



# Epidemiologisches Bulletin

8. Juni 2007 / Nr. 23

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Sexuell übertragbare Infektionen: Ergebnisse der KABAStI-Studie des RKI zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von MSM

### Was wollte die KABAStI-Studie?

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind in Deutschland – wie auch in anderen westlichen Industriestaaten – in besonderem Maße von sexuell übertragbaren Infektionen betroffen.<sup>1</sup> Bei sexuell übertragbaren Infektionen, für die in Deutschland eine gesetzliche Meldepflicht besteht, stellen MSM zwischen 60 % (HIV) und 75 % (Syphilis) der Betroffenen.<sup>2</sup> Ihr Anteil an der sexuell aktiven erwachsenen männlichen Bevölkerung wird demgegenüber auf 3–5 % geschätzt.<sup>3,4</sup>

Die in den letzten Jahren beschriebenen Anstiege der Inzidenz neu diagnostizierter sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben, folgen auf eine etwa zehn- bis fünfzehnjährige Periode eines deutlichen Rückgangs der Inzidenz sexuell übertragbarer Infektionen bei MSM, die wesentlich durch dramatische Verhaltensänderungen im Gefolge des Auftretens von AIDS bedingt war. Wichtige Elemente dieser Verhaltensänderungen waren ein Rückgang der Partnerzahlen, eine Einschränkung des sexuellen Repertoires durch Verzicht auf penetrierende Sexualpraktiken und eine deutliche Zunahme des Gebrauchs von Kondomen.

Seit Beginn der 90er Jahre und verstärkt seit Mitte der 90er Jahre steigen die Partnerzahlen jedoch wieder an. Auch das Repertoire sexueller Praktiken wird wieder breiter, wenngleich noch immer bei der Mehrzahl penetrierender genital-analer Kontakte Kondome verwendet werden. Neue Elemente, die das Verhalten von MSM beeinflussen und prägen, sind die Möglichkeit und weit verbreitete Nutzung von HIV-Antikörpertestung zur Feststellung des eigenen HIV-Status und die Nutzung des Internet zur Anbahnung von sexuellen Kontakten, wobei das Internet neue Möglichkeiten und Bedingungen für die Kommunikation, Informationsgewinnung und Informationsweitergabe bietet, die sich von herkömmlichen Möglichkeiten der Kontaktaufnahme wesentlich unterscheiden.

Ein weiterer Faktor, der Risikoverhalten, Übertragungswahrscheinlichkeiten und Zugang zu und Nutzung von diagnostischen Möglichkeiten beeinflussen kann, ist die Durchführung einer antiretroviralen Therapie bei Vorliegen einer HIV-Infektion.

Eins von vielen Beispielen für strukturelle Faktoren, die das Risiko für sexuell übertragbare Infektionen bei MSM beeinflussen, ist das diagnostische Vorgehen von Ärzten und Ärztinnen, welches wiederum daran gekoppelt ist, welche Laboruntersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können.

Durch eine Reihe weiterer Publikationen bestätigte Ergebnisse einer Sentinel-Studie<sup>5</sup> des Robert Koch-Instituts weisen darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der bakteriellen STI (Syphilis, Gonorrhö, Chlamydieninfektion – wenn hier und im Folgenden von Chlamydien die Rede ist, ist *Chlamydia trachomatis*, Serotyp L–K, gemeint) bei MSM auf genital-oralem Wege übertragen wird, bei sexuellen Praktiken, die für MSM eine viel größere Rolle spielen als in der

Diese Woche 23/2007

**Sexuell übertragbare Infektionen:**  
Ergebnisse der KABAStI-Studie  
des RKI zu Wissen, Einstellung  
und Verhalten von MSM

**Gesundheit der Kinder  
und Jugendlichen:**  
Erste umfassende Daten-  
auswertung erschienen

**Meldepflichtige  
Infektionskrankheiten:**  
► **Aktuelle Statistik**  
20. Woche 2007  
(Stand: 6. Juni 2007)  
► **Monatsstatistik**  
nichtnamentlicher Meldungen  
des Nachweises  
ausgewählter Infektionen  
März 2007  
(Stand: 1. Juni 2007)



heterosexuellen Bevölkerung. Insbesondere für Gonokokken- und Chlamydieninfektionen bedeutet dies, dass auf Grund der normalerweise geringen Symptome pharyngealer und rektaler Infektionen wahrscheinlich eine hohe Dunkelziffer klinisch symptomloser oder symptomarmer Infektionen besteht. Da eine Diagnostik auf sexuell übertragbare Infektionen überwiegend symptomorientiert erfolgt und Faktoren wie unterschiedliche Prävalenz von Erregern in verschiedenen Populationen bei Angebot, Durchführung und Abrechenbarkeit diagnostischer Leistungen in Deutschland kaum eine Rolle spielen, kann dies ein strukturelles Hindernis für eine bedarfsgerechte Diagnostik und Diagnose-basierte Kontrollmaßnahmen für sexuell übertragbare Infektionen bei MSM darstellen.

Die KABAsti-Studie beschäftigt sich als Querschnittsstudie folglich mit einem sehr komplexen und dynamischen Geschehen. Die Ergebnisse können daher nur eine Momentaufnahme darstellen und im günstigsten Fall Zusammenhänge beschreiben, aber kaum Ursache und Wirkung klar differenzieren. Dazu bedarf es in der Regel weiterer gezielter Untersuchungen.

Über Wissen und Einstellungen homosexueller Männer bezüglich HIV und AIDS liegen in Bezug auf das erstmalige Auftreten von HIV/AIDS Anfang der 1980er Jahre bzw. auf die soziale „Normalisierung“ der HIV-Infektion (unter anderem durch die Verbesserung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten) Mitte der 1990er Jahre relativ gute Daten vor.<sup>6</sup>

Wenig ist dagegen darüber bekannt,

- ▶ wie verbreitet andere sexuell übertragbare Infektionen außer HIV aktuell bei homo- und bisexuellen Männern in Deutschland sind und ob sich Teilpopulationen mit deutlich unterschiedlichen STI-Inzidenzen und -Prävalenzen ausmachen lassen,
- ▶ was homo- und bisexuelle Männer über andere sexuell übertragbare Infektionen, deren Symptomatik, Übertragungswege und Behandelbarkeit wissen,
- ▶ wo sie nach diesbezüglichen Informationen suchen,

- ▶ welche Bedeutung dieses Wissen in Bezug auf individuelle Strategien der Risikominimierung bei Sexualkontakten besitzt,
- ▶ wie das medizinische Versorgungssystem in Bezug auf Prophylaxe (Impfung gegen Hepatitis A/B), Diagnose und Therapie sexuell übertragener Infektionen genutzt wird,
- ▶ ob bzw. wie die Kenntnis des eigenen HIV-Status die Wahrnehmung des Schweregrads und der Risiken anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen beeinflusst.

Detaillierte Kenntnisse sind darüber hinaus erforderlich, um die Verbreitung von Strategien der Minimierung von Risiken für eine HIV-Infektion und für andere sexuell übertragbare Infektionen und deren taktischen Einsatz im Alltag bei MSM zu beschreiben und zu quantifizieren.

Aus diesen Gründen war es das Ziel der Befragung herauszufinden, welche Entwicklungen und Veränderungen in Wissen, Einstellungen und Verhalten zu den aktuell zu beobachtenden Anstiegen der Inzidenzen von HIV, Syphilis und anderen STI beitragen könnten.

### Methodik der Untersuchung

Das Robert Koch-Institut führte von Mai bis Oktober 2006 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine umfangreiche Querschnittsstudie zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex in Deutschland durch (*Knowledge, attitudes and behaviour as to sexually transmitted infections – KABAsti*). Studienteilnehmer wurden dabei zum einen über das Internet gewonnen, andererseits über ärztliche Praxen mit einem hohen Anteil homosexueller und bisexueller Männer im jeweiligen Patientenkollektiv. Insgesamt konnten 6.833 Fragebögen ausgewertet werden, 87% davon wurden online ausgefüllt (s. Abb. 1).

Zusätzlich zum Fragebogen wurde als Pilotprojekt für Studienteilnehmer aus Berlin die Möglichkeit angeboten, sich anonym durch die Einsendung von auf Filterpapier aufgetropften und getrockneten Blutstropfen (aus Kapillarblut aus der Fingerkuppe) auf Antikörper gegen Syphilis,

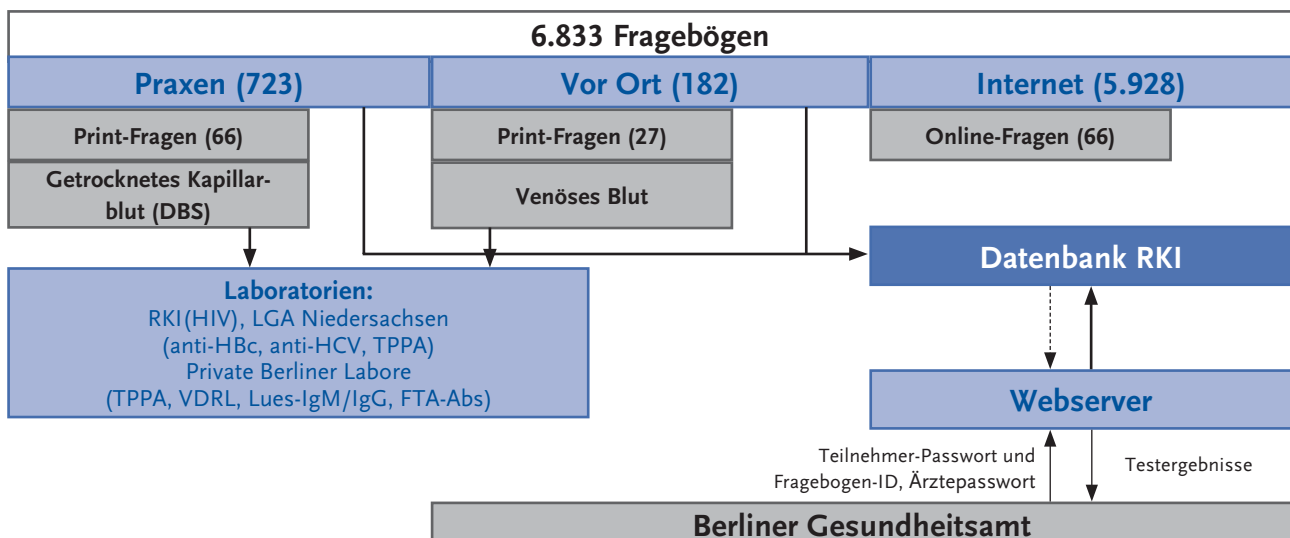


Abb. 1: Studienarme mit der Anzahl der jeweils gewerteten Fragebögen, Datenfluss und Ergebnisabfrage

Hepatitis B, Hepatitis C und HIV testen zu lassen. Ergebnisse konnten mittels der ID-Nummer des Fragebogens und eines selbst gewählten Passwortes im Rahmen eines Nachberatungsgesprächs an drei verschiedenen Gesundheitsämtern über das Internet abgefragt werden.

### Stichprobe

Die KABA-STI-Studie weist eine breite Streuung hinsichtlich des Alters der Teilnehmer, der Wohnortgröße und der geographischen Verteilung auf. Erwartungsgemäß wohnt ein hoher Anteil der Befragten in den „Schwulenmetropolen“ Berlin, Hamburg, Köln, München und Frankfurt. Insbesondere über das Internet konnten jedoch viele jüngere, teils sich noch in Schule oder Ausbildung befindende Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), aus Orten unter 20.000 Einwohnern erreicht werden. Im Vergleich zu den meisten bisher in Deutschland durchgeführten Befragungen von MSM entstammt ein höherer Prozentsatz sogenannten bildungsfernen Schichten. Dennoch weist auch die KABA-STI-Studie einen deutlichen Mittelschichtsbias auf. Der sozioökonomische Status konnte nicht sinnvoll berechnet werden, da das verfügbare Einkommen nicht abgefragt wurde. MSM mit Migrationshintergrund wurden in nur geringem Umfang erreicht. Der Zugangsweg der Studie – Rekrutierung der Teilnehmer über ärztliche Praxen oder das Internet – hat einen erheblichen Einfluss auf die Zusammensetzung der Stichprobe, insbesondere in Hinblick auf Alter und geographische Verteilung (s. Tab. 1). Auch die einzelnen Internetportale weisen zum Teil erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung ihrer Klientel auf.

### Wissen

Das Wissen über sexuell übertragbare Infektionen hängt zum einen vom Bildungsstand des Einzelnen und zum anderen von seiner persönlichen Betroffenheit ab. Am besten sind sexuell aktive Männer zwischen 30 und 44 Jahren informiert. Weiterhin gilt: Je schwerwiegender die Auswirkungen einer STI eingeschätzt werden, desto besser sind MSM über sie informiert. Umgekehrt wissen MSM wenig über Genitalherpes und Feigwarzen, am schlechtesten ist das Wissen zu Chlamydien. Einschätzungen zur Häufigkeit von STI folgen am ehesten der Aufmerksamkeit, die ihnen von den Medien zuteil wird. Der Unterschied zwischen „heilbar“ und „behandelbar“ wird unscharf wahrgenommen, dennoch wissen alle MSM um die Nichtheilbarkeit der HIV-Infektion. Symptome von sexuell übertragbaren Infektionen sind wenig bekannt. Aufklärungsbedarf besteht hinsicht-

lich der Möglichkeit, sich beim Oralverkehr mit Syphilis, Gonorrhö oder Chlamydien zu infizieren. Auch das Risiko, sich beim eindringenden Analverkehr mit HIV zu infizieren, wird wahrscheinlich von MSM deutlich unterschätzt.

Das Internet ist eine wichtige Informationsquelle zu STI. Die Internetpräsenz der Deutschen AIDS-Hilfe ist jedoch bei den meisten MSM nicht bekannt.

### Einstellungen

Das allgemeine Risiko, sich bei sexuellen Kontakten mit einem sexuell übertragbaren Erreger zu infizieren, wird von MSM korrekt mit der Anzahl unterschiedlicher Partner und der Häufigkeit ungeschützten Analverkehrs in Verbindung gebracht. Das Verschwinden von Symptomen wird gerade bei jungen Männern (unter 30 Jahren) oft gleichgesetzt mit dem Verschwinden der Infektion. Aus diesem Grund wird häufig keine ärztliche Diagnostik und Behandlung in Anspruch genommen. Hinzu kommt, dass das Reden über STI mit einem hohen Maß an Scham besetzt ist. Viele MSM – gerade in Kleinstädten – können mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin nicht über Sex sprechen, schon gar nicht über gleichgeschlechtlichen. In den einkommensschwachen Schichten, das heißt vermehrt auch bei Männern mit HIV, stellt die Praxisgebühr eine weitere Hürde dar.

Die allgemeine Zustimmung zu Safer Sex bei MSM ist anhaltend hoch, insbesondere auch in den jüngeren Altersgruppen. Eine deutliche Minderheit, nicht nur der HIV-Positiven, sondern gerade auch der jüngeren HIV-negativ Getesteten, versucht jedoch die Gefahr einer HIV-Übertragung statt durch konsequente Kondombenutzung dadurch abzuwenden, dass sie nach Sexpartnern suchen, die denselben Serostatus aufweisen wie sie selbst. Bei dieser als Serosorting bezeichneten Strategie ist jedoch zu bedenken, dass die Kommunikation über den Serostatus häufig nicht gelingt. Problematisch erscheint dabei, dass HIV-negative MSM in ihrer Einstellung zu Serosorting durch häufige HIV-Tests bestärkt werden. Häufiges Testen ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für erfolgreiches Serosorting. Die Forderung an HIV-positiv Getestete, insbesondere auch bei sporadischen bzw. anonymen Kontakten ihren Serostatus offenzulegen, ist angesichts fortbestehender Diskriminierung von HIV-Infizierten und des verständlichen Bedürfnisses, die Kontrolle über derart sensible Informationen zu behalten, unrealistisch. Wenn das Insistieren auf den Kondomgebrauch beim Analverkehr nicht mehr Zeichen einer geteilten Verantwortung ist, sondern als Eingeständnis von HIV-Positivität interpretiert wird, ist das derzeitige und erfolgreiche Präventionsmodell

	Internet	Printbögen
B, HH, M, K, F	25,2	64,7
500.000–1 Million	8,7	4,7
100.000–500.000	22,4	14,3
20.000–100.000	21,9	9,7
< 20.000	21,9	6,7
<b>Gesamt</b>	% 100,0	100,0
	n 5.928	898

Tab. 1 a: Geographische Verteilung nach Zugangswegen

	Internet	Printbögen
< 20 Jahre	8,4	0,4
20–29 Jahre	30,9	13,9
30–44 Jahre	44,6	55,9
> 44 Jahre	16,2	29,8
<b>Gesamt</b>	% 100,0	100,0
	n 5.928	900

Tab. 1 b: Altersverteilung nach Zugangswegen

nachhaltig gefährdet.<sup>7</sup> Zudem zeigen die Auswertungen der KABA-STI-Studie, dass die Verantwortung für das Offenlegen des Serostatus oft dem sexuellen Partner überlassen wird (s. Tab. 2). Weitere in relevantem Umfang verwendete Strategien der HIV-Risikoreduktion sind die sog. strategische Positionierung und der Koitus interruptus oder eine Kombination aus beiden. Anders als bei anderen sexuell übertragbaren Erregern wird bezüglich HIV der insertive Analverkehr von MSM als weniger riskant bewertet als der rezeptive. Ein nicht unbedeutender Anteil der HIV-Negativen scheint zu glauben, sich durch Festlegung auf die „aktive“ Rolle beim Analverkehr (plus Verzicht auf Ejakulation) auch ohne Kondom vor HIV schützen zu können.

### Verhalten

Im Median machen KABA-STI-Teilnehmer mit 17 Jahren ihre ersten gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrungen. Dieses Alter ist positiv mit dem höchsten erreichten Schulabschluss korreliert. Während der Altersmedian für erste gegengeschlechtliche sexuelle Erfahrungen kontinuierlich abnimmt, je später der Teilnehmer geboren wurde, ist für erste gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen festzustellen, dass für die Jahrgänge 1970 bis 1981 das sexuelle Debüt mit Männern im Vergleich zu älteren oder jüngeren Alterskohorten verzögert ist. Dies könnte als eine Auswirkung des „AIDS-Traumas“ (Martin Dannecker) interpretiert werden.

Etwa die Hälfte aller MSM ist Single, die andere Hälfte teilt sich wiederum zu etwa gleichen Teilen in offene und geschlossene feste homosexuelle Partnerschaften. Je länger diese Partnerschaften andauern, desto häufiger finden sexuelle Kontakte auch außerhalb der Beziehung statt. Feste Partnerschaften bei MSM stellen sich hinsichtlich des HIV-Serostatus als in hohem Maße kongruent dar: Die Hälfte aller positiv getesteten in Partnerschaft lebenden Teilnehmer hat beispielsweise einen serokonkordanten festen Freund. In Gruppen, die verstärkt Serosorting betreiben, etwa bei Teilnehmern aus „Bareback“-Portalen, ist dieser Anteil höher. Heterosexuelle Partnerschaften sind selten und finden sich vor allem in den höheren Altersgruppen. Etwa ein Viertel aller Teilnehmer hatte in den 12 Monaten vor der Befragung nicht mehr als einen sexuellen Partner. Da die Wahrscheinlichkeit, sich mit einem sexuell übertragbaren Erreger zu infizieren, in erster Linie von der Anzahl sexueller Partner abhängt, weisen MSM mit HIV oder anderen STI in der Vorgeschichte vergleichsweise höhere Partnerzahlen auf. Jenach Teilnehmergruppe (Rekrutierungsweg, Altersgruppe) geben 25 % bis 50 % der Teilnehmer an, ihre Sexpartner seien mehrheitlich anonym. Der häufigste „Ort“ zur Suche nach sexuellen Partnern ist für MSM das Internet (70 %); dies gilt auch für offline rekrutierte Teilnehmer und für Teilnehmer, die älter als 44 Jahre sind. Das

Internet als „Ort“ der Partnersuche führt wiederum dazu, dass Sexpartner insofern an Anonymität verlieren, als eine erneute zielgerichtete Kontaktaufnahme – anders als bei Kontakten in der Sauna oder im Darkroom – möglich ist.

Etwa jeder fünfte zuletzt HIV-negativ getestete Teilnehmer hat im Jahr vor der Befragung keinen Analverkehr gehabt, unabhängig davon, ob innerhalb oder außerhalb der festen Beziehung. Der Verzicht auf Analverkehr außerhalb fester Beziehungen scheint keine relevante Risikominderungsstrategie (mehr) zu sein, stattdessen gibt es Hinweise dafür, dass HIV-negative MSM verstärkt die eindringende Position als Alternative zum Kondomgebrauch nutzen. 35 % aller Teilnehmer geben an, im Jahr vor der Befragung ungeschützten Analverkehr (UAV) mit einem Partner gehabt zu haben, dessen HIV-Serostatus sie nicht kannten.

Regelmäßiger UAV ist in festen Beziehungen häufiger als mit anderen Partnern, vor allem bei HIV-negativ Getesteten. Dennoch ist die Bereitschaft zu Safer Sex bei MSM anhaltend hoch, 87 % aller Befragten geben an, ein Kondom „zu Hause oder in der Tasche“ zu haben. Es scheint jedoch eine Reihe von Situationen oder Bedingungen zu geben, in denen das Kondom beim Analverkehr weggelassen wird, dazu gehört auch die vermutete HIV-negative Serokonkordanz.

Auch die Veranlassung bzw. Inanspruchnahme regelmäßiger medizinischer Untersuchungen (STI-Screening) kann als eine Risikomanagement-Strategie gewertet werden. Gerade bei zuletzt HIV-negativ getesteten MSM ist jedoch auch bei hoher Partnerzahl von einer Unterdiagnostik auszugehen, insbesondere bezüglich rektaler und pharyngealer Manifestationen bakterieller STI. Das eigentliche Risikoverhalten scheint wenig Einfluss zu haben auf Art und Umfang der durchgeführten Screening-Untersuchungen.

### 2nd Generation Surveillance

Sexuell übertragbare Infektionen sind bei MSM häufig. 19,5 % der Studienteilnehmer haben eine bekannte HIV-Infektion und 43 % geben an, sich in der Vergangenheit mit einem anderen sexuell übertragbaren Erreger infiziert zu haben. Bei über Praxen und Klinikambulanzen rekrutierten Teilnehmern sind HIV und andere STI deutlich häufiger als bei diesbezüglich mit weniger Bias behafteten Zugangswegen (Internet, Vor-Ort-Arm, s. Abb. 2). Je nach beteiligten Portalen können STI-Häufigkeiten auch bei Internetteilnehmern sehr unterschiedlich sein. Hier sind insbesondere Portale oder virtuelle Clubs zu nennen, in denen ungeschützter Analverkehr Programm ist („barebacking“). Die in den 12 Monaten vor der Befragung am häufigsten erworbene STI ist die genitale Gonorrhö, gefolgt von der Syphilis. Durch gezielte sexuelle Anamnese ist es möglich, MSM zu identifizieren, die sog. Kernbereichen (*core groups*) sexueller Netzwerke angehören, bei denen HIV und STI besonders

HIV-Serostatus	Gesamt (%)	UAV*		Internet-Portal	
		ja (%)	nein (%)	„Bareback“ (%)	andere (%)
positiv (n=823)	27,1	46,3	8,6	41,9	27,7
negativ (n=2.321)	5,9	15,6	1,7	24,7	4,81

\* UAV: ungeschützter Analverkehr in den 12 Monaten vor der Befragung ohne Kenntnis des Serostatus des Partners

Tab. 2: Anteil derjenigen MSM, die die Entscheidung zur Kondomverwendung ihrem Partner überlassen

häufig sind. Dies könnte dabei helfen, Screening-Untersuchungen gezielter durchzuführen. HIV-positive MSM mit antiretroviraler Therapie (ART) haben seltener bakterielle STI als solche, die noch keine antiretroviralen Medikamente erhalten. Die Gründe dafür sind bislang ungeklärt. MSM mit bereits diagnostizierter, aber unbehandelter HIV-Infektion stellen einen relativ großen Teil der HIV-Infizierten, sie sind aber bei Befragungen von über ärztliche Praxen gewonnenen MSM deutlich unterrepräsentiert. MSM weisen bildungs- und altersabhängig hohe Durchimpfungsraten gegen Hepatitis A und B auf, wobei unklar ist, wie verlässlich diese Angaben sind. Insbesondere seit 1980 geborene Teilnehmer sind nach eigenen Angaben zu über 70% gegen Hepatitis B geimpft. Umgekehrt ist die Hepatitis B eine Erkrankung, die von nicht geimpften MSM häufig unerkannt durchgemacht wurde. Bis zu 80% der HIV-Positiven, die im Rahmen einer Teilstudie auch serologisch untersucht wurden, weisen Antikörper gegen das Hepatitis-B-Virus auf. Im Rahmen von Vor-Ort-Beratungskampagnen lassen sich wirkungsvoll anonyme und kostenlose STI-Screening-Untersuchungen durchführen, über die sich einerseits bislang unentdeckte Infektionen diagnostizieren lassen und die andererseits in der Zielgruppe eine hohe Akzeptanz erfahren.

Die relativ große Zahl von Befragungsteilnehmern im Internet-Arm ermöglicht eine Abschätzung der regionalen Verteilung von MSM in Deutschland. Aufgrund dieser prozentualen regionalen Verteilung kann eine regionale Abschätzung der Größe der jeweiligen MSM-Population erfolgen. In Verknüpfung mit Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz können dann näherungsweise regionale Inzidenzen von HIV und Syphilis in dieser Population geschätzt werden.

**Empfehlungen**

Aus den Studienergebnissen lassen sich eine Reihe von Empfehlungen für die Prävention, aber auch für Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen bei MSM ableiten.

**Präventionsbotschaften für MSM und Verbreitung von Informationen**

In HIV- und STI-Präventionsbotschaften für MSM sollte darauf hingewiesen werden,

- ▶ dass ein HIV-Infektionsrisiko auch für den beim Analverkehr insertiven Partner besteht und es derzeit gute Gründe gibt, anzunehmen, dass insbesondere für unbeschneittene Männer das Risiko einer HIV-Infektion beim insertiven Analverkehr bislang unterschätzt wurde,
- ▶ dass gerade bakterielle STI auch bei Oralverkehr übertragen werden können und rektale sowie pharyngeale Infektionen mit solchen Erregern oft keine Symptome verursachen,
- ▶ dass daher bei Männern mit häufig wechselnden Sexpartnern regelmäßige Kontrolluntersuchungen auf das Vorliegen sexuell übertragbarer Erreger auch bei Fehlen einer akuten Symptomatik sinnvoll sein können,
- ▶ dass das gleichzeitige Vorliegen anderer sexuell übertragbarer Infektionen die Übertragungswahrscheinlichkeit für eine HIV-Infektion erhöhen kann,
- ▶ dass die Bereitschaft eines Partners zum Verzicht auf die Verwendung eines Kondoms für sich genommen keinen Rückschluss auf den HIV-Status dieses Partners zulässt,
- ▶ dass durch eine Suche nach Sexpartnern mit demselben HIV-Status bei bereits HIV-positiven MSM zwar das HIV-Übertragungsrisiko reduziert wird, gleichzeitig aber das Risiko für eine Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Erregern deutlich steigen kann,
- ▶ dass für bislang HIV-negativ getestete MSM der Verzicht auf Kondome beim Analverkehr mit einem vermeintlich ebenfalls HIV-negativen Partner in vielen Fällen keine vergleichbar sichere Alternative zur Kondombenutzung darstellt.

Der bislang sehr erfolgreiche, etablierte Präventionsansatz muss in Zeiten sich verändernder Risikomanagement-Strategien dringend erweitert werden. „Serosorting“ und Strategische Positionierung finden in erheblichem Umfang als Versuche der Risikominimierung bereits statt. Kampagnen, die überwiegend auf häufigere HIV-Antikörpertests abzielen, bleiben als Präventionsstrategien unvollständig, wenn sie nicht begleitet werden von der Möglichkeit niedrigschwelliger Beratung und Testung bezüglich anderer sexuell übertragbarer Infektionen, und wenn sie die Auswirkungen von Serostatus-basierten Risikomanagement-Strategien auf STI- und HIV-Übertragungsrisiken ausblenden.

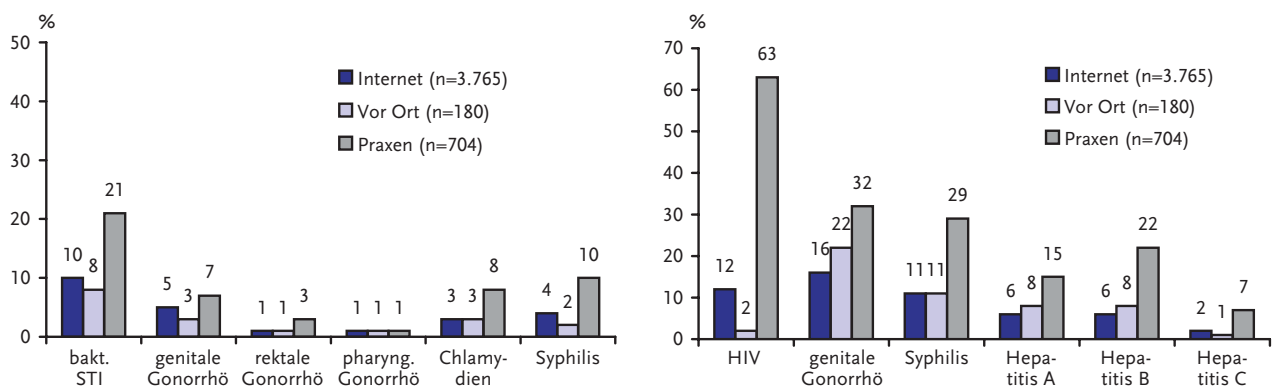


Abb. 2: Links: selbstberichtete Inzidenz bakterieller STI im vorangegangenen Jahr nach Studienarm (50%-Skala); rechts: ausgewählte selbstberichtete STI in der Vorgeschichte nach Studienarm (70%-Skala)

Der Beratung und Betreuung von Personen, bei denen eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, bei denen der Beginn einer antiretroviralen Therapie aber noch nicht für notwendig erachtet wird, muss deutlich größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Epidemiologisch gesehen handelt es sich um eine Schlüsselpopulation, bei der keine Reduktion potenzieller Infektiosität durch eine antiretrovirale Therapie erfolgt, das Selbstschutzinteresse durch die bereits erfolgte Infektion mit HIV nachhaltig vermindert ist und der Kontakt mit dem medizinischen Versorgungs- und psychosozialen Betreuungssystem nur sporadisch stattfindet. Zusätzlich kann darüber nachgedacht werden, inwiefern bei der individuellen Abwägung über den Therapiebeginn im Arzt-Patient-Gespräch der Aspekt der Verminderung des HIV-Infektionsrisikos für Sexualpartner stärker als bisher Berücksichtigung finden kann. Dies würde eine Erweiterung bisheriger Kommunikationsstrategien bedeuten, die eher das weiter bestehende Restrisiko einer HIV-Übertragung auch bei effektiver antiretroviraler Therapie betont haben. Die Frage, ob auch aus individueller Sicht eines HIV-positiven Menschen ein früherer Behandlungsbeginn Vorteile mit sich bringt, ist seit Jahren Gegenstand intensiver Diskussion und Forschung, ohne dass diese Frage bisher eindeutig beantwortet werden könnte.

AIDS-Hilfen erreichen nur eine Minderheit der MSM. Selbst das sehr differenzierte Internetangebot der Deutschen AIDS-Hilfe wird insbesondere von zuletzt HIV-negativ getesteten MSM kaum wahrgenommen. Wichtige Kooperationspartner sind Betreiber von Internetportalen für MSM. Bereits bestehende Ansätze (beispielsweise der Deutschen AIDS-Hilfe), hier enge Kooperationen aufzubauen, bedürfen dringend nachhaltiger und auch finanzieller Unterstützung. Da davon ausgegangen werden kann, dass das Internet für soziale und auch sexuelle Kommunikation in den nächsten Jahren weiter an Bedeutung gewinnen wird, bietet es sich an, qualitätsgesicherte und aktuelle Informationen erkennbar zugänglich zu halten. Es gibt bereits jetzt deutliche Anzeichen dafür, dass die Information von MSM über herkömmliche Printmedien (Szenemagazine für schwule Männer) gegenüber Online-Medien an Bedeutung verliert. Kontaktportale für MSM bieten eine Oberfläche für Links auf zielgruppengerecht aufbereitete Fachinformationen sowie für Online-Streetwork im Sinne von Primärprävention.

### Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Infektionen

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind bei MSM die Inzidenzen für HIV und eine Reihe weiterer sexuell übertragbarer Infektionen um ein Vielfaches erhöht (100- bis 300-fach bei HIV und Syphilis). Dieser Unterschied geht wesentlich auf **sexuell besonders aktive** MSM zurück, da innerhalb solcher „Kern-Gruppen“ sexuell übertragbare Erreger in Zirkulation gehalten werden.

► Ein erster Schritt, die Zirkulation therapierbarer STI einzudämmen, wäre eine stringente Behandlung potenziell exponierter Sexualpartner, die innerhalb der erkrankungsspezifischen Inkubations- und Fensterperioden auch unabhängig von diagnostischen Nachweisen erfolgen sollte.

- Zur Durchbrechung von Infektionsketten ist es wichtig, MSM darin zu bestärken, ihre Sexpartner – falls möglich – über die Diagnose einer STI in Kenntnis zu setzen.
- Bei der Diagnose rektaler, genitaler und systemischer (Syphilis-Sekundärstadium) sexuell übertragbarer Infektionen sollte – unter Beachtung unterschiedlicher Zeitfenster bis zur Möglichkeit eines serologischen Nachweises – auch die Durchführung eines HIV-Testes angeboten werden.

Wir halten es darüber hinaus für dringend erforderlich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Finanzierungsregelung für indikationsbezogene Screening-Untersuchungen auf definierte STI für sexuell aktive MSM beschließt. Bislang gibt es erhebliche systembedingte Zugangsbarrieren hinsichtlich einer angemessenen risikoadaptierten STI-Diagnostik gerade für zuletzt HIV-negativ getestete MSM. Diese gilt es auf mehreren Ebenen abzubauen:

- Niedergelassenen Ärzten, insbesondere solchen, die viele MSM in ihrer Klientel haben, sollten Fortbildungen zu Diagnostik und Therapie von STI sowie zur Erhebung einer sexuellen Risikoanamnese und Gesprächsführung mit Patienten über sexuelle Themen angeboten werden. Gerade allgemeinmedizinische und HIV-Schwerpunktpraxen haben hier ein wichtiges primärpräventives Potenzial.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst (kommunale Gesundheitsämter) sollte vor allem in Großstädten seine Beratungs- und Testangebote für HIV und STI stärker auf besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen fokussieren und nach Möglichkeit versuchen, durch seine Angebote Zugangsbarrieren zu reduzieren – in Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen besonders betroffener Bevölkerungsgruppen und niedergelassenen Ärzten, die verstärkt solche Menschen betreuen. Ein solches Angebot sollte möglichst kostenlos, anonym und mehrsprachig sein.

### Literatur

1. Fenton K, Imrie J: Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: why? *Infectious Disease Clinics of North America* 2005; 19(2): 311–331
2. RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2004. Berlin, Robert Koch-Institut, 2005
3. Hunnius G, Jung H: Sexualverhalten in Zeiten von AIDS im Spiegel repräsentativer Bevölkerungsumfragen. In: Heckmann W & Koch M A (Hrsg.), *Sexualverhalten in Zeiten von AIDS*. Berlin, Edition Sigma, 1994
4. Mercer C, Fenton K, Copas A, et al.: Increasing prevalence of male homosexual partnerships and practices in Britain 1990–2000: evidence from national probability surveys. *AIDS* 2004; 18(10): 1453–1458
5. Marcus U, Bremer V, Hamouda O, et al.: Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted infections in men having sex with men: changes in risk behaviour from risk avoidance to risk reduction. *Sexually Transmitted Diseases* 2006; 33(1): 11–17
6. Bochow M, Wright MT, Lange M: Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin, 2004, AIDS Forum DAH, Band 48
7. Dodds C, Keogh P: Criminal prosecutions for HIV transmission: people living with HIV respond. *Int J STD & AIDS* 2006; 17(5): 315–318

Die KABASti-Studie wurde mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Ein ausführlicher Ergebnisbericht (160 Seiten) kann beim RKI angefordert werden.

Bericht aus dem FG „HIV/AIDS u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ des RKI. **Ansprechpartner** sind Dr. Ulrich Marcus (E-Mail: MarcusU@rki.de) und Axel J. Schmidt (E-Mail: kabasti@rki.de).

**Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS):  
Erste umfassende Datenauswertung erschienen**



Zum großen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS des Robert Koch-Instituts ist die erste thematisch breit angelegte Veröffentlichung der Basisergebnisse erschienen. Mehr als 40 Beiträge im *Bundesgesundheitsblatt* (Ausgabe Mai/Juni 2007) zeichnen auf gut 380 Seiten erstmals ein umfassendes Bild von der Gesundheit der Heranwachsenden aller Altersstufen und schließen lange bestehende Informationslücken. Für zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit sind fundierte Informationen notwendig.

Diese liegen mit KiGGS nun zum ersten Mal vor. „Eine einzigartige Datensammlung“ seien die Studienergebnisse, meint der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Peter Scriba, im Editorial des *Bundesgesundheitsblatts*. Im September 2006 waren erste Studiendaten zu ausgewählten Themen auf einem Symposium vorgestellt worden (*Epid. Bull.* 18/06).

Das Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen wird geprägt durch das Zusammenwirken von Risikofaktoren und Schutzfaktoren und durch eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und von somatischen zu psychischen Störungen. „Dies lässt die These einer ‚neuen Morbidität‘ entstehen, die vorrangig von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt ist“, betont die Studienleiterin Bärbel-Maria Kurth, im Robert Koch-Institut Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.

So findet man im Bereich der psychischen Gesundheit bei 11,5% der Mädchen (M) und 17,8% der Jungen (J) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme. Die häufigsten Problembereiche sind Verhaltensprobleme (M=11,9%, J=17,6%), emotionale Probleme (M=9,7%, J=8,6%) und Hyperaktivitätsprobleme (M=4,8%, J=10,8%).

Die am schwersten wiegende Erkenntnis ist, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen, sondern in durchweg allen. In dieser Gruppe findet man eine Häufung von Risikofaktoren,

eine Häufung von Unfällen, Krankheit, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung und häufigere psychische Auffälligkeiten. Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben weniger personale, soziale und familiären Ressourcen. „Zwischen diesen Schutzfaktoren und dem gesundheitlichen Risikoverhalten sind deutliche Zusammenhänge zu erkennen“, sagt Bärbel-Maria Kurth. Zum Beispiel rauchen Hauptschüler fünfmal häufiger als die Gleichaltrigen auf dem Gymnasium. „Diese Chancenungleichheit dürfen wir nicht zulassen“, so Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bei der Pressekonferenz anlässlich der Ergebnispräsentation am 16. Mai in Berlin.

So bleibt die Hoffnung, dass die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey die Grundlage dafür bilden, besser vernetzte Strukturen zu schaffen, um möglichst allen Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen in Gesundheit und Wohlbefinden zu ermöglichen.

Das Bundesgesundheitsblatt kann über den Springer-Verlag bezogen werden:

Springer Distribution Center GmbH  
Kundenservice Zeitschriften  
Haberstraße 7, 69126 Heidelberg  
Tel: +49.6221.345-4303  
Fax: +49.6221.345-4229

Die Einzelbeiträge stehen kostenfrei zum Herunterladen auf der KiGGS-Homepage ([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) zur Verfügung.

Mitteilung aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. **Anfragen** zu KiGGS unter: [KiGGS@rki.de](mailto:KiGGS@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten											Berichtsmonat: März 2007 (Datenstand v. 1.6.2007)				
Anonyme Meldungen des Nachweises ausgewählter akuter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311-314)															
Land	Syphilis		HIV-Infektionen			Malaria			Echinokokkose		Toxoplasm., konn.				
	März	Jan.-März	März	Jan.-März	März	Jan.-März	März	Jan.-März	März	Jan.-März	März	Jan.-März	März	Jan.-März	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	
Baden-Württemberg	31	89	82	14	73	69	3	20	27	0	6	7	0	0	1
Bayern	34	115	89	45	102	87	6	22	24	0	9	13	0	0	0
Berlin	31	113	152	35	82	90	0	0	17	2	2	3	0	0	0
Brandenburg	3	10	11	3	9	10	0	2	3	0	1	1	0	1	0
Bremen	1	4	6	3	8	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Hamburg	9	23	33	21	57	51	3	12	10	0	0	1	0	0	0
Hessen	27	73	89	21	61	53	0	9	13	0	4	2	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	7	11	15	1	4	8	0	4	1	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	14	54	36	11	34	44	2	5	10	0	1	2	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	81	238	200	73	202	152	6	26	20	2	5	10	0	0	1
Rheinland-Pfalz	12	46	19	5	14	11	1	4	4	0	0	0	0	0	0
Saarland	5	13	9	3	11	3	0	3	1	1	1	1	0	0	0
Sachsen	10	31	37	5	15	13	2	2	6	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	6	14	11	5	12	7	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Schleswig-Holstein	2	11	16	7	14	18	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Thüringen	2	3	6	2	7	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Deutschland</b>	<b>275</b>	<b>848</b>	<b>811</b>	<b>254</b>	<b>705</b>	<b>628</b>	<b>23</b>	<b>109</b>	<b>142</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>42</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

20. Woche 2007 (Datenstand v. 6.6.2007)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	116	2.310	1.415	1	30	43	3	86	109	87	1.406	1.163	3	24	46
Bayern	120	2.361	1.443	0	57	47	22	338	307	85	1.609	1.476	1	40	67
Berlin	52	726	530	0	6	7	5	56	34	12	300	422	0	18	23
Brandenburg	48	569	440	1	12	9	3	95	109	21	376	474	0	1	6
Bremen	10	108	82	0	4	1	1	10	13	5	72	53	0	3	1
Hamburg	35	629	453	0	6	7	0	9	10	9	197	180	0	10	15
Hessen	45	1.083	795	0	11	5	3	56	50	114	1.056	707	2	18	14
Mecklenburg-Vorpommern	44	559	406	1	5	1	6	84	139	18	295	318	0	0	4
Niedersachsen	126	1.542	1.085	1	50	39	1	84	95	77	1.293	1.043	2	11	9
Nordrhein-Westfalen	281	5.227	3.843	5	105	95	16	358	503	202	2.390	2.385	0	15	19
Rheinland-Pfalz	63	1.118	710	1	9	9	1	126	101	31	728	802	1	10	6
Saarland	16	430	254	0	0	4	0	18	13	6	160	162	0	1	1
Sachsen	58	1.516	1.190	0	21	22	12	265	343	43	774	927	1	32	19
Sachsen-Anhalt	35	502	419	0	6	11	10	214	209	108	866	595	2	8	6
Schleswig-Holstein	38	583	546	0	13	22	1	29	32	21	379	263	1	6	1
Thüringen	34	547	424	0	5	7	13	191	138	34	671	528	0	6	14
<b>Deutschland</b>	<b>1.121</b>	<b>19.810</b>	<b>14.035</b>	<b>10</b>	<b>340</b>	<b>329</b>	<b>97</b>	<b>2.019</b>	<b>2.205</b>	<b>873</b>	<b>12.572</b>	<b>11.498</b>	<b>13</b>	<b>203</b>	<b>251</b>

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>		
	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.
	2007		2006	2007		2006	2007		2006
Baden-Württemberg	1	43	30	1	42	51	14	465	561
Bayern	0	33	66	0	56	45	26	544	635
Berlin	0	17	41	1	20	24	8	282	365
Brandenburg	0	9	7	0	6	7	2	25	39
Bremen	0	1	6	0	3	1	1	18	10
Hamburg	0	9	7	0	12	15	1	23	25
Hessen	2	17	60	1	31	32	1	140	173
Mecklenburg-Vorpommern	0	5	8	0	5	6	0	28	40
Niedersachsen	0	21	35	0	22	35	7	207	242
Nordrhein-Westfalen	4	79	74	5	104	128	13	349	451
Rheinland-Pfalz	2	12	30	3	44	29	3	146	187
Saarland	0	4	4	0	9	5	2	33	18
Sachsen	0	10	10	0	15	17	2	117	108
Sachsen-Anhalt	0	8	6	3	25	6	3	81	76
Schleswig-Holstein	0	12	12	1	10	16	3	67	113
Thüringen	0	13	7	0	14	21	0	57	66
<b>Deutschland</b>	<b>9</b>	<b>293</b>	<b>403</b>	<b>15</b>	<b>418</b>	<b>438</b>	<b>86</b>	<b>2.582</b>	<b>3.109</b>

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,



20. Woche 2007 (Datenstand v. 6.6.2007)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	
2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	2007		2006	
5	88	93	188	8.978	3.979	158	2.129	3.830	8	214	246	0	21	33	Baden-Württemberg
15	207	200	208	12.671	3.101	317	4.045	6.339	9	197	207	2	21	23	Bayern
8	67	50	43	5.260	1.912	90	1.565	1.891	6	98	122	3	23	23	Berlin
5	69	64	67	5.163	1.719	196	2.956	3.714	3	21	17	0	14	9	Brandenburg
2	9	7	22	814	255	34	179	281	0	3	13	0	5	6	Bremen
2	29	30	99	3.848	2.045	38	843	1.258	1	66	37	0	10	3	Hamburg
6	82	96	166	6.672	1.152	109	1.708	2.120	8	95	83	1	12	4	Hessen
0	44	64	105	3.495	1.343	127	2.485	3.177	1	47	62	1	32	48	Mecklenburg-Vorpommern
9	172	167	282	6.777	3.272	169	2.362	4.568	4	62	72	0	20	30	Niedersachsen
15	240	263	391	23.410	5.843	469	5.670	8.847	16	239	244	2	50	34	Nordrhein-Westfalen
6	102	94	118	6.533	1.365	133	1.855	2.692	3	81	88	0	7	5	Rheinland-Pfalz
0	28	30	13	607	65	24	418	513	1	10	13	0	2	1	Saarland
9	289	221	242	6.691	4.600	368	5.429	8.101	5	94	76	4	38	32	Sachsen
12	151	119	242	3.671	1.707	212	2.492	3.311	2	40	38	2	12	11	Sachsen-Anhalt
1	51	69	49	2.381	905	64	703	1.111	0	28	25	0	0	2	Schleswig-Holstein
11	153	167	140	3.968	2.919	206	2.188	3.824	0	32	24	0	11	9	Thüringen
<b>106</b>	<b>1.781</b>	<b>1.734</b>	<b>2.375</b>	<b>100.939</b>	<b>36.182</b>	<b>2.714</b>	<b>37.027</b>	<b>55.577</b>	<b>67</b>	<b>1.327</b>	<b>1.367</b>	<b>15</b>	<b>278</b>	<b>273</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.	20.	1.–20.	1.–20.		
2007		2006	2007		2006	2007		2006		
1	34	28	0	10	90	12	243	256	Baden-Württemberg	
1	29	53	2	107	51	10	232	299	Bayern	
0	8	14	0	0	26	3	116	132	Berlin	
0	8	10	0	0	3	2	31	47	Brandenburg	
0	0	3	0	0	1	5	23	32	Bremen	
0	4	3	0	1	10	2	68	74	Hamburg	
0	16	12	0	9	53	9	175	183	Hessen	
0	3	5	0	0	0	1	43	39	Mecklenburg-Vorpommern	
0	13	24	0	13	9	5	141	155	Niedersachsen	
1	51	93	19	157	1.327	11	458	537	Nordrhein-Westfalen	
0	8	9	0	4	28	3	73	73	Rheinland-Pfalz	
0	0	4	0	0	0	2	29	39	Saarland	
1	13	12	0	1	1	2	50	77	Sachsen	
0	11	14	0	0	1	1	70	51	Sachsen-Anhalt	
0	7	7	0	5	24	1	47	49	Schleswig-Holstein	
0	10	8	0	0	5	2	36	55	Thüringen	
<b>4</b>	<b>215</b>	<b>299</b>	<b>21</b>	<b>307</b>	<b>1.629</b>	<b>71</b>	<b>1.835</b>	<b>2.098</b>	<b>Deutschland</b>	

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**

20. Woche 2007 (Datenstand v. 6.6.2007)

Krankheit	20. Woche 2007	1.–20. Woche 2007	1.–20. Woche 2006	1.–52. Woche 2006
Adenovirus-Erkrankung am Auge	9	235	169	574
Brucellose	0	8	10	37
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	30	33	92
Dengue-Fieber	5	80	66	174
FSME	1	23	8	546
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	7	14	63
Hantavirus-Erkrankung	72	354	16	72
Hepatitis D	0	3	12	21
Hepatitis E	0	30	18	51
Influenza	2	18.658	3.723	3.804
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	3	46	59	120
Legionellose	3	114	180	571
Leptospirose	0	16	15	46
Listeriose	0	120	185	509
Ornithose	1	5	15	25
Paratyphus	0	17	18	73
Q-Fieber	0	38	60	204
Trichinellose	0	4	20	22
Tularämie	0	2	0	1
Typhus abdominalis	0	16	31	75

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 030 18.754-0  
Fax: 030 18.754-26 28  
E-Mail: EpiBull@rki.de

**Redaktion**

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 030 18.754-23 24  
E-Mail: SeedatJ@rki.de  
► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)  
E-Mail: MarcusU@rki.de  
► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl

**Redaktionsassistentz**

Sylvia Fehrmann  
Tel.: 030 18.754-24 55  
E-Mail: FehrmannS@rki.de  
Fax.: 030 18.754-24 59

**Vertrieb und Abonentenservice**

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff  
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg  
Abo-Tel.: 030.948781-3

**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-Abbruffunktion** unter 030 18.754-22 65 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de](http://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