



Epidemiologisches Bulletin

3. März 2014 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Untersuchungen auf STI bei Sexarbeiterinnen im Rahmen aufsuchender Arbeit durch den ÖGD 2011/2012

Pilotprojekt im Rahmen von „EurSafety-Health-Net“ in Duisburg und im Kreis Wesel nach niederländischem Vorbild in der EUREGIO Rhein-Waal

Einleitung und Hintergrund

Das Risiko, sexuell übertragbare Infektionen (*Sexually Transmitted Infections* (STI)) zu erwerben, ist für Sexarbeiterinnen nicht per se höher als für andere Personen in vergleichbaren Lebenssituationen mit vergleichbarer Partnerzahl und sexuellen Praktiken. Erhöhte Risiken können aufgrund spezifischer Arbeitsbedingungen in verschiedenen Bereichen der Sexarbeit gegeben sein, aufgrund der unterschiedlichen Nachfrage von Sexarbeit sowie spezifischer sexueller oder hygienischer Praktiken.¹

Gleichzeitig führen verschiedene Faktoren dazu, dass manche Sexarbeiterinnen die medizinischen Angebote des Gesundheitswesens, einschließlich der Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), nicht oder nur unzureichend in Anspruch nehmen. Zu den wichtigsten Zugangsbarrieren zählen die aus der Sicht der Sexarbeiterinnen oft sehr hochschwelligsten Angebote der Gesundheitsämter etwa aufgrund von nötigen Terminvereinbarungen, ungünstige Sprechzeiten oder Sprachbarrieren.^{2,3} Genannt werden auch „...Angst vor Stigmatisierung, ein ungeklärter Aufenthaltsstatus und/oder ...eine fehlende Krankenversicherung“.³ Es ist anzunehmen, dass gerade bei Personen, die keinen oder einen unzureichenden Zugang zur ärztlichen Versorgung haben, die Prävalenz von STI hoch ist. Dadurch besteht zusätzlich auch ein erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen.

Einrichtungen des ÖGD bieten Sprechstunden zu HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) und andere STI für die Bevölkerung an; die Beratung ist anonym und kostenfrei und umfasst das Angebot eines kostenlosen HIV-Tests sowie für Risikogruppen Untersuchungen auf andere STI. Im Fall schwerer Erreichbarkeit hat der ÖGD den Auftrag, kostenlose und anonyme Angebote im Rahmen aufsuchender Arbeit zu machen und im Einzelfall auch die ambulante Behandlung durchzuführen. Für nicht-versicherte Personen sollen Behandlungskosten aus öffentlichen Mitteln getragen werden. Solche Angebote existieren in vielen deutschen Kommunen nicht, ihre Zahl nahm zudem im Verlauf der letzten Jahre ab.

Eine Meldepflicht für STI existiert in Deutschland nur für HIV und Syphilis, zu anderen STI liegen infektionsepidemiologische Daten zum Teil aus einzelnen Studien vor. Für die Gesundheitsämter sind STI, wie HIV, Syphilis oder Chlamydien-Infektionen ein wichtiges Handlungsfeld. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit der Öffentlichen Gesundheitsdienste erscheint in Zeiten der europäischen Integration als sinnvoll und zunehmend erforderlich. Zudem wäre es wünschenswert, neben der Präventions- und Aufklärungsarbeit auch diagnostische und therapeutische Ansätze länderübergreifend zu entwickeln.

Diese Woche 9/2014

Sexuell übertragbare Infektionen

Pilotprojekt zur Untersuchung der Prävalenz von STI bei Sexarbeiterinnen

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik
6. Woche 2014

ARE/Influenza

Zur Situation in der
8. Woche 2014



Dieser Bedarf wird allein aufgrund der grenzübergreifenden „Nutzung“ von Angeboten der Sexarbeit deutlich.

Deutsch-niederländisches ÖGD-Treffen in der EUREGIO Rhein-Waal

Seit dem Jahr 2009 ist der Kreis Wesel Projektpartner in dem niederländisch-deutschen EUREGIO-Projekt „EurSafety-Health-Net“. Das Hauptziel des Projektes ist die Stärkung der Patientensicherheit und der Schutz vor Infektionen. Hierzu soll ein grenzüberschreitender Qualitätsverbund aufgebaut werden, an dem möglichst viele Akteure des Gesundheitswesens (Patienten, Krankenhäuser, Arztpraxen, Gesundheitsämter, Labors u. a.) entlang aller niederländisch-deutschen EUREGIOS beteiligt werden.

Ein Teilziel des weitgefassenen EUREGIO-Projektes ist es also, auch die grenzübergreifende Zusammenarbeit der niederländischen und deutschen Öffentlichen Gesundheitsdienste – GGD (Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst) und ÖGD – zu vertiefen.

Im März 2010 fand daher ein erstes deutsch-niederländisches Treffen von Fachleuten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Kleve statt. Hier wurde vereinbart, zunächst einen **gemeinsamen Gesundheitsbericht für die EUREGIO Rhein-Waal mit dem Schwerpunkt STI** zu verfassen. In diesem Bericht wurden die epidemiologische Situation, Angebote der Öffentlichen Gesundheitsdienste, gemeinsame Herausforderungen sowie mögliche Ansätze niederländisch-deutscher Zusammenarbeit skizziert (EurSafety-Health-Net: Gesundheitsbericht 2011 – Sexuell übertragbare Erkrankungen).⁴

In einem zweiten Schritt wurde der niederländische Ansatz einer **aufsuchenden Beratung und Untersuchung** von Personen mit erhöhtem Risiko – hier **bei Sexarbeiterinnen** – partiell (d. h. auf wenige Krankheitserreger beschränkt) auf der deutschen Seite im Rahmen eines Pilotprojektes erprobt und somit „gespiegelt“.

Hierzu hatte eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes der Stadt Duisburg am Gesundheitsamt der Stadt Nimwegen hospitiert, um die Arbeitsweise des dortigen STI-Dienstes kennenzulernen. Das so entstandene Pilotprojekt soll im nachfolgenden Bericht vorgestellt werden.

Ziele und Methoden

Im Rahmen dieses Pilotprojektes wurde Frauen, die in der Sexarbeit tätig sind, nach niederländischem Vorbild eine Untersuchung auf die beiden häufigsten bakteriellen Geschlechtskrankheiten (genitale **Chlamydien**-Infektion und genitale **Gonorrhö**) angeboten. Dabei kooperierten das Gesundheitsamt Duisburg, der Fachdienst Gesundheitswesen des Kreises Wesel und das Canisius-Wilhelmina-Krankenhaus (CWZ) in Nimwegen. Die diagnostischen Untersuchungen mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) führte das Institut für Mikrobiologie am CWZ in Nimwegen durch. Die Kosten für Materialien und Laboruntersuchung wurden über das Projekt „EurSafety-Health-Net“, Teilprojekt 2.3, finanziert.

An diesem für den ÖGD in Nordrhein-Westfalen (NRW) innovativen Projekt beteiligten sich Mitarbeiter der Stadt Duisburg und des Kreises Wesel. Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) NRW begleitete und unterstützte dieses Projekt.

Ziele des Pilotprojekts

Folgende Ziele wurden mit dem Pilotprojekt verfolgt:

1. Zielgruppe der Sexarbeiterinnen besser erreichen, Etablierung neuer Arbeitsstandards des ÖGD bzgl. Zielgruppenansprache,
2. epidemiologische Lage bzgl. STI (Chlamydien und Gonokokken) bei Sexarbeiterinnen erfassen (vgl. RKI 2013: STI-Outreach-Studie³),
3. Vergleich mit niederländischen Daten: Unterschiede der Prävalenz? Rückschlüsse auf unterschiedliche Präventionsstrategien u./o. Arbeitsbedingungen (z. B. „Green-card“ in den Niederlanden)?

Methoden

Es handelte sich um ein niederschwelliges, aufsuchendes Untersuchungsangebot. Zu zwei Erhebungsintervallen (Oktober 2011 und März 2012) suchten die Projektbeauftragten der Stadt Duisburg und des Kreises Wesel Betriebe der sexuellen Dienstleistungsbranche, d. h. Bordelle und Clubs, auf. Da etliche Sexarbeiterinnen aus Osteuropa stammten, erfolgte das Ansprechen der Frauen zusammen mit Bulgarisch bzw. Rumänisch sprechenden Sprachmittlerinnen. Die Beteiligung dieser Dolmetscherinnen war unabdingbar, denn mehrere der teilnehmenden Sexarbeiterinnen waren des Lesens (von Erläuterungstexten, d. h. Studienaufklärung und Einverständnis, in ihrer jeweiligen Muttersprache) unkundig.

Es wurde ein Fragebogen zur Erhebung sozialmedizinischer Daten eingesetzt. Erfragt wurden Geburtsland, Geburtsjahr, Staatsangehörigkeit, Krankenversicherungsstatus, frühere Teilnahme an Untersuchungen von Chlamydien oder Gonorrhö, Angabe eines Pseudonyms und einer „geschützten“ (Mobil-)Telefonnummer. Die Erläuterungen zum Ablauf der Untersuchung, insbesondere zur Verwendung der Abstrichtupfer, wurden durch (am Gesundheitsamt gestaltete) Piktogramme veranschaulicht. Es wurden einheitliche bereits in anderen Projekten erprobte Abstrichtupfer-Sets vom Labor in Nimwegen verwendet.

Die Proben wurden von den Sexarbeiterinnen als Vaginalabstrich (außerhalb ihres Arbeitsortes) selbst entnommen. Diese wurden mit einer Codierung beschriftet, aus der die Region und das Untersuchungsdatum ersichtlich wurden (z. B. EU-WES-STD 1/12). Der Code einer Probe wurde auf dem entsprechenden Erhebungsbogen notiert, um eine spätere Kontaktierung der unter Pseudonym geführten Probandinnen zu ermöglichen.

Die Abstrich-Proben wurden von den ÖGD-Mitarbeiterinnen gesammelt, an einer Dienststelle abgegeben und von einem Kurier an das Labor in Nimwegen transportiert. Die Haltbarkeit der Untersuchungsproben war maximal

Anteil der Studienteilnehmerinnen

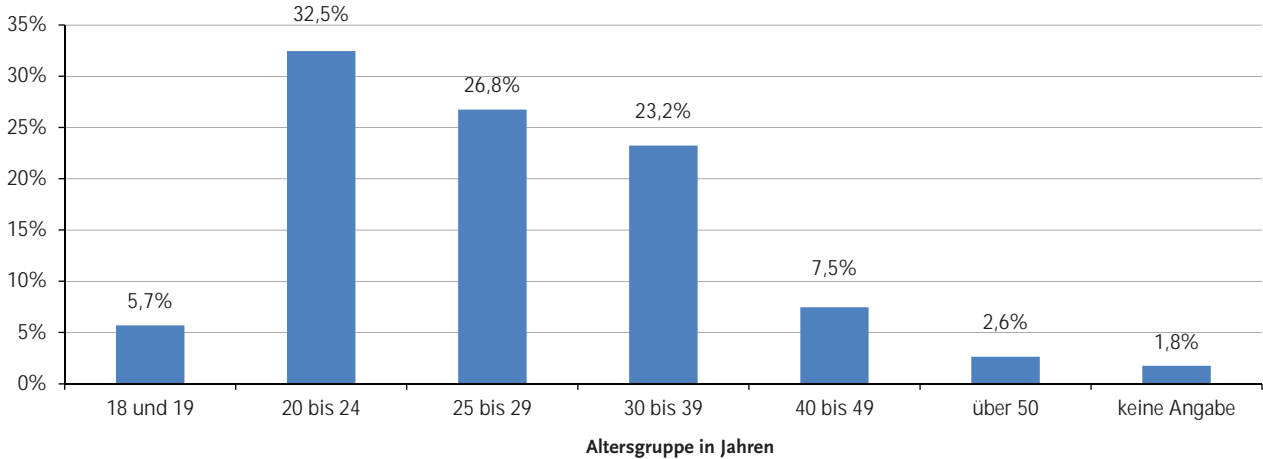


Abb 1: Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen (n = 228); Pilotprojekt im Rahmen von "EurSafety-Health-Net" 10/2011 und 3/2012

drei Tage. Die Eingabe der Fragebogendaten in eine Excel-Tabelle erfolgte durch die o. g. Mitarbeiterinnen des jeweiligen ÖGD und die Auswertung als deskriptive Statistik wurde zentral im Fachdienst Gesundheitswesen des Kreises Wesel durchgeführt.

Bei positiven Befunden wurde eine telefonische Kontaktaufnahme und Behandlung von Sexarbeiterinnen mit Chlamydien- bzw. Gonokokken-Infektionen durch den ÖGD der jeweiligen Kommune (soweit kein Krankenversicherungsschutz vorlag) in den Räumen des ÖGD vorgenommen; ansonsten wurden die Patienten zur Behandlung an niedergelassene Ärzte überwiesen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 228 Frauen beraten und mittels selbst entnommener Vaginalabstriche auf genitale Gonokokken- und Chlamydien-Infektionen getestet.

Mehr als die Hälfte (59%) der untersuchten Frauen waren zwischen 20 und 29 Jahre alt (s. Abb. 1).

Die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen (rund 90%) wies einen Migrationshintergrund auf, wobei 39,5% aus Bulgarien und 27,6% der Frauen aus Rumänien stammten. 7% der Frauen stammten aus Deutschland und insgesamt 14,9% aus anderen Ländern Europas (s. Abb. 2).

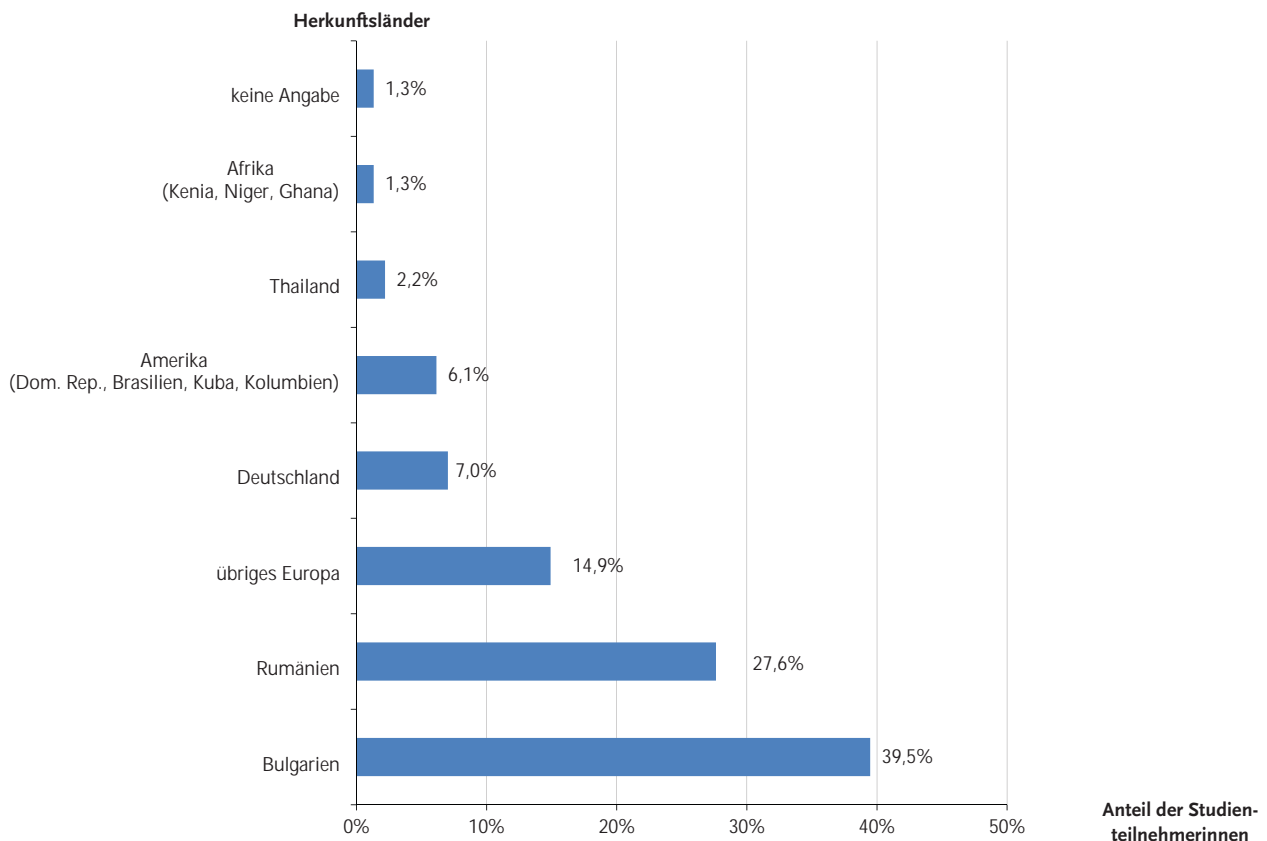


Abb. 2: Herkunftsländer der untersuchten Frauen (n = 228); Pilotprojekt im Rahmen von "EurSafety-Health-Net" 10/2011 und 3/2012

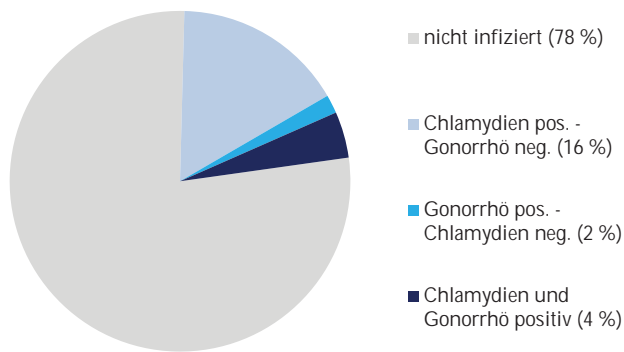


Abb. 3: Testergebnisse (n = 228); Pilotprojekt im Rahmen von "EurSafety-Health-Net" 10/2011 und 3/2012

In dem untersuchten Kollektiv waren nur 21% der Frauen überhaupt krankenversichert.

Die Laboruntersuchung der Abstrichmaterialien zeigte bei insgesamt 22% der Frauen ein positives Testergebnis, wobei Chlamydien bei insgesamt 20% und Gonokokken bei 6% nachgewiesen wurden. Ein positives Ergebnis für sowohl Gonokokken als auch Chlamydien hatten 4% der untersuchten Frauen (s. Abb. 3).

Diskussion

Mit der vorliegenden Studie wurde der Ansatz eines aufsuchenden STI-Untersuchungsangebots bei Sexarbeiterinnen an ihrem Arbeitsplatz durch eine Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in NRW pilotweise erprobt und ausgewertet. Dieser Ansatz wird im niederländischen ÖGD (GGD) standardmäßig angeboten. In Deutschland sind nur vereinzelte lokale Initiativen von aufsuchenden Untersuchungsangeboten im ÖGD etabliert (z. B. in der Hansestadt Bremen).

Zieht man die eingangs genannten Ziele in Betracht, kann man sagen, dass die Zielgruppe der Sexarbeiterinnen besser durch eine persönliche und verbindliche Ansprache erreicht wurde. Es konnten zwar neue Arbeitsstandards des ÖGD bezüglich der Zielgruppenansprache noch nicht etabliert werden, jedoch wurden sie pilotweise erfolgreich erprobt und umgesetzt.

Mit dem zweiten Ziel sollte die epidemiologische Lage bzgl. STI (Chlamydien und Gonokokken) bei Sexarbeiterinnen erfasst werden.

Im Vergleich mit den Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem STD-Sentinel⁵ (Daten von Gesundheitsämtern und ärztlichen Praxen, die sich mit der Diagnose und Therapie von STI befassen) wurden bei dieser Untersuchung von Sexarbeiterinnen zwar hohe Prävalenzen mit Chlamydien und Gonokokken (22% in diesem Projekt gegenüber 3,7–6% der Untersuchten im RKI-Sentinel) festgestellt.⁵ Aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns und der in der vorliegenden Erhebung relativ geringen Fallzahlen sind die beschriebenen Differenzen

jedoch nur bedingt vergleichbar. Insofern ist das oben formulierte Ziel über eine Pilotstudie nur ansatzweise zu erreichen.

Weiterhin sollte ein Vergleich mit niederländischen Daten vorgenommen werden, um über mögliche Prävalenzunterschiede auch Rückschlüsse auf unterschiedliche Präventionsstrategien und Arbeitsbedingungen in den Niederlanden ziehen zu können.

Aufgrund der bereits angesprochenen Besonderheiten und Limitationen (z. B. Stichprobengröße, Kollektiv) der vorliegenden Erhebung und der damit einhergehenden Grenzen der statistisch-epidemiologischen Aussagefähigkeit, wurde von einem Vergleich mit den niederländischen Daten aus den Gesundheitsämtern abgesehen. Es bestand mit den niederländischen Projektpartnern Einvernehmen, dass für dieses Vorhaben ein umfassenderes Studiendesign erforderlich ist.

Aufsuchende, niederschwellige Beratungs- und Untersuchungsangebote sind erforderlich, um gerade gefährdete Personengruppen hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen zu erreichen. Dies betrifft ebenso die Sicherstellung ausreichender therapeutischer Angebote, insbesondere für Personen ohne gültige Krankenversicherung. Solche Angebote sind in § 19 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vorgesehen und können durch die Kommunen realisiert werden, was in der Praxis jedoch aufgrund einer zu geringen finanziellen Ausstattung zumeist nicht umgesetzt wird.

Wegen des fehlenden Krankenversicherungsschutzes bei der Mehrzahl der als Sexarbeiterin tätigen Frauen, ist in diesem Bereich der ÖGD besonders gefordert. Hierbei könnte der ÖGD durch aufsuchende Angebote, kostenfreie und anonyme Diagnostik und Behandlung, Etablierung regelmäßiger Vor-Ort-Arbeit inkl. Kultur- und Sprachmittlung, die Zielgruppe erreichen.

Als problematisch erwies sich auf Grund der hohen Fluktuation (Tätigkeit von nur wenigen Wochen an einem Ort) bei den Sexarbeiterinnen im ersten Durchgang die Erreichbarkeit der Frauen bei positiven Befunden. Dies konnte durch eine intensivere Kommunikation beim Erstkontakt jedoch verbessert werden.

Der Einsatz muttersprachlicher Sprach- und Integrationsmittlerinnen (vgl. hierzu auch Vermittlungsservice für Sprach- und Integrationsmittler; www.sprint-wuppertal.de) ist unabdingbar und wird künftig als Haushaltsposten mit zu berücksichtigen sein.

Die Beliebtheit der im ländlichen Bereich in Deutschland betriebenen Clubs etc. bei niederländischen Männern macht eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (GGD) in den Niederlanden erforderlich.

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat im Jahr 2010/2011 eine Studie (KABP-Surv-STI) zu Sexarbeiterinnen in den STI-Beratungsstellen verschiedener Gesundheitsämter durchgeführt.⁶ Die Prävalenz von sexuell übertragbaren Infektionen variierte stark in dieser Studie zwischen den teilnehmenden Gesundheitsämtern, wobei sie insgesamt eher niedrig war. Als Erklärung wurde angenommen, dass die Beratungsstellen die Frauen in unterschiedlichem Maße erreichen würden.

Von besonderer Bedeutung ist für Kunden von Sexarbeiterinnen die Gewährleistung der Anonymität bzw. Diskretion. Diese scheint durch eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von sexuellen Dienstleistungen in besonderem Maße gegeben zu sein. Die Offerten verschiedener Clubs über die Möglichkeit eines Verkehrs ohne Kondom suggerieren die Vorstellung, dass durch medizinische Untersuchungen das Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion gebannt sei und erzeugen eine falsche Sicherheit. Somit ist auch im Bereich der Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen eine längerfristige grenzüberschreitende Zusammenarbeit erforderlich. Neben dem Ziel einer verbesserten Erreichbarkeit von besonders gefährdeten Sexarbeiterinnen (Frauen aus anderen Ländern mit sehr begrenzten Sprachkenntnissen und oft auch geringen Kenntnissen über die gesundheitlichen Gefahren durch STI) könnten auch Initiativen zur Ansprache (ggf. auch zu Untersuchungsangeboten) von Freiern in Erwägung gezogen werden.

Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie zu STI unterstreichen die aktuellen „Empfehlungen zur HIV-Prävention vor dem Hintergrund der Entwicklung der Syphilis in Nordrhein-Westfalen“ der „Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW“.²

Demnach besteht ein besonderer Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung nicht nur der HIV/AIDS-Prävention, sondern gerade auch der Vorbeugung von STI im Allgemeinen. Von zentraler Bedeutung bei der Präven-

tionsarbeit ist aus Sicht der Experten, „...den Zugang zu qualifizierter Beratung, Diagnostik und Therapie zu erleichtern...“.² Unabhängig davon gilt es, die Notwendigkeit des Safersex bzw. Kondomgebrauchs zur Vorbeugung von sexuell übertragbaren Infektionen kontinuierlich und intensiv ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen auch darauf hin, dass mit Blick auf Sexarbeiterinnen die gesundheitlichen Risiken von ungeschützten Praktiken gezielt kommuniziert werden sollten.

Den niederländischen Partnerinnen und Partnern sei an dieser Stelle ein Dank von Seiten der deutschen Projektpartner/-innen ausgesprochen für die fachlichen Anregungen, die eine Bereicherung für die STI-Präventionsarbeit vor Ort darstellen.

Literatur

1. Sektion Sexuelle Gesundheit der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG): STI/STD: Beratung, Diagnostik und Therapie. März 2013. 1. Auflage, Stand: 27.03.2013
2. Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW: Empfehlungen zur HIV-Prävention vor dem Hintergrund der Entwicklung der Syphilis in Nordrhein-Westfalen. Stand 26. Februar 2013
3. RKI: STI-Outreach-Studie – Prävalenz von genitalen Chlamydien-, Gonokokken- und Trichomonas-Infektionen bei Sexarbeiter/innen in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin, 2013
4. EurSafety Health-Net: Gesundheitsbericht 2011 – Sexuell übertragbare Erkrankungen. Hrsg.: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen Münster, Euregio Rhein-Waal, Kleve
5. RKI: Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. Epid Bull 2010; 3: 20–27
6. RKI: KABP-Surv STI Studie bei Sexarbeiterinnen (Knowledge, Attitude, Behaviour, Practices); www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > STI > Forschung

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Rüdiger Rau, Dr. Helmut Waggeling und Dana Altwasser (Kreis Wesel Fachdienst Gesundheitswesen), Iris Sperg (Gesundheitsamt der Stadt Duisburg), Dr. René Koene (Gesundheitsamt (GGD) Nijmegen), Andrea Eikelenboom-Boskamp und Prof. Dr. Andreas Voss (Canisius Wilhelmina Krankenhaus CWZ, Radboud Universität Nijmegen), Dr. Susanne Kuttner-May (Landeszentrum Gesundheit NRW).

Dr. Rau steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: ruediger.rau@kreis-wesel.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2014 (Datenstand: 26.2.2014)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	62	578	538	2	15	12	3	21	23	13	105	113	1	6	3
Bayern	92	719	624	5	22	27	4	48	70	27	172	218	1	7	8
Berlin	25	241	278	0	8	8	8	36	30	10	84	55	2	7	12
Brandenburg	24	167	150	0	4	3	3	24	32	5	67	75	0	1	0
Bremen	6	39	29	0	0	0	0	0	2	2	6	9	1	3	0
Hamburg	26	203	145	1	3	8	2	28	6	4	24	34	0	4	2
Hessen	55	422	304	2	5	2	0	11	8	12	66	113	0	1	3
Mecklenburg-Vorpommern	17	136	124	3	4	3	6	64	25	1	45	48	0	0	0
Niedersachsen	74	523	375	2	11	12	8	42	45	22	127	179	0	2	2
Nordrhein-Westfalen	232	1.909	1.699	3	27	26	18	85	101	49	258	380	1	2	6
Rheinland-Pfalz	38	365	318	3	9	12	3	26	14	11	82	81	0	6	4
Saarland	14	121	111	0	1	1	0	2	1	2	11	22	0	0	0
Sachsen	63	444	359	4	16	16	16	98	81	21	96	120	1	2	0
Sachsen-Anhalt	22	156	159	0	6	5	11	66	52	15	70	251	0	0	1
Schleswig-Holstein	22	241	194	0	5	3	0	6	10	2	29	41	0	0	0
Thüringen	24	175	148	2	7	5	9	34	39	11	77	120	0	0	2
Deutschland	796	6.439	5.555	27	143	143	91	591	539	207	1.319	1.859	7	41	43

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013	2014		2013
	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.	6.	1.–6.	1.–6.
Baden-Württemberg	1	14	23	260	1.446	1.389	60	256	285	10	61	62	1	6	6
Bayern	1	26	35	212	1.465	1.888	100	427	553	5	63	90	1	9	9
Berlin	0	13	12	152	755	585	37	173	274	5	40	48	1	13	12
Brandenburg	1	12	10	168	897	579	36	187	299	0	6	19	1	5	9
Bremen	1	1	3	39	164	76	4	13	40	1	3	1	1	1	0
Hamburg	1	6	5	64	359	597	13	58	233	0	8	17	2	5	1
Hessen	5	17	18	156	802	1.023	29	183	218	5	31	29	0	8	8
Mecklenburg-Vorpommern	2	6	4	146	762	1.059	38	192	266	2	17	11	2	9	7
Niedersachsen	8	38	23	272	1.330	1.676	47	219	557	1	16	32	1	9	7
Nordrhein-Westfalen	8	38	49	541	2.852	3.419	149	633	1.192	12	73	86	3	18	15
Rheinland-Pfalz	5	18	17	135	699	964	23	110	185	2	13	24	1	3	6
Saarland	1	3	0	33	150	266	8	111	39	2	4	3	0	1	1
Sachsen	6	42	57	429	1.932	1.646	65	454	486	2	21	31	3	11	10
Sachsen-Anhalt	3	16	20	172	920	918	75	208	167	4	10	12	2	4	6
Schleswig-Holstein	2	10	11	164	519	569	23	87	113	2	13	6	1	2	1
Thüringen	5	28	32	162	840	628	24	196	505	4	19	11	0	4	4
Deutschland	50	288	319	3.105	15.892	17.282	731	3.507	5.412	57	398	482	20	108	102

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, Mumps, Windpocken, 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 (außer für Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken)**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2014 (Datenstand: 26.2.2014)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ++			Hepatitis C ++			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2014	2013	1.-6.	2014	2013	1.-6.	2014	2013	1.-6.	2014	2013	1.-6.	2014	2013	1.-6.
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	1.-6.
Baden-Württemberg	2	5	14	0	7	9	18	87	89	0	5	5	10	51	55
Bayern	0	7	13	2	14	17	21	108	112	0	5	6	10	65	65
Berlin	0	3	4	0	11	8	11	52	51	0	6	5	4	39	47
Brandenburg	0	1	5	0	0	1	3	11	9	0	1	0	2	12	8
Bremen	1	2	4	0	2	2	0	3	5	0	0	1	0	7	4
Hamburg	0	0	2	2	8	4	4	9	12	0	1	1	0	6	15
Hessen	1	6	7	1	8	6	11	53	57	0	2	2	5	33	43
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	9	0	1	2	0	4	2	0	1	0	1	4	10
Niedersachsen	1	10	7	0	4	4	6	21	38	0	3	9	5	50	36
Nordrhein-Westfalen	3	10	14	2	10	14	18	88	69	1	7	9	14	110	125
Rheinland-Pfalz	1	3	9	0	4	5	10	29	25	2	3	4	0	21	22
Saarland	0	1	3	0	2	0	3	16	6	0	0	3	0	4	8
Sachsen	0	0	2	0	2	5	4	45	36	0	0	4	1	9	17
Sachsen-Anhalt	1	4	2	0	0	1	1	9	18	0	1	0	1	10	18
Schleswig-Holstein	0	1	1	0	1	1	5	19	17	0	3	7	0	3	13
Thüringen	0	5	3	0	1	3	1	18	8	0	2	3	1	7	4
Deutschland	10	60	99	7	75	82	116	572	554	3	40	59	54	431	490

Land	Impfpräventable Krankheiten											
	Masern			Mumps		Röteln		Keuchhusten		Windpocken +++		
	2014	2013	1.-6.	2014	1.-6.	2014	1.-6.	2014	1.-6.	2014	1.-6.	
	6.	1.-6.	1.-6.	6.	1.-6.	6.	1.-6.	6.	1.-6.	6.	1.-6.	
Baden-Württemberg	0	1	0	4	9	0	1	31	205	90	469	
Bayern	3	10	2	2	28	2	3	77	358	73	337	
Berlin	0	4	3	2	9	0	0	15	83	30	144	
Brandenburg	0	2	0	1	2	0	0	9	61	5	80	
Bremen	0	4	0	0	0	0	0	1	2	6	53	
Hamburg	0	1	0	0	2	0	0	3	25	3	24	
Hessen	0	0	0	0	11	0	0	15	82	34	130	
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	3	16	1	11	
Niedersachsen	0	1	0	1	2	0	1	31	137	19	160	
Nordrhein-Westfalen	0	0	3	5	64	0	0	38	238	102	589	
Rheinland-Pfalz	0	0	0	2	12	0	0	11	88	10	76	
Saarland	0	0	0	0	2	0	0	2	5	1	5	
Sachsen	0	0	0	0	3	0	1	12	54	35	144	
Sachsen-Anhalt	0	2	0	0	2	0	0	6	47	7	66	
Schleswig-Holstein	0	1	1	0	0	0	0	3	21	10	42	
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	16	89	8	40	
Deutschland	3	26	9	17	146	2	6	273	1.511	434	2.370	

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.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend. ++ 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). +++ Die Erfüllung der Referenzdefinition wurde anhand der übermittelten Symptome berechnet.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

6. Woche 2014 (Datenstand: 26.2.2014)

Krankheit	2014	2014	2013	2013
	6. Woche	1.–6. Woche	1.–6. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	17	149	403	1.968
Brucellose	1	2	3	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	4	7	105
Dengue-Fieber	8	57	125	879
FSME	0	5	6	420
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	3	6	76
Hantavirus-Erkrankung	3	18	24	162
Hepatitis D	0	0	1	32
Hepatitis E	7	46	30	458
Influenza	425	1.108	20.945	70.217
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	10	51	62	415
Legionellose	8	59	80	922
Leptospirose	3	6	6	81
Listeriose	11	54	48	467
Ornithose	0	5	0	10
Paratyphus	1	2	5	56
Q-Fieber	3	15	15	115
Trichinellose	0	1	0	14
Tularämie	1	2	1	20
Typhus abdominalis	3	6	14	90

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Röteln, konnatale Infektion**

Nordrhein-Westfalen, unter einem Jahr, männlich (35. Meldewoche 2013, 1. Fall 2013)

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza für die 8. Kalenderwoche (KW) 2014

Die Werte des Praxisindex und der Konsultationsinzidenz sind bundesweit in der 8. KW 2014 im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken. Die ARE-Aktivität lag insgesamt im geringfügig erhöhten Bereich. Sie ist nicht allein auf die Influenza zurückzuführen, sondern wird durch weitere zirkulierende Atemwegserreger verursacht. In den Altersgruppen 15 bis 59 steigt die Positivrate für Influenza in der 8. KW allerdings auf die bisher höchsten Werte (> 30%).

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance durch EISN

Von den 29 Ländern, die für die 7. KW 2014 Daten an EISN sandten, berichteten Finnland und Griechenland über eine hohe, 11 Länder über eine mittlere und 16 Länder über eine geringe klinische Influenza-Aktivität. Informationen unter: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-surveillance-overview-21-feb-2014.pdf>.

Humane Erkrankungen mit Influenza A(H7N9)-Infektion in China

Von der WHO wurde über neue Fälle in China berichtet. Bisher gibt es keinen Hinweis für eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung bei Erkrankungen mit aviären Influenza A-Viren, es wird von einem in China lokalisierten, zoonotisch bedingten Krankheitsgeschehen ausgegangen. Reisende in oder nach China sollten insbesondere den Besuch von Geflügelmärkten vermeiden. Informationen des RKI unter: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaereInfluenza/AviaereInfluenza_node.html.

Empfehlung für den Influenzaimpfstoff in der Saison 2014/15 für die Nordhalbkugel

Die WHO hat ihre Empfehlung für die Influenza-Impfstoffkomponenten für die Saison 2014/15 veröffentlicht. Die bisherigen Komponenten, die auch für die Saison 2014 für die Südhalbkugel empfohlen wurden, werden beibehalten. Informationen unter http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2014_15_north/en/.

Literaturhinweise

- ▶ Die Berechnung der Impfeffektivität für Influenza im Rahmen des europäischen Projekts I-MOVE in der Saison 2012/13 wurde in *Eurosurveillance* veröffentlicht. Sie lag zwischen 42 und 50% (<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20701>).
- ▶ Für die laufende Saison 2013/14 gibt es bisher vorläufige Berechnungen aus 3 Ländern: **Spanien** (insgesamt 24% Impfeffektivität): <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20700>; **USA** (Impfeffektivität gegen Influenza A(H1N1)pdm09 62%): <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6307.pdf>; **Kanada** (Impfeffektivität gegen Influenza A(H1N1)pdm09 74%): <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20690>.

Quelle: Influenza-Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 8. Kalenderwoche 2014

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 Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

▶ Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

▶ Redaktionsassistent: Francesca Smolinski, Sylvia Fehrmann, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.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 € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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)
PVKZ A-14273