



Epidemiologisches Bulletin

24. August 2009 / Nr. 34

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Begleiterhebung von Wissen, Einstellungen und Risikoverhalten bei Nutzern von HIV-Testangeboten

In den vergangenen etwa anderthalb Jahren wurde verstärkt darüber diskutiert, wie eine frühzeitigere Diagnose von HIV-Infektionen erreicht werden und damit die Zahl der erst sehr spät entdeckten Infektionen vermindert werden kann. Ein Ansatzpunkt dafür sind niedrigschwellige Testangebote, bei denen im Rahmen einer professionellen Beratung, u. a. HIV-Schnellteste, angeboten werden. Einige Einrichtungen, die solche Testangebote etabliert haben, erheben im Rahmen der Beratung und Testung auch Daten zu Wissen, Einstellungen und Risikoverhalten der Nutzer unter Verwendung strukturierter selbst auszufüllender Fragebögen. Im Folgenden berichtet die Einrichtung Checkpoint/Check Up aus Köln über eine erste Auswertung der Erfahrungen mit einem neu etablierten HIV-Schnelltestangebot und Ergebnisse der Nutzerbefragung. Die Beobachtungen und Ergebnisse sind im Hinblick auf das Risikoverhalten insbesondere in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, von überregionalem Interesse und können helfen, in Beratungsgesprächen mit Testwilligen gezielter auf Risiken und problematisches Risikomanagement einzugehen.

Ausgewählte Ergebnisse der Pilotphase des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes von Checkpoint/Check Up im Rahmen des BuT-Projektes der Aidshilfe NRW e. V.

Setting

Die Pilotphase des anonymen Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes von Checkpoint (SchwIPS e.V.) und Check Up (Aidshilfe Köln e.V.) im Rahmen des Beratungs- und Testprojektes (BuT) der Aidshilfe NRW e. V. umfasste vier Abendtermine (jeweils Donnerstag ab 19.00 Uhr am 20.11.2008, 27.11.2008, 4.12.2008 und 11.12.2008 in den Räumen des Checkpoints, Pipinstraße 7). Der HIV-Antikörpertest Determine™ HIV-1/2 (Inverness Medical) wurde – mittels Vollblut aus der Fingerbeere – von Ärzten durchgeführt. Die Testberatung und Mitteilung der Schnelltestergebnisse erfolgte durch zwei qualifizierte Berater (Dipl. Sozialpädagogin/Dipl. Pädagoge). Zur Strukturierung der Beratungsgespräche und für statistische Zwecke wurde ein pseudonymisierter Fragebogen eingesetzt, der von den Nutzern des Angebotes während der Wartezeit ausgefüllt werden konnte.

Für die notwendigen Bestätigungstests (*Western Blot*) der reaktiven Antikörpertests erfolgte eine zusätzliche Blutentnahme durch die Ärzte. Die Untersuchung der Proben wurde vom Labor Wisplinghoff und Kollegen (Köln) durchgeführt, die Mitteilung der Ergebnisse der Laboruntersuchung erfolgte jeweils am darauf folgenden Montag ab 17.00 Uhr in einem persönlichen Gespräch. Ehrenamtliche Kräfte, die bereits mehrheitlich das BuT-Grundlagentraining der Aidshilfe NRW e. V. absolviert haben, wurden zur Betreuung der Testwilligen und für logistische Aufgaben eingesetzt.

Zusammensetzung der Nutzer des Angebotes

Insgesamt wurde das Testangebot von 162 Personen genutzt. Bei 157 Personen wurde nach dem Beratungsgespräch ein Schnelltest durchgeführt. In 8 Fällen

Diese Woche 34/2009

Sexuell übertragbare Krankheiten

- ▶ Ergebnisse der Pilotphase eines Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes in Köln
- ▶ Erfahrungsbericht einer Ambulanz für sexuell übertragbare Infektionen in München

Veranstaltungshinweise

- ▶ Deutscher STD-Kongress
- ▶ Megacities: Health, Geomatics and Climate Change

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
31. Woche 2009
(Datenstand: 19. August 2009)

ARE/Influenza, Neue Influenza

Zur Situation in der
33. Woche 2009



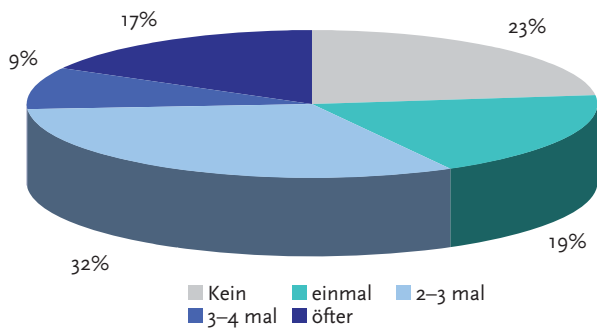


Abb. 1: Häufigkeit der HIV-Tests. Angaben in Prozent. n=114

(5%) war der HIV-Antikörper-Schnelltest reaktiv. Die *Western-Blot*-Laboruntersuchung bestätigte 7 von 8 der reaktiven Tests (d. h. ein falsch reaktives Suchtergebnis). Zwei Personen holten das Ergebnis des Bestätigungstests nicht ab.

Hauptzielgruppe des anonymen Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes sind Männer, die (auch) Sex mit Männern haben, unabhängig davon ob sie sich als homosexuell (schwul) beziehungsweise bisexuell bezeichnen, oder diese Kategorien für sich ablehnen. Diese Gruppe wird im Folgenden als **MSM** bezeichnet.

Davon abzugrenzen sind die Männer, die angaben, ausschließlich heterosexuelle Kontakte zu haben (im Folgenden **Hetero-Männer** genannt). Das Angebot wurde auch von **Frauen** aufgesucht. In den Beratungsgesprächen stellte sich heraus, dass der überwiegende Teil der weiblichen Nutzer Sexkontakte/Beziehungen mit MSM-Männern hatten und somit ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko vorlag.

Die Nutzer des Angebotes verteilten sich wie folgt auf die oben aufgeführten Kategorien: **MSM: 74%, Hetero-Männer: 17%, Frauen: 9%**.

Zusätzlich wurde im Fragebogen abgefragt, ob die Nutzer des Angebotes selbst beziehungsweise ihre Familie nach Deutschland migriert waren. Einen Migrationshintergrund hatten insgesamt 39 Personen (24%).

Auswertung der Fragebögen von Patienten mit MSM-Risiko

Insgesamt lagen nach Abschluss der Erprobungsphase 152 auswertbare Fragebögen vor, die nicht immer komplett oder eindeutig ausgefüllt wurden. **Die im Folgenden dargestellten Zahlen beziehen sich auf die eigentliche Hauptzielgruppe des Schnelltest-Angebotes, also auf Männer, die (auch) Sex mit Männern haben (MSM).** Für diese Gruppe lagen im Ganzen 114 Fragebögen vor.

HIV-Test: Häufigkeit, Alter, Gründe

Jeder vierte Mann (23%) ließ im Rahmen des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes zum ersten Mal seinen Serostatus abklären. Ein weiteres Viertel (26%) hatte sich bereits viermal oder öfter und jeder Dritte (32%) zwei- bis dreimal auf HIV-Antikörper testen lassen. 19% der Teilnehmenden waren einmal getestet (s. Abb. 1).

Von den Teilnehmern, die bereits getestet waren, hatten 40% im selben oder im Vorjahr eine Testmöglichkeit in Anspruch genommen. Bei 30% lag der letzte Test auf HIV-Antikörper zwei bis drei Jahre zurück. Bei eben so vie-

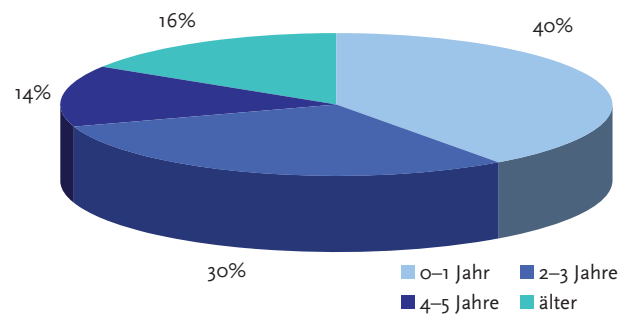


Abb. 2: Alter des letzten HIV-Tests. Angaben in Prozent. n = 112

len (30%) waren seit dem letzten HIV-Test vier oder mehr Jahre vergangen, wobei es bei dieser Gruppe besonders fraglich ist, ob der zuletzt ermittelte negative Serostatus noch Gültigkeit besitzt (s. Abb. 2).

Befragt nach den Gründen einen HIV(-Schnell)-Test durchführen zu lassen, gab jeder Dritte (36%) an, eine/mehrere konkrete Risikosituation(en) erlebt zu haben. Für fast genauso viele (34%) war der Test eine Routinekontrolle ohne spezielle vorherige Risikosituation(en). Ein Viertel (25%) gab eine neue Beziehung als Grund für den HIV-Antikörpertest und die Abklärung des Serostatus an.

Umgang mit Risiken

Auch wenn das Eingehen eines Risikokontaktes nicht immer der ausschlaggebende Grund für die Durchführung eines HIV-Schnelltestes war, gab der weit überwiegende Teil der Befragten (87%) an, solche Risikosituationen in der Vergangenheit erlebt zu haben. In der deutlichen Mehrheit der Fälle (62%) handelte es sich dabei um ungeschützten **Analverkehr** (UAV). Knapp halb so viele (27%) berichteten von riskanten Spermakontakten beim **Oralverkehr** (OVmSK) mit anderen Männern. Nur 7% der beschriebenen Risikokontakte ereigneten sich beim Sex mit Frauen (ungeschützter Vaginalverkehr, UVV, beziehungsweise Oralverkehr mit Vaginalsekret- oder Menstruationsblutkontakt, OVmVSK; s. Abb. 3).

In fast allen Fällen (93%) handelte es sich bei den Episoden ungeschützten Analverkehrs um mehr oder minder bewusst eingegangene Risiken: Nur in 7% wurde ein Kondomunfall (z. B. Bersten oder Abrutschen des Kondoms) als Grund für diese Risikosituation benannt. 56% gaben an, beim ungeschützten Analverkehr der insertive Partner ge-

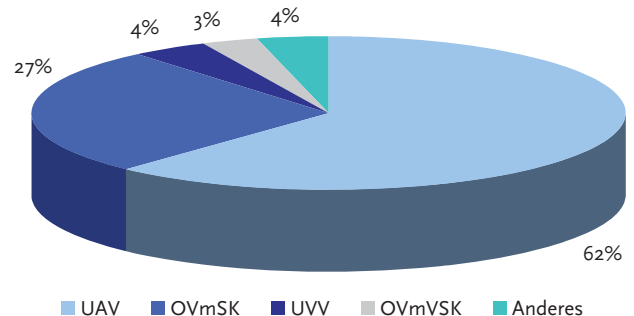


Abb. 3: Verteilung nach Risikosituationen. Angaben in Prozent

UAV=ungeschützten Analverkehr; OVmSK=Oralverkehr mit Spermakontakten; UVV=ungeschützter Vaginalverkehr; OVmVSK=Oralverkehr mit Vaginalsekret- oder Menstruationsblutkontakt

%	Gründe für das Eingehen von Risikosituationen
17%	„...ich bin davon ausgegangen, dass mein Partner HIV-negativ war.“
17%	„...ich hatte ein Gefühl des Vertrauens.“
14%	„...ich habe Drogen und/oder Alkohol konsumiert und die Kontrolle verloren.“
10%	„...ich wollte dem Partner möglichst nah sein.“
9%	„...wenn der Partner HIV-positiv gewesen wäre, hätte er es mir gesagt.“
9%	„...mein Sexpartner wollte es ohne Kondom und ich konnte/wollte nicht nein sagen“
6%	„...ich weiß nicht wie es dazu kam.“
6%	sonstige Gründe
4%	„...ich bekomme mit Kondomen keine/nur schwer eine Erektion.“
4%	„...ich hatte Lust dieses Risiko einzugehen.“
3%	„...ich hatte kein Kondom dabei.“
1%	„...ich benutze nie Kondome.“

Tab. 1: Gründe für das Eingehen von Risikosituationen

wesen zu sein. Demnach betraf der kleinere Anteil von 44 % die Risikokontakte, bei denen die Befragten die rezeptive Position einnahmen. Bei 40 % der Episoden ungeschützten rezeptiven Analverkehrs wurde im Körper des Partners ejakuliert; in der Mehrheit wurde dies also vermieden.

Antworten nach den Gründen für das Eingehen der Risikosituation der Nutzer des Beratungs- und Schnelltest-Angebotes finden sich in Tabelle 1.

Unter anderem wollten wir von den Teilnehmern wissen, ob sie neben *Safer Sex* noch andere **Strategien der Risikoreduzierung** anwenden. Dies war bei mehr als 3 von 4 Männern (78 %) der Fall, 22 % gaben an, ausschließlich *Safer Sex* zu praktizieren. Von den „Risikoreduzierern“ gab ein knappes Drittel (29 %) an, ungeschützten Sex nur mit ihrem festen Partner innerhalb einer monogamen Beziehung zu praktizieren.¹ Ebenso viele (29 %) praktizieren „**Serosorting**“, jedoch in stark unterschiedlicher Ausprägung in Bezug auf die Validität dieser Risikoreduzierungsstrategie: So erfragen nur 4 von 10 Männern tatsächlich

den Serostatus ihrer Sexpartner, der weitaus größere Teil (61 %) belässt es bei Mutmaßungen („**Seroguessing**“). Für ein Drittel (32 %) derjenigen, die versuchen den Serostatus aufgrund von Merkmalen und Verhaltensweisen zu erspüren, reicht bereits ein gesundes Aussehen der Gelegenheitspartner, um beim Sex auf Kondome zu verzichten.

Jeder vierte Mann (24 %), der Risikoreduzierungsstrategien anwendet, versucht sich/seinen Partner dadurch zu schützen, indem beim Analverkehr auf eine Ejakulation im Körper verzichtet wird („**Dipping**“, „**Withdrawal before Ejaculation**“, „**Coitus interruptus**“). Dieser relativ hohe Anteil wird auch dahin gehend bestätigt, dass bei den Fragen zu Risikokontakten 60 % der Befragten angeben, ungeschützten Analverkehr zu praktizieren, ohne dass dabei Sperma im Körper des Partners deponiert wurde.

Immerhin noch 10 % glauben ihr Infektionsrisiko dadurch senken zu können, daß sie beim Analverkehr ohne Kondom ausschließlich den insertiven Part übernehmen („**Strategische Positionierung**“) und weitere 6 % halten sich aufgrund ihres Beschneidungsstatus für weniger gefährdet.² Die Höhe der Viruslast eines seropositiven Partners wird nur von 2 % der Befragten in die Überlegungen zum Risikomanagement mit einbezogen (s. Abb 4).

Beziehungsformen/Partnerzahlen

Etwas mehr als die Hälfte (55 %) der Nutzer des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes leben als Single, ein Viertel (25 %) in einer sexuell treuen, monogamen Beziehung. Jeder Fünfte (20 %) führt eine offene Beziehung, bei der es neben dem Sex mit dem festen Partner/der festen Partnerin auch noch weitere sexuelle Kontakte außerhalb der Beziehung gab.

Von den Männern, die in offenen Beziehungen leben, haben 82 % Absprachen zum Sex mit anderen Partnern getroffen. In fast jeder fünften Beziehung (18 %) existieren solche Verabredungen/Vereinbarungen jedoch nicht.

Der größte Teil der Befragten (41 %) gab an, in den vergangenen 12 Monaten vier bis zehn Sexpartner gehabt

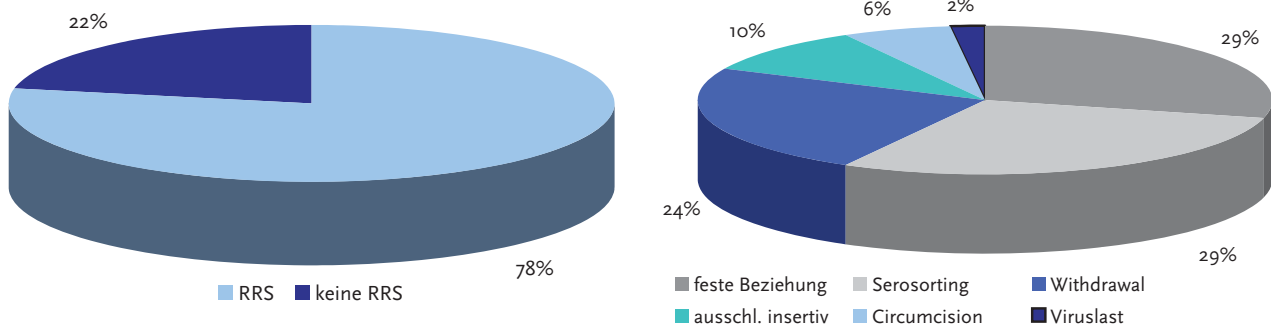


Abb. 4: Relative Häufigkeit der Verwendung alternativer oder zusätzlicher Risikoreduzierungsstrategien (RRS) als Safer Sex. Angaben in Prozent

1 Dies ist insofern eine bedenkliche Art der Risikoreduzierung, da aktuelle Untersuchungen (s. „Wie leben schwule Männer heute?“ Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, M. Bochow et al., 2007) zu dem Ergebnis kommen, dass in wenigstens 37 % aller Beziehungen zumindest einer der Partner ungetestet ist, gleichzeitig aber der konsistente Kondomgebrauch mit der Dauer einer Beziehung kontinuierlich abnimmt. So benutzen beispielsweise nach sechs Monaten fester Beziehung nur noch knapp ¼ der Paare Kondome beim Analverkehr.

2 In welchem Umfang eine Beschneidung einen Schutzeffekt in Bezug auf das HIV-Infektionsrisiko des insertiven Partners beim Analverkehr hat, ist bis dato ungeklärt. Publierte Daten geben den Teilschutz für den beschnittenen insertiven Partner bei vaginalem Verkehr mit ca. 60% an. Es ist jedoch unklar, ob sich diese Daten, die vor allem aus Sub-Sahara-Afrika stammen und sich ausdrücklich auf Vaginalverkehr beziehen, auf Analverkehr in Mitteleuropa übertragen lassen.

zu haben. 30 % hatten weniger als vier Partner im Jahr vor dem Test (davon 7 % nur einen einzigen) und fast ebenso viele (29 %) mehr als zehn Sexpartner.

Diskussion, Schlussfolgerungen, Ausblick

Bei der Auswertung der Daten der Fragebögen zeichnen sich einige Themenfelder/Fragestellungen ab, die unter primärpräventiven Gesichtspunkten von besonderem Interesse sind. Da die Gesamtdatenmenge allerdings begrenzt ist, können hier bestenfalls Arbeitshypothesen gebildet werden, die im weiteren Verlauf des Angebotes (und hier speziell innerhalb des Beratungssettings) weiter verfolgt werden sollten. Exemplarisch sind im Folgenden drei dieser Themenfelder kurz umrissen:

Risikofaktor Analverkehr

Fast 9 von 10 testwilligen Männern (87 %) berichten von einer oder mehreren Episode(n) ungeschützten Analverkehrs in der Vergangenheit. Auffällig ist hierbei, daß zu 60 % ein Deponieren von Sperma im Körper des Partners vermieden wurde und zwar unabhängig davon, ob diese Praktik in der insertiven oder rezeptiven Position ausgeführt wurde. Dass der ungeschützte Analverkehr mehrheitlich ohne Ejakulation erfolgt, lässt vermuten, dass der Verzicht auf die Ejakulation innerhalb des Körpers des Partners (zumindest bei einem nicht unerheblichen Teil der Befragten) im Sinne eines Risikomanagements erfolgte. Offenbleiben muss allerdings die Frage, ob der präventive Wert dieser Risikoreduzierungsstrategie von den Befragten auch tatsächlich richtig eingeschätzt wird: Für den Insertiven ist es in Bezug auf das HIV-Infektionsrisiko irrelevant, ob die Penetration mit oder ohne Ejakulation erfolgt. Für den **Rezeptiven** mag ein Verzicht auf die Ejakulation das Infektionsrisiko zwar mindern, die Wirksamkeit dieser Maßnahme zur Verminderung des HIV-Risikos beim ungeschützten Analverkehr ist aber unklar.

Rolle der Viruslast

Die Höhe der Viruslast eines seropositiven Partners wird nur von 2 % der Befragten in die Überlegungen zum Risikomanagement mit einbezogen. Für dieses auffällig niedrige Ergebnis lassen sich gleich mehrere Deutungsvarianten formulieren:

Möglicherweise ist diese Strategie in ihrer Anwendung für Sex mit Gelegenheitspartnern zu komplex (sie erfordert ein hohes Maß an Kommunikation zwischen den Partnern) oder die aktuelle Diskussion um Sex bei Viruslast unter der Nachweisgrenze ist noch gar nicht bis zum „Endverbraucher“ durchgedrungen.

Andererseits muss auch davon ausgegangen werden, dass HIV-Negative und HIV-Positive die Informationen zur Infektiosität bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze unterschiedlich aufnehmen, verarbeiten und erinnern, da diese für beide Gruppen eine unterschiedliche Bedeutung haben. Der weitaus größere Teil der im Rahmen des Test- und Beratungsangebotes erreichten Männer geht aber davon aus, dass sich ihr negativer HIV-Serostatus durch den Test bestätigt. Somit könnten die Informationen zur Infek-

tiosität bei geringer Viruslast von den Teilnehmern als für sie irrelevant erachtet werden.

„Gefühlte“ Sicherheit?

Die im ersten Teil dargestellten Zahlen lassen vermuten, dass viele der Männer, die im Rahmen des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes befragt werden konnten, die Sicherheit bei Sexkontakten nicht explizit verbal aushandeln (im Sinne einer „Negotiated Safety“), sondern sich häufig situativ auf eine eher „gefühlte“ Sicherheit verlassen. Hinweise, die diese Hypothese stützen können, sind etwa die in Tabelle 1 aufgeführten Gründe für das Eingehen von Risikokontakten. Die fünf häufigst benannten Ursachen (mit Ausnahme der Antwort „Kontrollverlust durch Drogen und/oder Alkohol“) beziehen sich mehr oder weniger explizit auf den Themenkomplex des Vertrauens oder spiegeln (unbestätigte) optimistische Annahmen und Vermutungen der Befragten über ihre Sexpartner wider. Zusammengenommen machen diese Aussagen 43 % der Nennungen aus. Auch die Bereitschaft zum Kondomverzicht in Abhängigkeit von äußeren Erscheinungsmerkmalen der Sexpartner (s. „Serosorting“) deutet in diese Richtung: Ein „gesundes Aussehen“ ist für ein Drittel (32 %) derjenigen Männer, die „Serosorting“ betreiben (immerhin 29 % der Befragten), ein ausreichender Grund um auf Kondome zu verzichten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die anvisierte Zielgruppe durch das Angebot sehr gut erreicht werden konnte: 3 von 4 Nutzern (74 %) des anonymen Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes gehörten zur Zielgruppe der MSM, ein Viertel (24 %) hatte einen Migrationshintergrund. Zudem berichtete ein nicht unwesentlicher Teil der Männer, die im Fragebogen ausschließlich heterosexuelle Kontakte angaben, im anschließenden Beratungsgespräch auch von sporadischen Sexkontakten mit anderen Männern (aus methodischen Gründen ist es leider nicht möglich diese Werte prozentual abzubilden). 23 % der getesteten MSM ließen im Rahmen des Angebotes zum ersten Mal ihren Serostatus abklären und wurden demnach von bestehenden Testangeboten bisher nicht erreicht.

Inwieweit der Anteil von heterosexuellen Männern und Frauen auf die ausführliche Berichterstattung in der Tagespresse zurückzuführen ist (die in den Veröffentlichungen keine Differenzierung hinsichtlich der Zielgruppe vorgenommen hatte), kann aus den vorliegenden Daten nicht ermittelt werden. Ob sich zukünftig die Nutzerstruktur noch weiter zu Gunsten der Gruppe der Männer, die Sex mit anderen Männern haben, verschiebt, wird die Auswertung von Folgeterminen zeigen.

Aufgrund der hohen Nutzerfrequenz und Zielgruppenakzeptanz wird das Angebot weiter fortgesetzt und soll möglichst dauerhaft implementiert werden.

Für diesen Beitrag danken wir Rainer Rybak (Check Up, Köln). Verantwortlich für das Test- und Beratungsangebot sind Uschi Peters (Checkpoint, Köln) und Felix Laue (Check Up, Köln).

Ambulanz für sexuell übertragbare Infektionen als Angebot eines großstädtischen Gesundheitsamtes – ein Erfahrungsbericht aus München

Eine Zunahme sexuell übertragener Infektionen in Europa ist unbestritten. Nicht nur die Zahlen des Robert Koch-Institutes (RKI) – z. B. Statistiken zu HIV/Lues oder eine 2007 publizierte Studie des Robert Koch-Instituts zu Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei homosexuellen Männern (*Knowledge, Attitudes, Behaviour as to Sexually Transmitted Infections*, KABASTI-Studie) – bestätigen diesen Trend. Ähnliche Daten werden auch aus anderen europäischen Ländern gemeldet.

Eindeutig ist die Gruppe der MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) besonders häufig von STI (*sexually transmitted infections*) betroffen. Infektionsrisiken innerhalb dieser Gruppe bleiben jedoch nicht auf das männliche Geschlecht beschränkt, da bis zu etwa einem Drittel der MSM (je nach Studie) gelegentlich oder regelmäßig Sex mit Frauen haben.

Eine weitere Gruppe mit erhöhtem STI-Risiko sind junge Menschen, die in der Phase der Partnersuche und der Ablösung vom Elternhaus oft mehrfach den Partner wechseln. Ein erhöhtes STI-Risiko kann auch bei Personen oder Personengruppen vorliegen, die aus aufenthaltsrechtlichen, kulturellen oder sozialen Gründen nicht die üblichen Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens aufsuchen. Eine STI wird dann unter Umständen nicht oder zu spät behandelt und es besteht ein größeres Risiko, dass weitere Sexualpartner oder Sexualpartnerinnen infiziert werden. Die Kooperationspartner der STI-Ambulanz in München berichten über einen hohen Anteil junger weiblicher Migrantinnen und „sans papiers“, die im reproduktiven Alter sind und daher potenziell – auch über die Infektion der Kinder – zur Verbreitung von STI beitragen können.

Trotz einer seit Juli 2007 bestehenden gesetzlichen Verpflichtung zur Krankenversicherung versichert sich ein nicht geringer Anteil der Bürgerinnen und Bürger in sozialen Notlagen nicht. Ein Grund dafür ist, dass bei Eintritt in eine Krankenkasse die Beiträge für die davor liegende versicherungslose Zeit rückwirkend nachgezahlt werden müssen, was für viele nicht zu leisten ist. So sind nicht nur junge Menschen aus anderen Ländern, wie Au-pairs oder Studentinnen und Studenten, nicht oder nicht ausreichend versichert, sondern zunehmend auch Deutsche.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass es nicht eine, sondern verschiedene Gruppen mit einem erhöhten STI-Risiko und/oder einem mangelhaften Zugang zu den üblichen Versorgungsstrukturen gibt, insbesondere MSM, Jugendliche, Migranten, „sans papiers“ und Menschen in sozialen Notlagen.

Nicht nur die Ebene der Diagnostik, sondern auch die Wahrnehmung von Krankheitszeichen und die Erfolgskontrolle der Behandlung können schwierig sein: Häufig wird aus

individuell unterschiedlichen Gründen eine STI zunächst nicht festgestellt (z. B. niedriges Bildungsniveau, anderes kulturelles Umgehen mit körperlichen Beschwerden oder kein oder nur ein erschwerter Zugang zu medizinischer Versorgung). Möglicherweise wird selbst bei Beschwerden keine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen (z. B. Scham, mangelnde Infrastruktur oder problematisches soziales Umfeld, keine Krankenversicherung). Selbst bei stattfindender Behandlung ist deren Erfolg gefährdet, wenn sachgerechte Aufklärung nicht erfolgt, beispielsweise über die Notwendigkeit der Partnerbehandlung bei bestimmten STI, um eine Wiederaansteckung oder Weiterverbreitung zu verhindern.

Um diese Lücken in Aufklärung, Diagnostik und Behandlung von STI zu verringern, wurde die Ambulanz für sexuell übertragbare Infektionen (STI-Ambulanz) im März 2007 als neues Angebot der Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Infektionen einschließlich AIDS am Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) München eröffnet. Damit wurde §19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verstärkt Rechnung getragen. Angeboten werden klinische, gynäkologische und Labor-Untersuchungen, Sonografie und Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen.

Der Zulauf steigerte sich kontinuierlich, wie in Abbildung 1 ersichtlich, obwohl auf Werbemaßnahmen verzichtet wurde. Im Eröffnungsjahr 2007 hatten 49 Personen die STI-Ambulanz aufgesucht. Im Jahr 2008 konnten bereits 176 Konsultationen registriert werden, davon waren 36 Männer (20%) und 140 Frauen (80%). Diese 176 Konsultationen entfielen auf 122 Personen, die sich zum Teil mehrmals vorstellten.

Personell wurde die Sprechstunde, die einmal wöchentlich für zwei Stunden stattfand, bis Ende September 2008 von einer Frauenärztin, einer Arzthelferin und einer

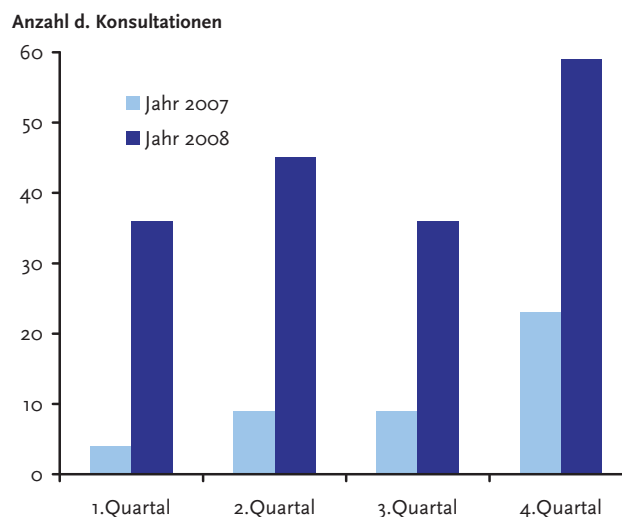


Abb. 1: Jahresvergleich der Anzahl der Konsultationen der STI-Ambulanz

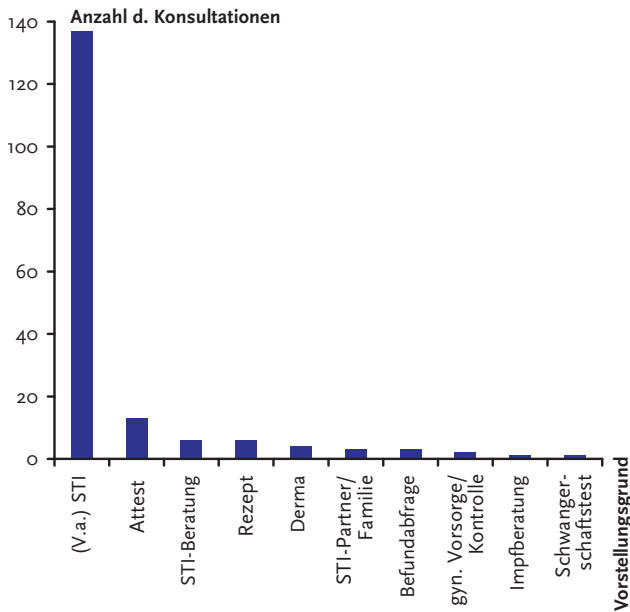


Abb. 2: Vorstellungsgründe in der STI-Ambulanz

Verwaltungsangestellten betreut. Seit dem letzten Quartal 2008 arbeitet eine zweite Frauenärztin im Team. Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf das Jahr 2008.

Herkunft der Klienten

Die Besucherinnen und Besucher der STI-Ambulanz kamen aus 30 Nationen. 69 Personen (57%) kamen aus Deutschland, die in der Reihenfolge nächst häufigen Herkunftsländer waren Polen, die Ukraine, Russland, Rumänien und Kroatien. Insgesamt kamen 26 Personen (31%) aus Osteuropa oder Zentraleuropa. Die Altersspanne reichte bei den Frauen von 20 bis 55 Jahren, bei den Männern von 22 bis 58 Jahren.

Gründe der Vorstellung

Sowohl bei den Frauen, als auch bei den Männern war der Verdacht auf eine sexuell übertragbare Infektion der häufigste Grund, die Ambulanz aufzusuchen (78% bzw. 137 Kontakte). Weitere Gründe sind, wie in der Abbildung 2 ersichtlich, weit seltener ausschlaggebend.

Kontaktarten

Die Klientinnen und Klienten wurden bei ihrer Erstvorstellung gefragt, wie sie auf die STI-Ambulanz aufmerksam wurden. Die Antworten sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Untersuchungsergebnisse

Im Jahr 2008 wurden keine positiven Nachweise für HIV, Hepatitis B oder C gefunden, auch war keine der nach

Kontakt über	Anzahl der Erstvorstellungen
Kolleginnen/Kollegen	44
Internet	21
Freunde	20
STI-Testberatung	15
Flyer	11
andere	7
Club	3
unbekannt	1

Tab. 1: Über welche Kontakte kamen die Klientinnen und Klienten in die STI-Ambulanz?

Papanicolaou untersuchten Abstriche des Gebärmutterhalses bzw. des Muttermundes auffällig.

Allerdings wurde, wie in Tabelle 2 dargestellt, bei den insgesamt 122 Personen, welche die STI-Ambulanz aufsuchten, 29-mal eine STI festgestellt, bei der Behandlungs- bzw. Kontrollbedarf bestand.

Chlamydien

Bei den Tests auf Chlamydien und Gonokokken besteht hinsichtlich der Ergebnisse eine Unschärfe, da beide Tests (Amplicor®, Firma Roche, kombinierter NAAT-Test zum PCR Nachweis beider Erreger) einen hohen Anteil von 20% an nicht beurteilbaren Ergebnissen aufwiesen. Nachfragen im betreuenden Labor ergaben, dass die Probleme auch bei Proben anderer Einsender auftraten. Seit 2009 ist ein neuer Labor-Testkit im Einsatz, bei dem aus heutiger Sicht (März 2009) eine geringere Störanfälligkeit vorzuliegen scheint. Das bedeutet, dass der bereits hohe Anteil von 6% an positiven Testergebnissen unter Umständen noch höher ausfallen könnte, falls noch ein Teil der nicht beurteilbaren Testergebnisse positiv wäre.

Die positiven Tests wurden sämtlich bei den Erstvorstellungen der Betroffenen festgestellt. Weitere 5% der Getesteten hatten einen grenzwertigen Befund. Das Durchschnittsalter der infizierten Frauen (n=6) war 28 Jahre, das der betroffenen Männer (n=2) lag bei 32 Jahren. Die Mehrzahl der Infizierten (6 von 8) stammte aus Deutschland, je eine Frau aus Ecuador und aus Kroatien. Nur bei zwei der Betroffenen konnten nach Behandlung Kontrollen durchgeführt werden, die jeweils negativ ausfielen.

Gonokokken

Analog dem im letzten Absatz Ausgeführten ergibt sich, dass auch bei den auf Gonokokken die mit 8% hohe Rate positiver Testergebnisse unter Umständen noch höher

STI-Nachweis	Männlich	Weiblich	Gesamt	Anzahl Untersuchungen	Positive Befunde in % der Untersuchungen
Gonokokken		10	10	132	8
Chlamydien	2	6	8	132	6
Lues		1	1	84	1
Kondylome	4	6	10	122	8
Summe STI	6	23	29	470	6

Tab. 2: Nachweise von zum Teil behandlungsbedürftiger STI nach Geschlecht

liegen könnte, falls zusätzlich zu den positiven noch ein Teil der nicht-beurteilbaren Ergebnisse als positiv zu bewerten wäre.

Sämtliche Betroffene waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 31 Jahren. Bis auf einen waren die positiven Tests bei der Erstvorstellung nachweisbar. Sechs der Frauen kamen aus Deutschland, zwei aus Polen, je eine aus der Ukraine und aus Venezuela. In fünf Fällen konnte bei der Kontrolle nach Behandlung ein negatives Testergebnis festgestellt werden, in einem Fall war der Kontrollbefund weiter positiv.

Syphilis (Lues)

Eine der insgesamt 84 durchgeführten Lues-Serologien (TPHA-Suchtest) war positiv (3%), es handelte sich eine Obdachlose aus Rumänien, die bereits um ihre Syphilis wusste und an Kooperationspartner zur weiteren Behandlung überwiesen werden konnte.

Kondylome/HPV

In 10 Fällen (6 Frauen, 4 Männer) stellten sich Klientinnen bzw. Klienten mit Kondylomen vor, ein Mann gab an, bereits früher Kondylome gehabt zu haben.

Diskussion und Fazit

Im ersten vollständigen Berichtsjahr stellten wir trotz fehlender Werbemaßnahmen in der STI-Ambulanz einen deutlich steigenden Zulauf fest. Dass relevante Risikogruppen zumindest in Teilen erreicht werden, kann bei Betrachtung der demografischen Daten vermutet werden: Etwa die Hälfte der Besucherinnen und Besucher kamen aus dem Ausland und insgesamt 70% der Klientinnen und Klienten waren 35 Jahre oder jünger. Ein anderer Hinweis

darauf ist die Tatsache, dass die Ambulanz überwiegend wegen einer tatsächlichen oder vermuteten STI bzw. wegen einschlägigen Beratungsbedarfs aufgesucht wurde. Zum MSM-Anteil unserer Klientel können keine Daten präsentiert werden, da das Geschlecht der Partner in der STI-Ambulanz nicht regelhaft abgefragt und damit nicht statistisch ausgewertet wird.

Interessanterweise liegt in unserer Klientel eine hohe Fallfindungsrate insbesondere für Chlamydien und Gonokokken vor, beides Infektionen, bei denen von einer hohen Dunkelziffer auch in Bevölkerungsgruppen ausgegangen werden muss, welche nicht zu den klassischen Risikogruppen wie MSM gehören. Die Fallzahlen sind jedoch auf Grund des noch kurzen Beobachtungszeitraumes zu gering, als dass daraus Schlussfolgerungen gezogen werden könnten.

Auch wenn berücksichtigt wird, dass einige der Betroffenen bereits über ihre Erkrankung informiert waren (wenn auch in unterschiedlich profunder Weise), stellten wir einen hohen Beratungsbedarf hinsichtlich Infektionswegen, Prävention und Behandlung von STIs fest, insbesondere auch im Bereich der HPV-Infektion.

Angesichts der hohen Prävalenzzahlen, insbesondere bei Gonokokken und Chlamydien, scheint die STI-Ambulanz eine gute Möglichkeit zu sein, effizient und niederschwellige Prävention von STI anzubieten und so die weitere Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten zu verhindern.

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Susanne Vogel vom Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) München, die auch als **Ansprechpartner** (E-Mail: gs-is.rgu@muenchen.de) zur Verfügung steht.

Hinweise auf Veranstaltungen

Deutscher STD-Kongress

58. Jahrestagung der deutschen STD-Gesellschaft

»Interdisziplinäre Fachtagung zu sexuell übertragbaren Krankheiten«

Veranstaltungstermin: 17. – 19. September 2009

Veranstalter: Klinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum der Ruhr Universität Bochum, St. Josef Hospital

Veranstaltungsort: Bochum, Hörsaalzentrum / St. Josef-Hospital; Klinikum der Ruhr Universität Bochum, Gudrunstrasse 56, 44791 Bochum

Tagungsleitung: Prof. Dr. N. H. Brockmeyer, Prof. Dr. P. Altmeyer, Prof. Dr. G. Gross

Themen: ÖGD und STD-Prävention; Syphilis, Chlamydien und Gonorrhö; HSV und VZV; HPV-assoziierte Erkrankungen, STD-assoziierte Tumore; Hepatitis B und C; Konnatale Transmission von STDs; STD-Prävention

Kursprogramm: Impfkurs, STD-Diagnostik, Proktoskopie, Arzt-Patient-Kommunikation über Sexualität

Zertifizierung durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe:

Kongress: 18 Fortbildungspunkte

Kurse: Fortbildungspunkte beantragt

Teilnehmerregistrierung: Über das Anmeldeformular unter <http://www.derma.de/bochum/j17.o.html>

International Summer School 2009

„Megacities: Health, Geomatics and Climate Change“

Veranstaltungstermin: 7.–11. September 2009

Sprache: Englisch

Veranstaltungsort: Universität Bielefeld

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. A. Krämer, Dr. Md. M. H. Khan, Prof. Dr. T. Lakes, Prof. Dr. P. Hostert

Themen: Megacities – concepts, development, driving forces and prospects; Megacities and emerging diseases, epidemiological transitions; Epidemiological methods for urban health; Climate impact and other environmental stressors in megacities; Satellite data to assess the urban environment; Geographic Information Systems (GIS) and spatial analyses in megacities; Statistical, geo-statistical and spatial modelling; Modelling the health impact of a changing environment; Urban planning and infrastructure in Megacities

Anmeldung:

Frau Regine Myska

Tel.: 05 21 . 10 66 889; Fax: 05 21 . 10 62 968

E-Mail: regine.myska@uni-bielefeld.de

Weitere Informationen:

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summerschoolmc/>

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

31. Woche 2009 (Datenstand: 19.08.2009)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	178	3.599	3.797	0	41	38	8	137	182	75	1.355	2.242	1	67	32
Bayern	201	4.526	4.103	5	79	72	23	456	614	136	2.254	2.988	0	85	55
Berlin	57	1.298	1.412	1	24	13	9	254	115	16	414	660	0	18	22
Brandenburg	68	1.178	1.198	0	14	7	6	186	139	34	516	860	0	8	4
Bremen	11	204	254	0	0	2	0	14	19	3	76	164	0	2	4
Hamburg	34	942	1.022	1	13	11	1	15	14	8	322	381	0	17	16
Hessen	96	2.188	1.969	0	10	5	5	66	50	87	1.088	1.469	1	26	20
Mecklenburg-Vorpommern	53	1.015	1.023	2	5	8	2	124	132	15	511	632	0	5	0
Niedersachsen	140	2.797	3.091	1	63	76	13	278	257	58	1.485	2.068	0	10	23
Nordrhein-Westfalen	388	8.034	8.252	3	86	98	19	516	699	214	4.046	4.733	1	26	34
Rheinland-Pfalz	75	1.748	1.933	2	39	31	2	144	144	39	895	1.488	0	25	14
Saarland	35	651	661	0	4	2	2	22	25	10	219	360	0	1	0
Sachsen	139	2.624	3.030	1	38	65	17	398	481	42	1.225	1.926	2	23	14
Sachsen-Anhalt	47	869	851	1	8	6	5	267	246	20	713	1.205	2	10	6
Schleswig-Holstein	44	1.226	1.380	0	17	17	3	28	52	9	370	616	0	8	2
Thüringen	89	1.071	1.107	0	5	8	2	328	405	38	709	1.283	0	7	7
Deutschland	1.655	33.970	35.083	17	446	459	117	3.233	3.574	804	16.198	23.075	7	338	253

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	0	52	42	1	48	60	14	495	607
Bayern	5	93	75	1	63	59	26	690	774
Berlin	0	43	54	1	41	42	8	379	469
Brandenburg	1	24	5	0	13	12	0	47	64
Bremen	0	6	3	0	5	1	1	18	29
Hamburg	0	14	25	0	25	12	2	94	59
Hessen	0	49	32	1	28	40	6	180	212
Mecklenburg-Vorpommern	0	14	11	0	5	12	1	40	33
Niedersachsen	2	44	38	1	18	36	0	157	209
Nordrhein-Westfalen	2	104	111	2	92	101	9	457	597
Rheinland-Pfalz	0	30	28	0	48	44	2	162	193
Saarland	0	5	14	0	8	9	0	43	47
Sachsen	0	19	22	1	26	20	7	150	193
Sachsen-Anhalt	0	13	13	2	9	12	0	102	111
Schleswig-Holstein	1	21	14	0	11	11	0	97	136
Thüringen	0	14	20	0	16	10	1	90	69
Deutschland	11	545	507	10	456	481	77	3.201	3.802

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,

31. Woche 2009 (Datenstand: 19.08.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.		1.–31.
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009			2008
6	106	132	17	12.949	15.210	15	3.110	4.386	8	296	360	2	8	36	Baden-Württemberg
15	268	300	36	17.479	16.120	29	6.492	6.952	14	448	618	1	15	27	Bayern
1	59	69	26	5.805	5.633	17	2.306	1.946	3	207	236	1	28	34	Berlin
1	72	92	20	6.876	7.060	15	4.308	3.838	2	53	78	0	13	10	Brandenburg
0	17	11	1	1.359	720	3	251	324	1	29	20	0	1	7	Bremen
3	60	47	4	3.718	3.360	5	1.280	1.778	1	69	79	0	6	6	Hamburg
8	143	126	16	8.066	8.632	7	2.336	2.516	3	133	174	3	12	24	Hessen
3	46	51	9	3.600	7.095	16	3.145	4.071	3	82	93	2	32	29	Mecklenburg-Vorpommern
7	195	236	36	11.240	15.267	10	4.230	5.709	8	112	156	6	50	67	Niedersachsen
13	354	356	72	31.363	32.736	53	8.762	11.005	17	293	447	6	84	65	Nordrhein-Westfalen
2	117	138	15	7.156	8.136	11	2.343	3.295	6	112	152	1	14	7	Rheinland-Pfalz
0	25	28	4	1.765	2.608	5	579	584	1	25	26	0	3	2	Saarland
15	296	364	44	13.455	14.624	42	6.737	9.927	3	142	198	7	43	41	Sachsen
4	105	136	36	7.634	6.270	31	3.206	4.106	0	52	70	0	7	23	Sachsen-Anhalt
2	77	129	26	4.288	6.045	8	1.028	2.205	0	39	54	0	3	3	Schleswig-Holstein
7	197	243	9	6.576	9.397	28	3.327	5.120	1	62	44	1	16	14	Thüringen
87	2.137	2.458	371	143.329	158.913	295	53.440	67.762	71	2.154	2.805	30	335	395	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
1	36	33	0	65	375	6	334	344	Baden-Württemberg	
0	59	56	0	42	297	11	340	419	Bayern	
2	26	13	0	31	28	5	155	182	Berlin	
0	12	9	0	4	5	3	60	48	Brandenburg	
0	4	3	0	0	2	0	38	22	Bremen	
0	6	2	0	209	2	3	120	96	Hamburg	
0	17	18	0	20	33	3	235	254	Hessen	
0	5	9	0	0	6	0	50	31	Mecklenburg-Vorpommern	
0	24	24	0	69	10	3	199	234	Niedersachsen	
1	85	71	0	72	44	19	664	707	Nordrhein-Westfalen	
0	20	15	0	13	37	2	112	128	Rheinland-Pfalz	
0	3	3	0	1	10	3	41	38	Saarland	
0	14	15	0	2	2	2	107	117	Sachsen	
0	6	7	0	0	1	0	76	93	Sachsen-Anhalt	
1	18	10	0	23	7	2	50	56	Schleswig-Holstein	
0	11	9	1	1	14	0	62	76	Thüringen	
5	346	297	1	552	873	62	2.643	2.845	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

31. Woche 2009 (Datenstand: 19.08.2009)

Krankheit	31. Woche 2009	1.–31. Woche 2009	1.–31. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	1	91	91	180
Brucellose	0	8	19	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	35	73	123
Dengue-Fieber	3	176	156	273
FSME	20	186	158	289
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	26	32	59
Hantavirus-Erkrankung	4	34	160	243
Hepatitis D	1	4	4	7
Hepatitis E	2	50	62	104
Saisonale Influenza	**	**	14.069	14.852
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	133	97	152
Legionellose	16	226	283	524
Leptospirose	1	43	36	66
Listeriose	3	202	185	307
Ornithose	0	11	18	22
Paratyphus	0	15	29	86
Q-Fieber	2	136	246	370
Trichinellose	0	0	1	1
Tularämie	0	5	12	15
Typhus abdominalis	0	26	33	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

** Keine Angaben. In Zukunft sollen an dieser Stelle alle gemeldeten Influenza-Fälle inklusive Neuer Influenza A/H1N1 aufgeführt werden. Aus technischen Gründen kann dies aber erst ab der nächsten Ausgabe umgesetzt werden.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Botulismus:** Berlin, unter einem Jahr, männlich (Säuglingsbotulismus; 3. Botulismus-Fall 2009)**Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung****Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 33. Kalenderwoche (KW) 2009**

Deutschland: Täglich werden derzeit mehrere hundert Fälle von Neuer Influenza A/H1N1 an das Robert Koch-Institut übermittelt. Mit 2.279 Fällen in der 32. KW ist die Zahl der übermittelten Fälle pro Woche erstmals gegenüber den Zahlen der Vorwoche zurückgegangen. Berücksichtigt werden muss bei diesen Daten allerdings, dass die Zahl der übermittelten Fälle die epidemiologische Lage nur mittelbar widerspiegelt und durch das Konsultationsverhalten in der Bevölkerung, das Meldeverhalten der Ärzte sowie die Übermittlungsfrequenz beeinflusst wird. In der Sentinelerhebung der AGI lag die Aktivität der ARE bundesweit in der 33. KW im Bereich der jahreszeitlich zu erwartenden Werte. Der Wert für den bundesweiten Praxisindex ist im Vergleich zur Vorwoche fast unverändert. In der 33. KW wurden im NRZ in 7 der 39 eingesandten Sentinelproben Neue Influenzaviren A/H1N1 nachgewiesen. Die positiv getesteten Proben wurden aus drei AGI-Regionen eingesandt. Weitere Informationen unter <http://influenza.rki.de/agi>. Weitere Informationen zur aktuellen Situation der Neue Influenza A/H1N1 unter <http://www.rki.de/influenza> bzw. täglich aktualisierte Informationen, Hinweise und Empfehlungen unter http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/IPV__Node.html.

Europa: Irland und das Vereinigte Königreich haben seit Pandemiebeginn als einzige europäische Länder Aktivitäten oberhalb ihrer jeweiligen Influenza-Basislinie gemeldet. In der 32. KW 2009 berichtet das Vereinigte Königreich über einen Rückgang der Influenza-Aktivität von hohen auf mittlere Werte. In der 32. KW wurden von allen europäischen Ländern, die an EISN berichten, 575 im Rahmen der Sentinelsysteme eingegangene Proben auf Influenzaviren untersucht und 87 Influenza-Nachweise (15%) gemeldet. Von den 81 subtypisierten Viren waren alle Neue Influenza A/H1N1. Zusätzlich wurden 1.638 Nachweise außerhalb der Sentinelsysteme (z. B. aus Krankenhäusern) gemeldet, von denen 1.295 Neue Influenza A/H1N1, 8 A/H1 und 334 nicht-subtypisierte Influenza A sowie 1 Influenza B waren. Weitere Informationen zur europäischen Situation unter <http://www.eiss.org/> bzw. auf den Internetseiten des ECDC unter <http://ecdc.europa.eu/en/Default.aspx>.

International: Informationen zur weltweiten Situation können auf den Internetseiten der WHO aufgerufen werden unter <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 33. KW 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seadat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324

E-Mail: Seadatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann;

Frau C. Paape, Frau F. Bading (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459

E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonnentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff

Bucher Weg 18, 16356 Ahrensfelde

Tel.: 030.9487813

Fax: 030.948781-50

E-Mail: info@pvsberlin.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030.18.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273