



Epidemiologisches Bulletin

4. November 2013 / Nr. 44

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Syphilis in Deutschland 2012

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 1.1.2001 werden neu diagnostizierte und behandlungsbedürftige Syphilis-Infektionen nach § 7 Abs. 3 nichtnamentlich an das RKI gemeldet. Bis dahin wurden die Daten zur Anzahl der Erkrankungen in Deutschland auf Grundlage des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG), bzw., bis zur Wiedervereinigung 1989, über das Meldewesen der DDR erhoben. Seit Ende der 70er bis Anfang der 90er Jahre war ein Rückgang der Meldungen zu verzeichnen, der sich mit dem Auftreten von AIDS (Mitte der 80er Jahre) weiter beschleunigte. Nach Einführung einer Labormeldepflicht für Syphilis-Diagnosen durch das IfSG stieg die Zahl der gemeldeten Infektionen zunächst von 1.697 im Jahr 2001 auf 3.352 im Jahr 2004 an. Der Anstieg beschränkte sich auf Männer (2001: 1.379 Fälle, 2004: 3.027 Fälle), während die Zahl der gemeldeten Infektionen bei Frauen sich zwischen 2001 und 2007 nur wenig veränderte (300 ± 30 Fälle/Jahr).

Zwischen den Jahren 2004 und 2008 stabilisierten sich die Meldezahlen für Syphilis bundesweit auf einem Niveau zwischen 3.000 und 3.500 pro Jahr. Im Jahr 2009 sank die Anzahl der dem RKI gemeldeten Syphilis-Fälle, die der Referenzfalldefinition entsprachen, auf 2.742 Fälle. Seit 2010 ist die Anzahl der gemeldeten Fälle wieder angestiegen, um 10,6% im Jahr 2010 und um 22,0% im Jahr 2011. Im Jahr 2012 wurden dem RKI 4.410 Syphilis-Fälle gemeldet, die die Fallkriterien des RKI erfüllten. Damit lag die Zahl der gemeldeten Fälle um 19,1% höher als im Vorjahr. Wurden im I. Halbjahr 2010 monatlich durchschnittlich 249 Fälle gemeldet, waren es im II. Halbjahr 2012 379 Fälle im Monat.

Die Anzahl der Meldungen bei **Männern** stieg von 2.820 im Jahr 2010 auf 4.110 (+45,7%) im Jahr 2012, im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Meldungen bei **Frauen** von 207 (2010) auf 296 (2012; +42,9%) (s. Abb. 1).

Geografische Verteilung

Inzidenz gesamt: Bundesweit lag die Syphilis-Inzidenz im Jahr 2012 bei 5,4 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Inzidenz stieg 2012 gegenüber dem Vorjahr in 12 von 16 Bundesländern. Weiterhin sind große Unterschiede in der Inzidenz zwischen den Bundesländern zu beobachten. Die höchsten Inzidenzen wurden wie 2011 in den Stadtstaaten Berlin (20,9), Hamburg (14,2) und Bremen (7,0) registriert. Höher als im Bundesdurchschnitt lag die Inzidenz noch in Nordrhein-Westfalen (6,7) und Hessen (6,4). Die Inzidenz nahm zwischen 2011 und 2012 insbesondere in Bundesländern mit bisher geringer Anzahl an gemeldeten Syphilis-Fällen zu. So verdoppelte sich die Inzidenz in Sachsen-Anhalt von 1,6 auf 3,4 pro 100.000 Einwohner, in Rheinland-Pfalz stieg sie um zwei Drittel

Anzahl der Meldungen

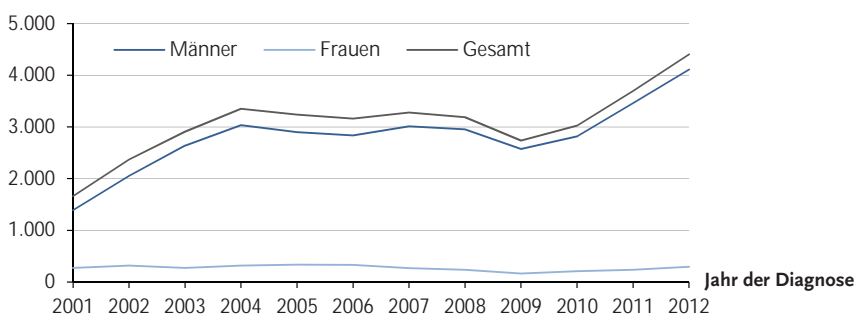


Abb. 1: Syphilis in Deutschland: Anzahl der gemeldeten Fälle nach Geschlecht und Jahr der Diagnose, IfSG-Meldezahlen 2001–2012

Diese Woche 44/2013

Syphilis

Situation in Deutschland
im Jahr 2012

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

41. Woche 2013



von 1,9 auf 3,1 pro 100.000 Einwohner. Ein starker Anstieg der Inzidenz im Jahr 2012 gegenüber 2011 um über 25 % war in Brandenburg (+58,3 %), Mecklenburg-Vorpommern (+42,9 %) und Hessen (+38,9 %) zu verzeichnen. Diese Anstiege waren in erster Linie auf Meldungen von Männern zurückzuführen. Leichte Abnahmen in der Inzidenz waren im Jahr 2012 in Saarland, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Am niedrigsten war die Inzidenz 2012 in Brandenburg, Thüringen, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg mit unter 3 Fällen pro 100.000 Einwohner (s. Abb. 2).

Vergleichsweise hohe Inzidenzen von über 12 Fällen pro 100.000 Einwohner waren außer in Berlin und Hamburg noch in Köln (28,4), München (22,9), Essen (19,4), Frankfurt/M. (18,5), Münster (16,8), Düsseldorf (15,2), Mannheim (14,9) und Offenbach (13,9) zu verzeichnen (s. Abb. 3). Die größten relativen Anstiege in Städten mit mehr als 30 gemeldeten Infektionen wurden zwischen 2011 und 2012 in Essen (+113,5 %), Leipzig (+51,3 %) und München (+35,2 %) registriert. Außer in Essen ist dieser Anstieg in erster Linie auf einen Anstieg bei Männern zurückzuführen.

Demografische Verteilung

Im Jahr 2012 lag der Anteil der Fälle bei Frauen unverändert bei 6,7 %. Entsprechend lag 2012 die Syphilis-Inzidenz bei Männern mit 10,2 Fällen pro 100.000 Einwohner 14-mal höher als bei Frauen mit 0,7 Fällen pro 100.000 Einwohner.

Die höchste Inzidenz (21,7) bei Männern wiesen die 30- bis 39-Jährigen auf; die Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen (20,7) und der 25- bis 29-Jährigen (19,3) waren ähnlich stark betroffen. Bei Frauen wiesen die 25- bis 29-Jährigen die höchste Inzidenz (2,2) auf, gefolgt von den 30- bis 39-Jährigen (1,7) und den 20- bis 24-Jährigen (1,7) (s. Abb. 4). Das mediane Alter lag bundesweit bei 40 Jahren (Spannbreite 0–86 Jahre). Frauen hatten ein medianes Alter von 34 Jahren, Männer von 40 Jahren. Das mediane Al-

ter war in Hamburg und Nordrhein-Westfalen mit 41 Jahren am höchsten, in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern mit 33,5 Jahren am niedrigsten.

Die Inzidenz der gemeldeten Syphilis-Infektionen ist 2012 in allen Altersgruppen angestiegen. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei den 25- bis 49-Jährigen (s. Abb. 5).

Verteilung nach Infektionsregionen

Für 3.138 Fälle (71,2 %) lagen Angaben zum Infektionsland vor; bei 93,2 % dieser Fälle wurde Deutschland angegeben. Die am häufigsten genannten weiteren Infektionsländer waren in Westeuropa Spanien (34 Nennungen) und Griechenland (9), in Zentral- und Osteuropa die Tschechische Republik (12) und Bulgarien (12) sowie in Übersee Thailand (18), Kuba (6) und Brasilien (6). Die meisten in Westeuropa und Amerika erworbenen Infektionen waren auf sexuelle Kontakte zwischen Männern zurückzuführen. Ein heterosexuelles Übertragungsrisiko überwog in Zentral- und Osteuropa. In Südostasien waren beide Risiken etwa gleich häufig.

Verteilung nach Infektionsrisiken

Angaben zum Infektionsrisiko lagen für 72,7 % der Meldungen vor. Bei diesen Meldungen beträgt der Anteil der Fälle, die vermutlich über sexuelle Kontakte zwischen Männern (MSM) übertragen wurden, 81,9 % – ein leichter Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren. Bei 25,7 % der Syphilis-Meldungen von Männern aus 2012 (n = 1.058) liegen keine Informationen zum wahrscheinlichen Infektionsweg vor. Unter der Annahme, dass sich die Infektionswege auch bei den Meldungen ohne Information zum wahrscheinlichen Infektionsweg ähnlich verteilen, werden knapp 4 von 5 aller in Deutschland gemeldeten Syphilis-Fälle über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen.

Den größten absoluten Zuwachs verzeichneten MSM, gefolgt von Personen, bei denen keine Angaben zum Infektionsrisiko vorlagen, und Personen mit Angabe eines hetero-

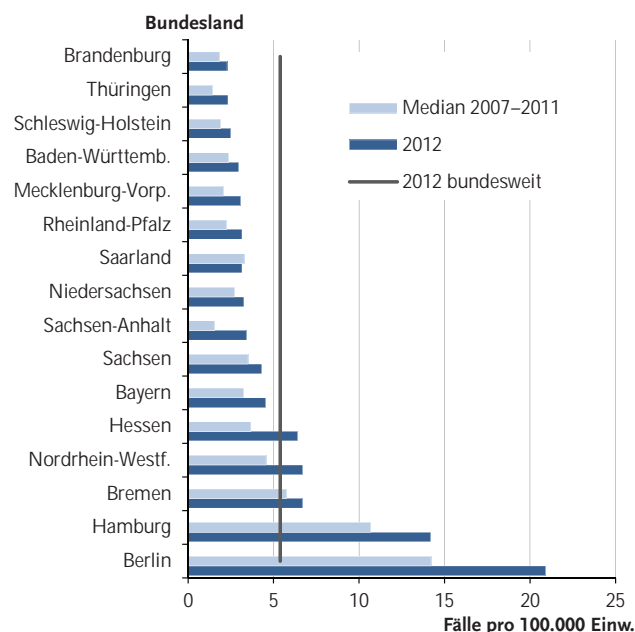


Abb. 2: Gemeldete Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Bundesland, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2012 im Vergleich mit dem Median der Vorjahre (2007–2011)

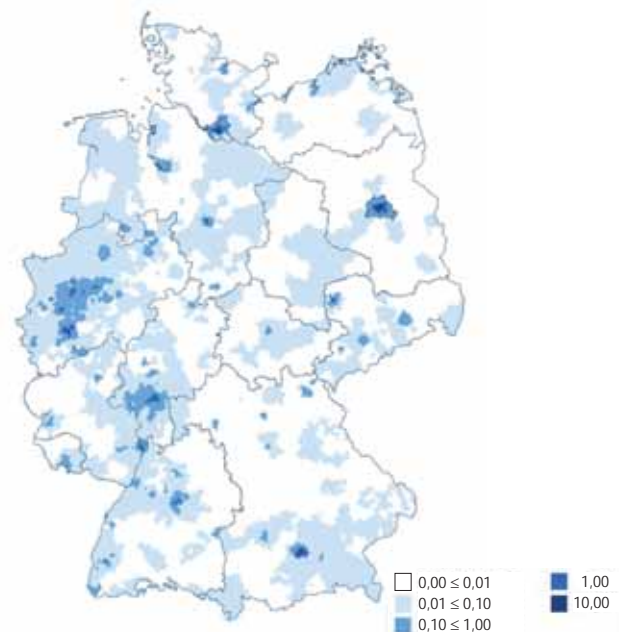


Abb. 3: Gemeldete Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Postleitzahlbereich (geglättet), Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2012 (n = 4.410)

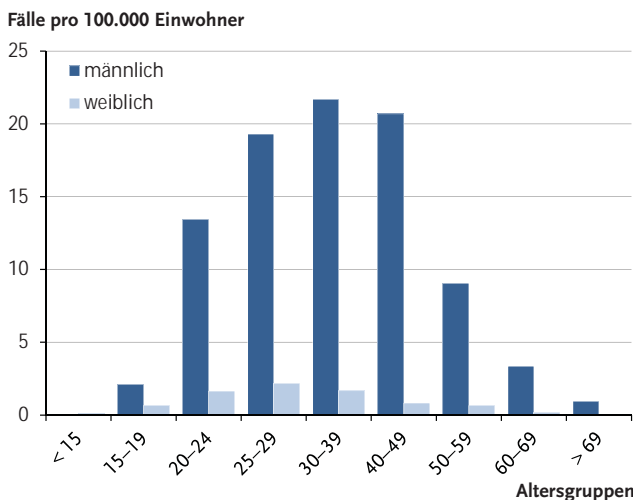


Abb. 4: Gemeldete Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Geschlecht, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2012 (n = 4.406)

sexuellen Risiken. Bei MSM stieg die Zahl der Meldungen gegenüber 2011 in 8 Bundesländern deutlich an und war in 4 Bundesländern unverändert. In Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ist der Anstieg der Anzahl der Meldungen vor allem auf MSM zurückzuführen. In Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein ging die Zahl der Meldungen bei MSM leicht zurück. Bei 76,3% aller Meldungen aus Städten mit mehr als 1 Million Einwohnern wurde als Infektionsweg Sex zwischen Männern angegeben.

Der Anteil der gemeldeten Syphilis-Fälle mit heterosexuellem Infektionsweg lag bei 12,9% (2011: 11,5%). Der höchste Anteil mit heterosexuellem Übertragungsweg wurde aus mittelgroßen Städten (250.000–500.000 Einw.) mit 15,0% sowie dem übrigen Land berichtet (19,4%). Die Zahl der Infektionen, bei denen Kontakte zu Sexarbeitern oder Sexarbeiterinnen als Quelle angegeben wurden, wie auch Infektionen bei Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen blieben zwischen 2011 und 2012 stabil.

Während die meisten heterosexuell übertragenen Fälle offenbar nur sporadisch und in kleiner Zahl auftreten, wurden weit über dem Durchschnitt liegende Syphilis-Inzidenzen bei Frauen bzw. ein höherer Anteil gemeldeter heterosexueller Übertragungen im Jahr 2012 in **Essen** (24,3%), **Wuppertal** (24,0%) und **Dortmund** (21,9%) registriert. In Dortmund war 2010 und 2011 ein Syphilis-Ausbruch mit heterosexuellen Übertragungswegen zu beobachten. Die Zahl der Syphilis-Diagnosen bei Frauen stieg in Dortmund von 2 (2009) auf 23 (2011) und sank 2012 auf 13. In Essen stieg die Inzidenz von 9,1 pro 100.000 Einw. auf 19,4 im Jahr 2012. Die Anzahl der Meldungen bei Frauen stieg in Essen von 1 (2011) auf 14 (2012). Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der Meldungen bei Männern mit heterosexuellem Übertragungsrisiko in Essen von 5 (2011) auf 19 (2012). Einzelne Meldungen legen nahe, dass Infektionen bei Sexarbeiterinnen und ihren Kunden eine Rolle gespielt haben. Die vorhandenen Informationen auf den Meldebögen zum wahrscheinlichen Übertragungsweg waren jedoch unvollständig. Im benachbarten Mülheim an der Ruhr stiegen die Fälle im gleichen Zeitraum von 3 (2011) auf 16 (2012) an.

Die Zahl der bei Neugeborenen bzw. Kindern diagnostizierten Fälle von konnataler Syphilis lag in den Jahren 2001 bis 2004 gleichbleibend bei 7 Fällen pro Jahr. In den Jahren 2005 bis 2010 wurden jeweils zwischen 1 und 5 Fällen konnataler Syphilis bei Neugeborenen gemeldet. Im Jahr 2011 wurden 2 Fälle einer konnatalen Syphilis gemeldet, im Jahr 2012 stieg die Anzahl konnataler Syphilis auf 5 Fälle. Jeweils ein Fall wurde aus Berlin, Sachsen und Nordrhein-

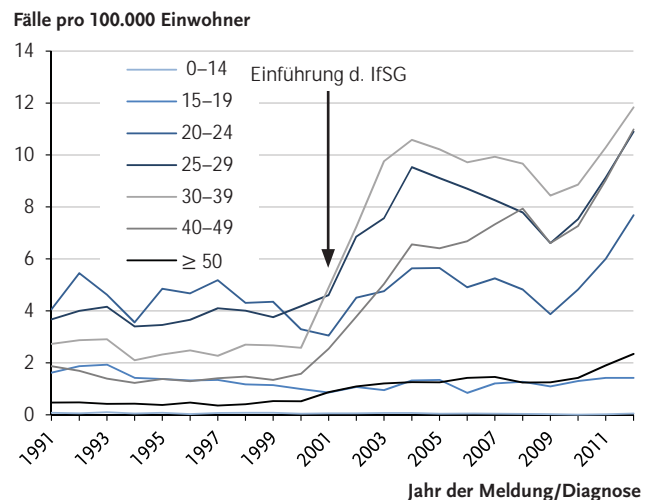


Abb. 5: Syphilis-Inzidenz nach Altersgruppen, Deutschland, 1991–2012; vor 2001 Meldungen nach GeschlKrG, ab 2001 Meldungen nach IfSG

Westfalen gemeldet, 2 weitere traten in Baden-Württemberg auf. Bei einem Fall von konnataler Syphilis war die Mutter nicht krankenversichert und hatte während der Schwangerschaft keinen Arzt aufgesucht. In Abbildung 6 wird ein Überblick über die Anzahl der gemeldeten Infektionen nach Infektionsweg und Halbjahr der Diagnose gegeben.

Erkrankungsstadium

Bei 73,4% der Meldungen lagen Angaben des Labors oder des behandelnden Arztes zur klinischen Symptomatik bzw. zum Infektionsstadium vor. Bei den Meldungen mit klinischen Angaben handelte es sich bei 36,7% der Diagnosen um ein Primär-, bei 28,2% um ein Sekundärstadium und bei 32,5% um eine Infektion im Stadium der Früh- oder Spätlatenz (Vergleichswerte 2011: 30,8%, 31,2% und 35,8%).

Wie in den Vorjahren wurde auch 2012 bei Frauen seltener als bei Männern die Syphilis im Primärstadium diagnostiziert (23,2% vs. 37,6%; Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$). Bei Männern wurde die Infektion in 17,2%, bei Frauen in 37,2% erst im Tertiärstadium oder mit unbekannter Latenzzeit diagnostiziert (s. Abb. 7, S. 452).

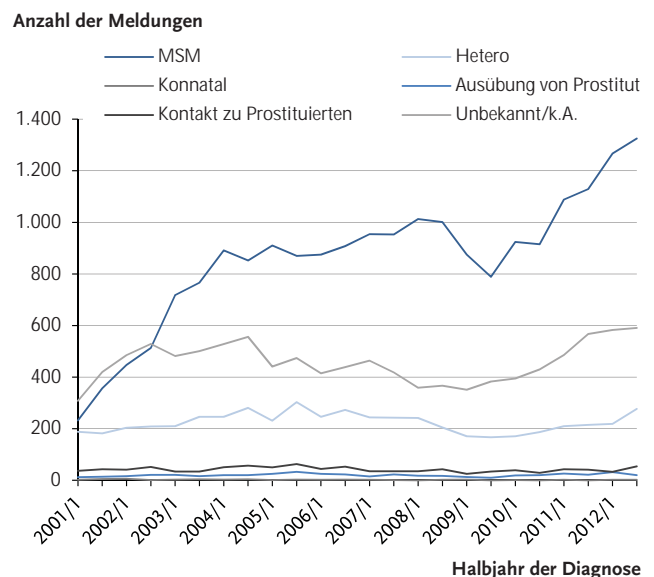


Abb. 6: Anzahl gemeldeter Syphilis-Infektionen nach Infektionsweg und Hbj. der Diagnose; Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2001–2012, n = 38.452

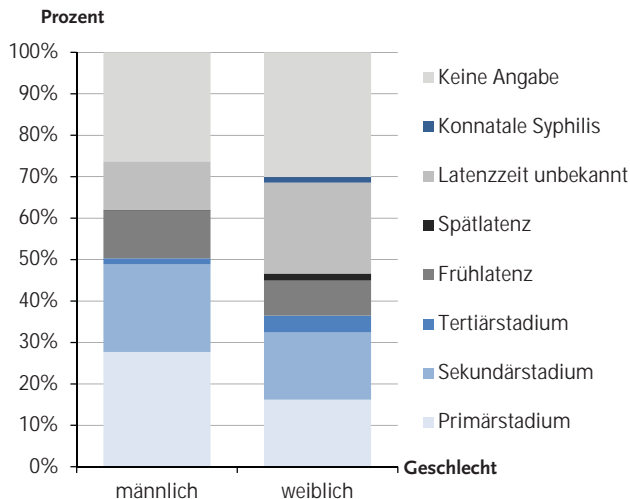


Abb. 7: Klinisches Stadium einer Syphilis-Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2012, n = 4.410

Bei 22,4% der gemeldeten Syphilis-Infektionen unter Männern gingen die Ärzte von einer Reinfektion aus. Besonders hoch war der Anteil bei MSM (31,2%). Im Jahr 2003 betrug der Anteil der Reinfektionen bei MSM 16,9%. Bei Frauen wurde im Jahr 2012 in 5,1% der gemeldeten Syphilis-Infektionen von einer Reinfektion ausgegangen.

In Abbildung 8 wird die Anzahl der Syphilis-Meldungen nach Stadium bei Diagnosestellung aufgezeigt. Der Anteil der Erkrankungen, die im Primärstadium gemeldet wurden, ist 2012 ebenso angestiegen wie der Anteil der Meldungen mit fehlenden Angaben zum Erkrankungsstadium.

Datenqualität

Die Gesamtzahl der eingegangenen Meldungen inklusive der Meldungen, die nicht den Fallkriterien entsprachen, stieg von 5.938 im Jahr 2011 auf 6.446 im Jahr 2012 an. Bei den nicht den Fallkriterien entsprechenden Syphilis-Meldungen handelte es sich um eine Mischung aus Serumnarben (mit z. T. noch hohen Resttitern), vermuteten Doppelmeldungen und vermuteten Fällen von nicht ausreichend therapierter Syphilis (Syphilis non satis curata). Die entsprechende Entscheidung und Zuordnung war angesichts des Fehlens einer eindeutigen fallbezogenen Kodierung schwierig und musste auf Grundlage einer Gesamtschau aller auf den Meldebögen verfügbaren Informationen getroffen werden. Vor allem in Großstädten boten Geburtsmonat und -jahr sowie die ersten 3 Ziffern der Postleitzahl keine ausreichenden Differenzierungsmöglichkeiten, um potenzielle Mehrfachmeldungen zu erkennen, insbesondere da Untersuchungen derselben Person bei verschiedenen Ärzten und Laboren durchgeführt worden sein könnten oder sich der Wohnsitz des Patienten geändert haben könnte.

Ein nicht befriedigend lösbares Problem stellt die Einordnung einer Neumeldung eines bereits zuvor gemeldeten Syphilis-Patienten entweder als Reinfektion oder als Reaktivierung bei nicht ausreichender Behandlung dar. Verschiedene Einzelbeobachtungen weisen darauf hin, dass bei einigen Laboren noch Unklarheit bezüglich der Meldung potenzieller Reinfektionen besteht. Dies kann lokal zu Untererfassungen geführt haben, dürfte aber den Gesamttrend nicht wesentlich verfälschen.

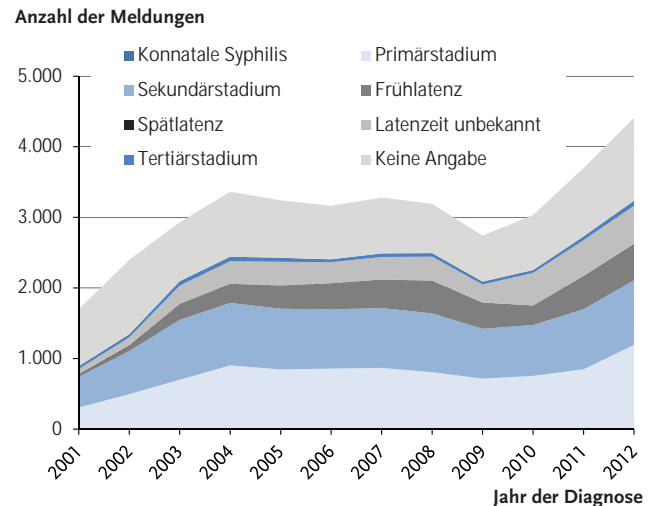


Abb. 8: Klinisches Stadium einer Syphilis-Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose nach Jahr der Diagnose, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2001–2012, n = 37.364

Zusammenfassende Einschätzung

Der nach der Zunahme der Fallzahlen von 2000 bis 2004 seit 2010 beobachtete erneute Anstieg von Syphilis-Meldungen hat sich 2012 fortgesetzt. Der Anstieg war wie in den beiden Vorjahren in den meisten Bundesländern zu beobachten.¹ Auch in den ersten 6 Monaten des Jahres 2013 scheint sich der Trend fortzusetzen. Der Anstieg war zwischen 2011 und 2012 mit 19% fast so stark wie im Jahr zuvor (22%). Bemerkenswert ist, dass inzwischen der Anstieg auch in Bundesländern mit bisher niedriger Inzidenz wie Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt, zu beobachten ist.

Obwohl seit 2010 der relative Anstieg bei beiden Geschlechtern ähnlich hoch ist, gehen die meisten gemeldeten Syphilis-Fälle auf Erkrankungen bei Männern zurück. Der Anstieg bei Männern ist nach wie vor zum größten Teil auf einen Anstieg der Syphilis-Meldungen bei MSM zurückzuführen, auch wenn ihr Anteil unter allen Syphilis-Fällen im Vergleich zu den Vorjahren leicht gesunken ist. Die höchsten Inzidenzen wurden weiterhin in Städten mit über 500.000 Einwohnern beobachtet. Bemerkenswert ist dabei, dass das Durchschnittsalter der gemeldeten Männer bei 40 Jahren liegt. Das ist viel höher als bei anderen STI, bei denen die meisten Infektionen im Alter von 20–25 Jahren beobachtet werden.

Der ansteigende Anteil von Diagnosen im Primärstadium deutet darauf hin, dass der Anstieg der Meldungen nicht nur auf eine vermehrte Anzahl von Tests zurückzuführen ist, sondern auf eine angestiegene Anzahl von frischen Infektionen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Reinfektionen bei MSM im Laufe der letzten 10 Jahre fast verdoppelt. Dies weist darauf hin, dass es Gruppen von MSM gibt, die sich wiederholt mit Syphilis infizieren und die Verbreitung unter MSM erleichtern. In einer Studie aus Kalifornien wurde beobachtet, dass insbesondere HIV-positive MSM ein höheres Risiko für eine Syphilis-Reinfektion haben.²

Im Jahr 2012 konnte auch ein Anstieg der gemeldeten HIV-Neudiagnosen beobachtet werden, der jedoch zum Teil auf verbesserte Nachrecherchen bei unklaren Meldungen und deren Einordnung als HIV-Erstdiagnosen zurückzu-

führen ist. Eine gleichzeitig vorliegende Syphilis-Infektion kann bei HIV-Infizierten zu einer Immunaktivierung führen, in deren Folge auch die HIV-Vermehrung zunimmt. Bei gleichzeitig vorliegenden HIV- und Syphilis-Infektionen kann der klinische Verlauf beider Infektionen ebenfalls verändert werden, mit einem Anstieg der Viruslast, einem Abfall der CD4-Zellzahlen sowie einem Anstieg von Leberwerten.³⁻⁵ Somit steigt bei gleichzeitiger HIV- und Syphilis-Infektion die Wahrscheinlichkeit, die HIV-Infektion weiterzugeben. Daher ist es wichtig, dass Syphilis-Infektionen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Der Ursprung der Häufung von Syphilis-Fällen in Essen ist ungeklärt. Sowohl die Verbreitung von Syphilis unter Sexarbeiterinnen, ihren Partnern und Kunden als auch ein punktuell überspringen der Epidemie bei MSM in heterosexuelle Netzwerke sind mögliche Erklärungen für die Häufung.

Die niedrige Zahl konnataler Syphilis-Fälle spricht für die hohe Wirksamkeit des Syphilis-Screenings bei den Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen. Dennoch sollte sichergestellt werden, dass der Syphilis-Test in der Schwangerschaft auch schwangeren Frauen ohne Krankenversicherung zur Verfügung steht.

Vergleich mit Nachbarländern

In dem Jahresbericht vom ECDC von September 2013 zeigten die gemeldeten Zahlen aus 29 europäischen Ländern ein eher gemischtes Bild mit einem Rückgang der Zahl von Syphilis-Meldungen in 10 und einem Anstieg in 19 Ländern. Den größten (über 200 %) prozentualen Anstieg zwischen 2007 und 2011 wiesen Dänemark, Slowenien, die Tschechische Republik, die Slowakei und Malta auf.⁶ Insgesamt stieg die Anzahl der Syphilis-Meldungen in den EU-Mitgliedsstaaten zwischen 2010 und 2011 um 9 %. Der beobachtete Anstieg war wie in Deutschland hauptsächlich auf einen Anstieg der Meldungen bei Männern (13 %) zurückzuführen. Besonders starke Anstiege zwischen 2010 und 2011 verzeichneten neben Deutschland auch Luxemburg (111 %), Slowenien (95 %), Malta (80 %), Rumänien (31 %) und Irland (24 %). Die zum Teil sinkenden Syphilis-Meldungen aus Mitgliedsstaaten mit vormals hohen Inzidenzen wurden mehr auf Änderungen in den Gesundheitsversorgungssystemen, wie z. B. durch Privatisierung, als auf eine wahre Senkung der Inzidenz zurückgeführt.

Es scheint sich abzuzeichnen, dass ein erneuter Anstieg der Meldezahlen in EU-Mitgliedsstaaten zu beobachten sein wird, ähnlich dem Anstieg zu Beginn der 2000er Jahre.^{7,8} Den bisher vorliegenden Berichten ist zu entnehmen, dass auch diesmal MSM am stärksten betroffen sind.

Empfehlungen

Der anhaltende Wiederanstieg der gemeldeten Syphilis-Infektionen zeigt, wie wichtig die frühzeitige Diagnose und Behandlung ist. Wie kürzlich eine Studie aus Dresden zeigen konnte, wurde bei Personen, die eine positive Syphilis-Serologie aufwiesen, HIV in einem früheren Stadium diagnostiziert als bei Personen ohne Syphilis.⁹ Das Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Syphilis

und HIV sollte daher sowohl beim ärztlichen Personal als auch bei den betroffenen Gruppen gestärkt werden. Bei einer neu diagnostizierten Syphilis-Infektion sollte immer ein HIV-Test angeboten werden. Asymptomatischen MSM mit wechselnden Partnern sollten je nach Partnerzahl niedrigschwellig Screening-Untersuchungen auf Syphilis (und andere STI) angeboten werden, um weitere Ansteckungen zu vermeiden. Untersuchungen haben gezeigt, dass solche Angebote zu einer sinkenden Prävalenz von Syphilis bei MSM führen können.¹⁰ Partner der Syphilis-Patienten – falls bekannt – sollten ebenfalls noch konsequenter als bisher untersucht und behandelt werden.

HIV/STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter bieten zum Teil kostenfreie STI-Tests an. Das Angebot variiert jedoch stark je nach Gesundheitsamt.¹¹ Diese Angebote sollten auf jeden Fall aufrechterhalten und nach Möglichkeit, insbesondere in den großstädtischen Ballungsgebieten, ausgebaut werden. Wenn es, wie in den letzten 2 Jahren in Essen und Dortmund beobachtet, zu Häufungen von heterosexuellen Übertragungen kommt, sollte das Untersuchungsangebot für in der Sexarbeit tätige Frauen und ihre Kunden verbessert und offensiv beworben werden.

Aus der gegenwärtigen Situation ergibt sich auch, dass die Verwendung von Kondomen ein wesentlicher Bestandteil der HIV- und STI-Präventionsstrategie in Deutschland bleiben muss. Kondome sind nach wie vor die einfachste und kostengünstigste Möglichkeit der Prävention von HIV und Syphilis sowie anderer STI. In der Kombination mit vermehrter STI-Testung und früherer Behandlung könnte wahrscheinlich eine Senkung der Anzahl der Syphilis-Infektionen erreicht werden.

Literatur

1. RKI: Syphilis in Deutschland in den Jahren 2010 und 2011. *Epid Bull* 2012; 48: 481–485
2. Phipps W, et al.: Risk factors for repeat syphilis in men who have sex with men, San Francisco. *Sex Transm Dis* 2009; 36(6): 331–335
3. Funnye AS and Akhtar AJ: Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. *J Natl Med Assoc* 2003; 95(5): 363–382
4. Palacios R, et al.: Impact of syphilis infection on HIV viral load and CD4 cell counts in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44(3): 356–359
5. Palacios R, et al.: Liver involvement in HIV-infected patients with early syphilis. *Int J STD AIDS* 2013; 24: 31–33
6. STI in Europe, 2011. ECDC 2013; <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/sexually-transmitted-infections-europe-2011.pdf>
7. Fenton KA: A multilevel approach to understanding the resurgence and evolution of infectious syphilis in Western Europe. *Euro Surveill* 2004; 9(12): pii491
8. Sullivan PS, et al.: Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Ann Epidemiol* 2009; 19(6): 423–431
9. Spornraft-Ragaller P, et al.: Analysis of risk factors for late presentation in a cohort of HIV-infected patients in Dresden: positive serology for syphilis in MSM is a determinant for earlier HIV diagnosis. *Infection* 2013; doi: 10.1007/s15010-013-0476-1
10. Bissessor M, et al.: Frequent screening for syphilis as part of HIV monitoring increases the detection of early asymptomatic syphilis among HIV-positive homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 55(2): 211–216
11. Altmann M, et al.: Activities related to STIs and HIV and data collection in German local health authorities, 2012: can we harvest the data? *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56(7): 922–929

Bericht aus dem Fachgebiet „FG HIV/Aids u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ des Robert Koch-Instituts. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Viviane Bremer (E-Mail: BremerV@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

41. Woche 2013 (Datenstand: 30.10.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012
	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.
Baden-Württemberg	109	5.002	5.264	3	115	84	6	217	252	44	1.295	1.419	2	46	42
Bayern	138	5.699	5.733	5	224	214	17	647	658	52	2.001	2.055	5	88	70
Berlin	65	2.265	2.488	1	64	43	12	497	336	16	518	587	0	49	65
Brandenburg	49	1.751	1.693	2	30	21	14	329	199	16	546	680	0	12	6
Bremen	5	352	356	0	6	5	0	10	18	4	79	93	0	1	4
Hamburg	39	1.492	1.407	6	49	63	10	233	77	8	364	344	1	31	29
Hessen	86	3.131	3.051	0	36	48	3	99	114	18	935	1.047	0	42	28
Mecklenburg-Vorpommern	63	1.600	1.537	0	33	21	33	562	494	16	396	448	0	2	1
Niedersachsen	114	4.053	3.947	7	155	165	14	482	540	41	1.542	1.664	0	11	13
Nordrhein-Westfalen	325	12.681	13.101	3	227	253	26	867	996	85	3.103	3.653	2	40	56
Rheinland-Pfalz	74	2.776	2.967	2	77	101	8	196	206	33	755	920	0	48	21
Saarland	27	938	905	0	8	9	0	29	33	2	136	188	0	2	3
Sachsen	121	3.983	4.422	3	118	85	18	643	710	30	1.289	1.456	1	37	23
Sachsen-Anhalt	43	1.360	1.379	4	54	30	18	631	431	16	983	943	4	12	5
Schleswig-Holstein	46	1.946	1.772	1	54	62	6	76	66	12	506	430	0	10	5
Thüringen	42	1.474	1.573	0	24	47	4	276	342	20	1.060	1.148	1	12	12
Deutschland	1.346	50.503	51.595	37	1.274	1.251	189	5.794	5.472	413	15.508	17.075	16	443	383

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012	2013	2012	1.-2012
	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.
Baden-Württemberg	1	108	116	87	5.267	6.632	17	2.385	3.369	15	417	437	1	66	53
Bayern	7	250	305	101	7.060	12.084	32	4.743	4.246	17	663	624	2	105	88
Berlin	3	63	58	49	1.878	2.966	8	1.893	1.757	5	327	324	2	85	89
Brandenburg	0	76	78	77	2.680	3.917	11	3.594	1.688	1	78	70	3	61	28
Bremen	0	15	11	6	338	588	1	245	101	0	15	16	0	8	5
Hamburg	0	55	71	23	1.924	2.641	6	1.695	1.173	1	123	114	2	14	21
Hessen	2	124	120	45	4.455	4.854	23	1.554	1.692	5	221	250	0	64	81
Mecklenburg-Vorpommern	0	39	36	31	3.312	2.900	40	1.676	1.370	1	94	102	1	52	59
Niedersachsen	4	166	162	52	5.906	8.191	19	4.132	2.686	2	151	164	3	76	89
Nordrhein-Westfalen	7	353	406	177	14.093	15.558	51	9.090	6.002	19	597	665	9	202	246
Rheinland-Pfalz	4	112	134	43	3.590	4.276	6	1.792	2.154	2	140	136	1	38	36
Saarland	0	9	23	8	1.171	1.401	1	406	546	0	14	23	0	7	2
Sachsen	5	249	261	160	6.900	9.413	27	4.788	2.819	4	226	252	6	152	124
Sachsen-Anhalt	1	122	131	115	3.807	5.035	26	2.014	2.023	3	70	84	8	265	58
Schleswig-Holstein	3	81	64	26	1.801	2.322	5	1.296	1.063	0	45	56	1	20	11
Thüringen	3	194	216	73	3.206	5.022	14	3.327	1.936	0	61	54	2	36	47
Deutschland	40	2.016	2.192	1.073	67.388	87.800	287	44.630	34.625	75	3.242	3.371	41	1.251	1.037

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

41. Woche 2013 (Datenstand: 30.10.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Baden-Württemberg	6	77	54	0	48	46	8	674	641
Bayern	3	67	75	0	80	87	22	797	795
Berlin	2	35	43	0	49	43	12	423	443
Brandenburg	0	17	15	0	8	9	0	48	61
Bremen	0	24	5	0	12	8	0	22	18
Hamburg	0	19	20	0	28	32	6	102	113
Hessen	3	49	36	3	58	38	11	321	268
Mecklenburg-Vorpommern	0	17	5	0	7	14	0	48	52
Niedersachsen	0	44	60	0	31	26	3	218	236
Nordrhein-Westfalen	7	135	135	4	117	107	13	564	535
Rheinland-Pfalz	1	52	28	0	43	41	3	190	169
Saarland	1	11	4	0	8	16	0	47	69
Sachsen	1	18	10	1	31	25	7	257	237
Sachsen-Anhalt	0	18	16	0	19	18	0	100	79
Schleswig-Holstein	0	13	15	0	10	10	0	113	140
Thüringen	0	15	11	0	10	11	3	59	93
Deutschland	24	611	532	8	559	531	88	3.983	3.949

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.
Baden-Württemberg	0	31	36	1	61	19	6	461	391
Bayern	0	37	40	7	768	64	9	446	514
Berlin	0	21	14	0	487	17	7	290	257
Brandenburg	0	3	3	0	59	0	1	80	79
Bremen	0	3	3	0	7	2	0	41	38
Hamburg	0	5	8	1	17	3	3	147	118
Hessen	1	19	17	0	13	17	12	347	326
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	3	0	1	0	1	61	68
Niedersachsen	1	20	29	2	24	7	3	253	241
Nordrhein-Westfalen	0	57	58	0	124	17	16	798	838
Rheinland-Pfalz	0	19	19	0	11	4	2	125	133
Saarland	0	6	3	0	0	0	0	27	22
Sachsen	0	12	11	0	54	0	2	115	122
Sachsen-Anhalt	0	2	12	5	30	0	2	88	84
Schleswig-Holstein	0	20	9	0	10	2	1	70	71
Thüringen	0	9	7	2	21	0	2	51	65
Deutschland	2	268	272	18	1.687	152	67	3.400	3.367

gegeben. 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).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

41. Woche 2013 (Datenstand: 30.10.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	41. Woche	1.–41. Woche	1.–41. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	18	1.746	1.461	2.146
Brucellose	2	21	22	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	2	75	98	123
Dengue-Fieber	11	695	408	615
FSME	6	334	163	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	68	61	69
Hantavirus-Erkrankung	7	119	2.691	2.825
Hepatitis D	0	24	14	18
Hepatitis E	5	366	305	388
Influenza	4	69.991	10.634	11.564
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	6	312	228	323
Legionellose	25	765	511	654
Leptospirose	3	64	64	85
Listeriose	4	351	323	429
Ornithose	0	7	13	16
Paratyphus	0	48	36	43
Q-Fieber	2	90	178	200
Trichinellose	0	10	1	2
Tularämie	0	18	13	21
Typhus abdominalis	5	71	48	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Diphtherie**Baden-Württemberg, 64 Jahre, weiblich (*C. ulcerans*, Rachendiphtherie)
(5. Diphtherie-Fall 2013)

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, Lepra, 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.: 030.18754-0
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: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@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 € 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 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