gar keine Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko gemacht werden.

Um heterosexuelle Syphilis-Ausbrüche auf Grundlage der Labor- und Arztmeldungen zu identifizieren, muss auf folgende Parameter geachtet werden:

- ▶ Anzahl und Anteil der weiblichen Erkrankungsfälle in einer bestimmten Region,
- ▶ Anzahl und Anteil der Fälle mit Angabe eines heterosexuellen Übertragungsweges oder plötzliche Zunahme von Fällen ohne Angabe eines Übertragungsrisikos,
- ▶ Angaben zu sexuellen Dienstleistungen gegen Bezahlung bei weiblichen Erkrankungsfällen.

Andere Regionen, in denen ein erhöhtes Risiko für heterosexuelle Syphilis-Ausbrüche besteht

Nach Entdeckung des Ausbruchsgeschehens im Großraum Aachen wurden die Meldedaten bundesweit auf mögliche weitere heterosexuelle Ausbruchsgeschehen analysiert. Auffällig erscheinen dabei im Jahre 2005 Köln mit 17 Syphilis-

Anzahl d. Meldungen

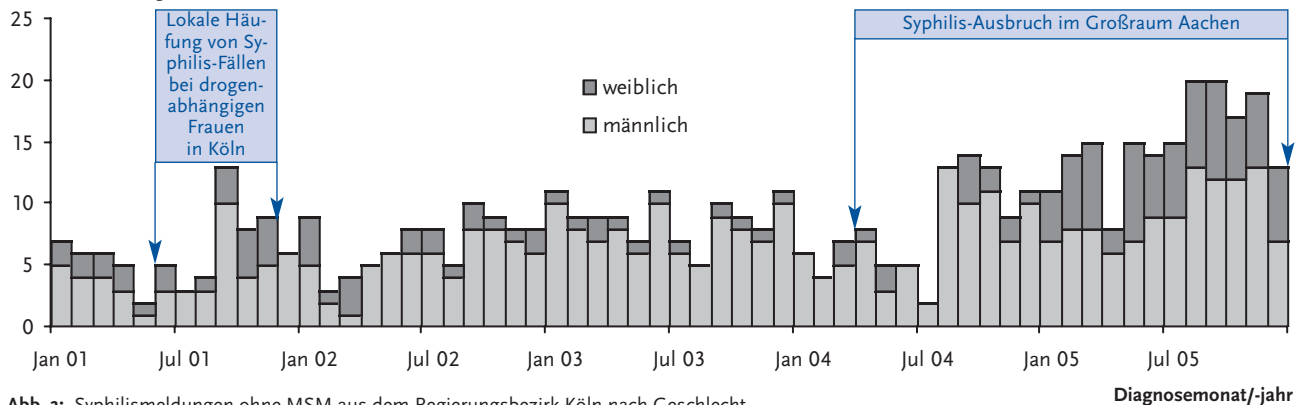


Abb. 3: Syphilismeldungen ohne MSM aus dem Regierungsbezirk Köln nach Geschlecht

meldungen bei Frauen sowie das Rhein-Main-Gebiet (Regierungsbezirk Darmstadt mit den Großstädten Frankfurt und Offenbach) mit 31 Syphilismeldungen bei Frauen im Jahre 2005. Eine längerfristige Zeitreihe über den Zeitraum der letzten drei Jahre lässt allerdings im Rhein-Main-Gebiet keine ausbruchsartige Dynamik erkennen und es ist zu berücksichtigen, dass das „Hintergrundrauschen“ der Syphilisepidemie unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in dieser Region besonders stark ist (s. Abb. 4). Jedoch wurden Syphilisfälle in dieser Region wiederholt auch bei Frauen diagnostiziert, die sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung anbieten, so dass ein Risiko für heterosexuelle Syphilisausbrüche durchaus besteht und erhöhte Aufmerksamkeit erfordert.

In Köln weisen einzelne Angaben auf den Fallmeldungen darauf hin, dass ähnlich wie im Raum Aachen drogenabhängige und Methadon-substituierte Frauen unter den Betroffenen sind.

Konsequenzen für die epidemiologische Surveillance

Um Syphilis- und HIV-Ausbrüche frühzeitig zu entdecken, wird derzeit am RKI ein automatisierter Ausbruchsalgorithmus erarbeitet, mit dem die Meldedaten regelmäßig auf lokale und regionale Häufungen nach bestimmten Kriterien (Geschlecht, Übertragungsrisiko) durchsucht werden und der bei Auffälligkeiten eine Warnmeldung generiert, der dann weiter nachgegangen werden kann. Dies wird eine frühzeitigere Konsultation und Benachrichtigung der lokalen Gesundheitsämter ermöglichen. Die meldenden Laboratorien und Ärzte können die rechtzeitige Entdeckung von Ausbrüchen unterstützen, indem sie insbesondere auf dem

Meldebogen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko und Infektionsort machen. – Die Surveillance-Daten stehen über die Surveillance-Statistik-Webseiten des RKI (<http://www3.rki.de/SurvStat/>) auch den örtlichen Gesundheitsbehörden für Auswertungen zur Verfügung.

Konsequenzen für die Prävention

Die Entwicklung in Deutschland zeigt, dass eine aktive, d.h. gegebenenfalls auch aufsuchende Beratung und Betreuung von Personen, die sexuelle Dienstleistungen anbieten, durch entsprechende Beratungsstellen an den Gesundheitsämtern eine wichtige und unverzichtbare Aufgabe für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist. Eine Vernetzung der STD-Beratung mit dem Drogenhilfe- und Substitutionssystem ist für die Betreuung drogenabhängiger Frauen, die auf dem sog. Drogenstrich arbeiten, nicht nur wünschenswert, sondern unbedingt notwendig.

Diskussionen zwischen Bund, Ländern und Kommunen sind erforderlich, um das System der Surveillance und Prävention sexuell übertragbarer Infektionen zu optimieren. Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie verschiedener Fachgesellschaften zu sexuell übertragbaren Infektionen sind zu intensivieren.

Dank für Informationen zur Situation und zu Maßnahmen vor Ort gilt dem Gesundheitsamt der Stadt Aachen. Besonderer Dank geht an Frau Heidrun Nitschke, Gesundheitsamt der Stadt Köln, für die Überlassung ihres Vortragsmanuskriptes „Syphilis bei intravenösem Drogenkonsum“, dem das Schaubild sowie Tabelle 2 entnommen sind.

Beitrag aus dem FG „HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ der Abteilung Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartner** sind Dr. U. Marcus (E-Mail: MarcusU@rki.de) und Dr. O. Hamouda (E-Mail: HamoudaO@rki.de).

Anzahl d. Meldungen

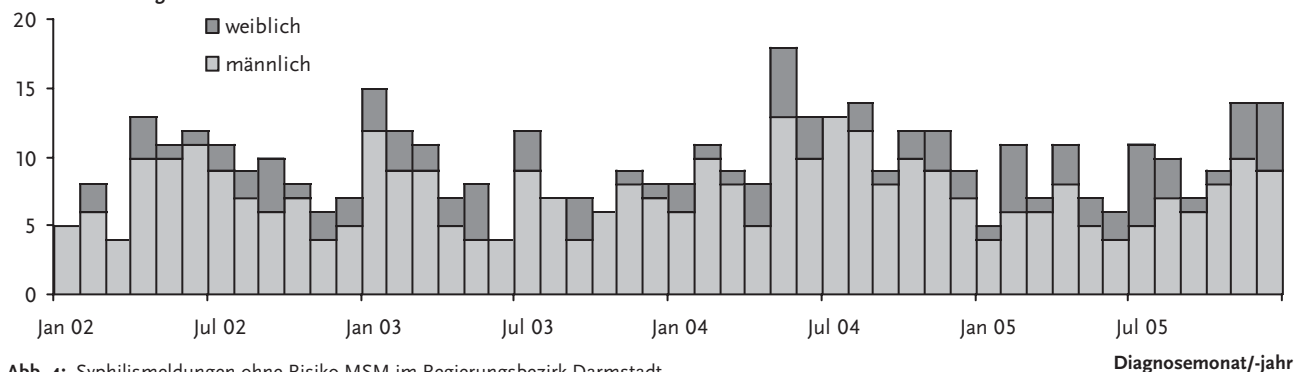


Abb. 4: Syphilismeldungen ohne Risiko MSM im Regierungsbezirk Darmstadt

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 23.5.2006 (18. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten															
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose			
	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	
	2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	68	1.222	1.407	2	37	32	6	94	72	71	958	1.059	1	41	34	
Bayern	76	1.291	1.569	6	44	82	20	277	220	80	1.219	1.280	2	53	63	
Berlin	31	458	735	0	4	16	2	32	68	32	361	375	0	17	33	
Brandenburg	20	384	517	0	9	14	1	102	64	30	425	430	0	6	12	
Bremen	5	68	175	0	1	1	0	13	6	1	50	52	0	1	0	
Hamburg	15	384	575	1	5	7	0	9	6	6	148	173	0	12	10	
Hessen	35	715	856	0	4	4	0	45	41	31	572	756	2	14	22	
Mecklenburg-Vorpommern	15	370	385	0	1	0	3	128	92	25	278	216	0	4	1	
Niedersachsen	45	928	1.272	2	31	30	5	82	54	59	906	1.032	1	6	11	
Nordrhein-Westfalen	160	3.335	4.222	5	87	51	21	459	363	154	2.006	2.228	2	17	18	
Rheinland-Pfalz	27	633	772	0	9	15	4	87	76	29	695	725	1	6	9	
Saarland	5	231	257	0	3	2	0	12	12	9	137	155	0	1	1	
Sachsen	44	1.015	1.204	0	20	18	21	314	250	44	717	841	1	15	41	
Sachsen-Anhalt	17	383	415	2	10	12	5	187	218	45	537	540	0	6	10	
Schleswig-Holstein	14	457	599	1	17	16	3	25	44	14	218	350	0	1	9	
Thüringen	20	385	436	2	7	5	9	124	146	32	469	564	2	13	16	
Deutschland	597	12.259	15.396	21	289	305	100	1.990	1.732	662	9.696	10.776	12	213	290	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.			
	2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	1	29	33	0	41	51	21	480	418			
Bayern	3	55	56	1	35	57	16	523	668			
Berlin	4	34	36	2	16	26	15	323	332			
Brandenburg	0	7	8	0	5	1	3	34	32			
Bremen	0	6	7	0	1	3	0	6	10			
Hamburg	1	5	13	0	13	6	1	24	20			
Hessen	3	53	47	1	29	33	4	150	172			
Mecklenburg-Vorpommern	1	7	5	0	4	9	3	37	30			
Niedersachsen	3	32	36	2	31	37	10	210	262			
Nordrhein-Westfalen	3	64	98	4	112	92	14	386	491			
Rheinland-Pfalz	1	26	18	1	23	38	5	155	230			
Saarland	0	4	3	0	5	5	0	18	16			
Sachsen	0	9	12	1	16	6	1	90	91			
Sachsen-Anhalt	1	5	5	0	5	21	4	65	80			
Schleswig-Holstein	3	12	19	0	13	7	4	99	92			
Thüringen	0	5	8	0	21	12	4	62	58			
Deutschland	24	353	404	12	370	404	105	2.662	3.002			

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,

Stand v. 23.5.2006 (18. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			Land
18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
1	78	114	171	3.786	3.154	145	3.529	1.977	9	212	219	2	28	19	Baden-Württemberg
7	170	176	54	2.891	3.065	201	5.862	4.036	10	183	344	3	18	9	Bayern
2	45	51	22	1.800	2.899	23	1.838	1.962	3	98	125	2	18	14	Berlin
0	53	74	41	1.578	3.277	51	3.598	3.010	2	17	34	1	9	14	Brandenburg
0	6	13	0	236	362	6	266	186	0	13	23	1	6	5	Bremen
0	21	38	33	1.833	869	23	1.211	820	3	28	45	0	2	2	Hamburg
2	81	69	29	1.075	2.070	73	1.997	1.578	2	70	85	0	3	4	Hessen
1	56	50	19	1.277	2.502	88	2.969	2.636	0	55	89	0	45	36	Mecklenburg-Vorpommern
8	144	166	53	2.995	4.130	144	4.338	2.347	6	64	101	2	24	22	Niedersachsen
9	235	279	289	5.252	7.647	215	8.189	5.437	10	211	306	1	28	35	Nordrhein-Westfalen
3	73	114	62	1.211	2.574	102	2.433	1.617	4	78	51	0	5	5	Rheinland-Pfalz
0	27	37	0	59	625	22	460	365	0	13	13	0	1	1	Saarland
7	185	252	25	4.107	5.604	160	7.237	6.980	3	61	178	1	26	62	Sachsen
7	111	113	72	1.560	1.553	86	3.200	3.984	2	35	73	1	9	13	Sachsen-Anhalt
3	62	65	30	853	882	31	1.060	726	0	24	24	0	2	3	Schleswig-Holstein
9	137	143	63	2.810	2.439	161	3.579	2.489	0	22	42	0	9	8	Thüringen
59	1.484	1.754	963	33.323	43.652	1.531	51.766	40.150	54	1.184	1.752	14	233	252	Deutschland

Weitere Krankheiten									
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose			Land
18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	18.	1.–18.	1.–18.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	
1	27	32	3	86	10	4	209	265	Baden-Württemberg
4	52	46	2	43	75	6	252	344	Bayern
0	12	12	2	10	7	3	120	132	Berlin
1	8	10	0	2	2	4	34	61	Brandenburg
0	3	2	0	1	1	0	32	22	Bremen
1	3	6	2	9	2	1	71	54	Hamburg
1	11	18	0	36	246	7	154	207	Hessen
0	4	7	0	0	1	1	37	56	Mecklenburg-Vorpommern
0	22	36	1	9	10	4	152	161	Niedersachsen
3	84	78	90	1.095	16	24	481	522	Nordrhein-Westfalen
0	9	11	0	25	10	2	62	109	Rheinland-Pfalz
0	3	6	0	0	0	0	31	34	Saarland
0	10	14	0	1	7	8	57	80	Sachsen
1	12	7	0	1	1	2	38	66	Sachsen-Anhalt
0	6	6	6	14	3	3	39	43	Schleswig-Holstein
1	8	19	0	0	0	2	52	52	Thüringen
13	274	310	106	1.332	391	71	1.821	2.208	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

Stand v. 23.5.2006 (18. Woche 2006)

Krankheit	18. Woche 2006	1.–18. Woche 2006	1.–18. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	17	143	45	138
Brucellose	2	9	10	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	16	25	88
Dengue-Fieber	3	55	34	144
FSME	1	2	7	432
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	10	24	79
Hantavirus-Erkrankung	2	16	113	448
Influenza	54	3.625	12.550	12.735
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	46	30	70
Legionellose	9	150	134	555
Leptospirose	1	13	10	58
Listeriose	7	148	130	510
Ornithose	6	13	6	33
Paratyphus	0	14	20	56
Q-Fieber	0	32	25	416
Trichinellose	0	18	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	3	27	39	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:**

1. Baden-Württemberg, 71 Jahre, weiblich (Infektionsland Mauritius)
2. Mecklenburg-Vorpommern, 41 Jahre, männlich (Infektionsland Mauritius)
3. Nordrhein-Westfalen, 53 Jahre, männlich (Infektionsland Madagaskar)
(22. bis 24. Chikungunya-Fall 2006)

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 BerlinTel.: 030 18.754-0
Fax: 030 18.754-26 28
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.: 030 18.754-23 24 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 030 18.754-24 55
Fax.: 030 18.754-24 59
E-Mail: FehrmannS@rki.de**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 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 E 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit E 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 030 18.754-22 65 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „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