



Epidemiologisches Bulletin

6. September 2010 / Nr. 35

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen

STD/STI nehmen auf Grund ihrer Eigenart eine besondere Stellung unter den Infektionskrankheiten ein, die Besonderheiten ihrer Prävention begründet. STD-Prävention wird in Deutschland an vielen Stellen geleistet: In Klinik und Praxis finden im Rahmen ärztlicher Betreuung Aufklärung und vorbeugende Maßnahmen statt. Der ÖGD ist mit den Gesundheitsämtern beteiligt. Zahlreiche Institutionen auf Landes- und Bundesebene sowie Nichtregierungsorganisationen – wie zum Beispiel *pro familia* oder die Aids-Hilfen – leisten wichtige Beiträge.

Es zeigte sich, dass gegenwärtig sehr heterogene Ansätze, Methoden und Ergebnisse in der STD-Prävention existieren. Daher erschien es notwendig, aktuelle Positionen zu erfassen, zu analysieren und einen Konsens in Form von Standards anzustreben, die allgemein akzeptiert werden können. Diese Aufgabe übernahm eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe innerhalb der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft „Sexuelle Gesundheit“.

Die im April 2010 von dieser Gruppe als Vorschlag verabschiedeten Standards sollen nun allen in der STD-Prävention engagierten Menschen bekannt gemacht werden, damit sie – bei allgemeiner Akzeptanz – zur Grundlage präventiven Handelns werden können.

Standards in der Prävention sexuell übertragbarer Infektionen

I. STD/STI und ihre Verhütung – Grundsätze

Sexuell übertragbare Krankheiten (*sexually transmitted diseases*, STD) bzw. sexuell transmissible Infektionen (*sexually transmitted infections*, sexuell übertragbare Infektionen, STI) bilden eine heterogene Gruppe von Erkrankungen/Infektionen, deren gemeinsames Merkmal die Übertragung der Erreger im Rahmen sexueller Kontakte ist. Beide Bezeichnungen werden oft synonym genutzt. Die Bezeichnung STI umfasst Infektionen unabhängig von ihrer klinischen Manifestation.

Unter epidemiologischen und klinischen Aspekten besitzen folgende STD/STI gegenwärtig eine besondere Bedeutung in Deutschland: HIV-Infektionen/AIDS, Syphilis (Lues), Hepatitis-B-Infektionen, Infektionen durch Humane Papillomviren (HPV), Chlamydien-Infektionen, Gonorrhö (Tripper), Herpes genitalis, Trichomoniasis.

Wie alle Infektionen stellen auch STI Störungen und Bedrohungen der Gesundheit dar. Dabei bedeutet „sexuelle Gesundheit“ mehr als das Freisein von diesen Erregern (s. u.). STD/STI besitzen wegen der mit ihnen assoziierten Krankheitslast (*burden of disease*), ihrer Verbreitung, Ansteckungsgefahr, ihres möglichen Verlaufs und ihrer Folgen eine erhebliche individual- und sozialmedizinische Bedeutung. Neben den krankheitsbedingten Auswirkungen auf die Gesellschaft (Arbeitsausfall, Kosten für Diagnostik, Therapie, Prävention und Forschung)

Diese Woche

35/2010

Sexuell übertragbare Infektionen
Standards in der Prävention

Public Health
Allergische Erkrankungen
im Rahmen von DEGS

Meldepflichtige
Infektionskrankheiten

► Monatsstatistik
nichtnamentlicher Meldungen
des Nachweises
ausgewählter Infektionen

Juni 2010

(Datenstand:

1. September 2010)

► Aktuelle Statistik

32. Woche 2010

(Datenstand:

1. September 2010)



treten psychosoziale Begleiterscheinungen stärker als bei vielen anderen Infektionskrankheiten in Erscheinung.

Wie andere Infektionen sind auch STD/STI prinzipiell vermeidbar und fordern Medizin und Gesellschaft zum Handeln heraus. Abgesehen von den rein medizinischen Aufgaben der Behandlung und Betreuung geht es um die Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung dieser Krankheiten: Die Verhütung (Prävention; im medizinischen Sprachgebrauch oft auch Prophylaxe) erfordert ein adäquates Handeln jedes Einzelnen und das Erfüllen von Aufgaben in der Gesellschaft und der Medizin.

Die Prävention von STD/STI weist Besonderheiten und spezifische Probleme auf (z. B. können Erfahrungen bei der Prävention anderer Infektionskrankheiten nicht immer übertragen werden).

Prävention umfasst in diesem Kontext Maßnahmen, die geeignet sind, das Zustandekommen von Infektionen und das Entstehen von Krankheiten zu verhindern, deren Verlauf günstig zu beeinflussen und schädlichen Folgen entgegenzuwirken. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und die Erziehung zu einer gesundheitsfördernden Lebens- und Verhaltensweise können Teil der Prävention sein.

Grundpositionen als notwendige Voraussetzung für die Prävention der STD/STI:

- ▶ Menschen sind in unserer Gesellschaft sowohl freie, eigenverantwortliche Individuen als auch sozial eingebunden. Dadurch sind sie in ihren Handlungen unterschiedlich frei und begrenzt.
- ▶ Der Mensch ist ein vernunftbegabtes, lernfähiges Wesen. Seine Lernfähigkeit ist jedoch nicht unbegrenzt. Bei aller Vernunft handelt er auch irrational. Ein Paradoxon der Prävention besteht darin, dass die Freiheit zu einer rationalen Entscheidung vorausgesetzt wird, diese aber in der Praxis nicht immer gegeben ist.
- ▶ Sexualität ist eine zentrale Lebensäußerung. Sie ist Grundbestandteil einer umfassenden Gesundheit. Die Prävention von STD/STI ist daher Bestandteil allgemeiner Förderung der Gesundheit.
- ▶ Sexualität ist in unserer Gesellschaft eine private Angelegenheit mit deutlichen Grenzen für öffentliche Interventionen. An der sexuellen Gesundheit besteht aber ein öffentliches Interesse, das aus der Fürsorge der Gemeinschaft sowohl für den Einzelnen als auch für die Gemeinschaft resultiert.
- ▶ Aus dem Recht auf Gesundheit kann eine Pflicht zur Gesundheit nicht abgeleitet werden.
- ▶ Prävention kann ihre Ziele in der Regel nie vollkommen umsetzen, dies gilt ganz besonders für das menschliche Verhalten.
- ▶ Prävention darf nicht schaden.

Kernaussage: Prävention muss sich mit den bestehenden Gegebenheiten und Ambivalenzen auseinandersetzen und ihre jeweiligen Strategien und Methoden darauf ausrichten (z. B. durch Situations- oder Zielgruppenspezifika).

II. Standards der Prävention

1. Eine fachlich fundierte Prävention basiert auf einem umfassenden Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne der Definitionen und Stellungnahmen der WHO (*World Health Organization*) und der WAS (*World Association for Sexual Health*).
2. Prävention orientiert sich an einem aufgeklärt-humanistischen Menschenbild, das das ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortlichkeit und sozialer Verantwortung reflektiert. Es besteht das Primat der Eigenverantwortung bei gleichzeitigem Respekt vor der Selbstbestimmung des/der Anderen und dessen/deren Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit.
3. Prävention besteht aus der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und erfolgt als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention.
4. Prävention bietet im Zusammenhang mit der Wahrung des Rechts auf Gesundheit umfangreiche Möglichkeiten, es müssen aber auch die ihr eigenen Grenzen respektiert werden.
5. Strategien und Maßnahmen der Prävention werden – wenn irgend möglich – auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Erkenntnisse, Erfahrungen und Methoden aus allen relevanten Disziplinen und Wissensgebieten werden berücksichtigt. Prävention muss sich wissenschaftlicher Evaluation unterziehen.
6. Risiken und Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen werden genau ermittelt, negative Auswirkungen möglichst ausgeschlossen, zumindest aber minimiert.

III. Anmerkungen zu den Standards der Prävention der STD/STI

Zu Standard 1

Gesundheit ist im Kontext der Prävention der STD/STI vor allem die **sexuelle Gesundheit**. Die WHO hat 1975 dazu eine erste, sehr umfassende Definition versucht: „Sexuelle Gesundheit ist die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust.“ Wesentlich ist die positive Einstellung zur Sexualität und die Betonung des Zusammenhangs der sexuellen Gesundheit mit der Verbesserung der Lebensqualität und der persönlichen Beziehungen. Die Prävention von STD/STI und die Beratung und Betreuung bei sexuell übertragbaren Krankheiten ist nur ein Teilbereich, allerdings ein wichtiger Bereich, wenn es darum geht, die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und zu erhalten.

Das Regionalbüro Europa der WHO hat hierzu im Jahr 2001 spezielle Zielvorgaben herausgearbeitet:

- ▶ Es sollen Verhältnisse angestrebt werden, die Menschen den uneingeschränkten Genuss ihrer Sexualität als Potenzial ihrer selbst ermöglichen.
- ▶ Es soll Freiheit von sexuellem Zwang, Missbrauch und sexueller Gewalt erreicht werden.
- ▶ Es soll ein Schutz vor Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit dem Sexualleben erreicht werden und – wo sie auftreten – sollen diese entsprechend behandelt werden.

In den Leitprinzipien der WHO-Regionalstrategie für Europa wird bekräftigt: „Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht. Jeder hat das Recht auf den höchsten erreichbaren Standard an körperlicher und geistiger Gesundheit.“ Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um einen universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen, einschließlich solcher für die sexuelle Gesundheit.

Zu Standard 2

Bezogen auf die Prävention von STD/STI ergibt sich, dass der Mensch in seinem Handeln sich selbst und seinen Sexualpartnern/-partnerinnen gegenüber verpflichtet ist.

Die **Eigenverantwortlichkeit des Menschen** als Individuum legt nahe, dass er seine Gesundheit in erster Linie selbst schützen kann. Prävention stößt an Grenzen, wenn sie die Selbstbestimmung des Einzelnen ignoriert oder missachtet. Zentrales Ziel von Präventionsmaßnahmen sollte immer sein, Individuen zu befähigen, eigenverantwortlich zu handeln. Die Verantwortung, selbst zu entscheiden, kann im Normalfall (d. h. bei geistiger Kompetenz) nicht auf andere übertragen werden.

Die Eigenverantwortlichkeit des Menschen schließt aber auch den **Respekt vor der Eigenverantwortlichkeit der Sexualpartner/-partnerinnen** (und deren Recht auf körperliche Unversehrtheit) ein. Aus der sozialen Bedingtheit des Menschen resultiert eine Verantwortung gegenüber den Mitmenschen. Verantwortung für Gesundheit darf sich nicht in der Sorge um das Eigenwohl erschöpfen.

Zu Standard 3

Erfolge in der Prävention entstehen aus dem optimalen Funktionieren und Zusammenwirken der beiden Komponenten **Verhaltens- und Verhältnisprävention**. Das Beachten des Spannungsfeldes zwischen Individuum und gesellschaftlichem Rahmen erfordert es, Besonderheiten und bestehende Unterschiede zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention bei allen Maßnahmen angemessen zu berücksichtigen.

Verhaltensprävention besteht – unter den durch die Verhältnisprävention gegebenen Voraussetzungen – in einem adäquaten (präventiven) Verhalten einzelner Individuen in bestimmten Situationen in eigener Verantwortung.

Präventives Verhalten ist abhängig von äußeren Umständen. Wichtige **Einflussfaktoren** sind:

- ▶ die **allgemeine Lebenswirklichkeit**, insbesondere die gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen und Normen, unter denen die Menschen leben und die Ressourcen, über die sie jeweils verfügen,
- ▶ das objektive **Vorhandensein von Voraussetzungen für präventives Verhalten** (z. B. von Wissen, Impfstoffen, Diagnostik, Therapie),
- ▶ die **Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Beratungs- und Betreuungsangeboten** (leicht erreichbar, niedrigschwellig, kostenlos oder kostengünstig).

Individuelles präventives Handeln setzt Wissen, Wollen und Können voraus:

- ▶ **Wissen** (Kognition): Menschen verfügen über alle notwendigen Informationen, um sich oder andere zu schützen. Die Informationen sind korrekt, verständlich und gut zugänglich.
- ▶ **Wollen** (Motivation, Haltung): Menschen verfügen über den Willen, sich oder andere zu schützen. Vorteile überwiegen gegenüber den Nachteilen.
- ▶ **Können** (Kompetenz): Menschen sind in der Lage, ihr Wissen und Wollen prinzipiell und situativ anzuwenden, dazu bedarf es verschiedener Fähigkeiten, die gelernt werden müssen.
- ▶ Im **Handeln** (Appetenz) setzen Menschen ihr Können nachhaltig um. Ein entsprechendes Verhalten wird erlernt und ggf. durch Übung, Gewohnheit, Erfahrungen, Überzeugungen gefestigt.

Praktisch wichtig ist, dass Wissen, Wollen und Können nicht automatisch zu einem entsprechenden Handeln führen (vgl. Rationalität vs. Irrationalität). Im Idealfall finden in einer konkreten Entscheidungssituation Eigenverantwortung und soziale Verantwortung in ethisch-moralischer Reflexion Berücksichtigung (individuell oder auch zwischen beteiligten Individuen).

Verhältnisprävention ist der vom individuellen Verhalten unabhängige Teil der Prävention. Es werden durch eine adäquate Gestaltung der politischen/gesellschaftlichen/sozialen Rahmenbedingungen sowie Strategien und Maßnahmen Voraussetzungen für Verhaltensprävention geschaffen. Bezogen auf STD/STI strebt sie deren Verhütung und die Förderung der sexuellen Gesundheit an.

Verhältnisprävention ist untrennbar mit der Förderung von sexueller Gesundheit verbunden. Es geht nicht nur darum, spezifische Erkrankungen zu verhindern, sondern auch um gesellschaftliche und soziale Bedingungen, die es dem Individuum lohnend und möglich erscheinen lassen, seine Gesundheit zu schützen. Verhältnisprävention wird von verschiedenen Akteuren realisiert, die in ihrem Zuständigkeitsbereich unterschiedliche Verantwortung tragen und von denen die Erfüllung bestimmter Aufgaben erwartet wird:

- ▶ **Institutionen in Politik und Gesellschaft** sind zuständig und verantwortlich für das Schaffen und situationsgerechte Anpassen der Rahmenbedingungen zur Prävention der STD/STI auf der Basis der geltenden Normen.
- ▶ **Die medizinische und sozialwissenschaftliche Fachwissenschaft** ist mit ihren Institutionen zuständig und verantwortlich für das Erarbeiten, Begründen und laufende Vervollständigen von Strategien der Prävention der STD/STI, die Politikberatung und das Bereitstellen gesicherten Basiswissens für Information/Aufklärung/Beratung.
- ▶ **Auf Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung spezialisierte Institutionen** sind zuständig und verantwortlich für das Erarbeiten und bedarfsgerechte Anbieten von Informationsmaterialien zur sexuellen Gesundheit und Prävention der STD/STI, die Evaluierung ihrer Eignung und Wirkung und die Einflussnahme auf deren optimalen Einsatz.
- ▶ **Massenmedien** fördern die sexuelle Gesundheit der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Prävention der STD/STI durch bedarfsgerechtes Aufbereiten und Verbreiten von Wissen, Informationen und Botschaften.
- ▶ **Eltern, Erziehungsberechtigte und Pädagogen in Bildungseinrichtungen aller Art** integrieren das Anliegen der sexuellen Gesundheit und wichtige Inhalte der Prävention der STD/STI in ihre Bildungs- und Erziehungsarbeit.
- ▶ **Einrichtungen des Gesundheitswesens** (Klinik, Niederlassung, ÖGD, Beratungsstellen) sind zuständig und verantwortlich dafür, Diagnostik, Therapie von STD/STI und eine adäquate medizinische Betreuung einschließlich eventuell notwendiger Nachsorge anzubieten und die Prävention der STD/STI durch fachkompetente Information und Beratung zu unterstützen.
- ▶ **Präventiv tätige Hilfsorganisationen und Vereinigungen (z. B. Nichtregierungsorganisationen, NGO)** offerieren individuell oder gruppenspezifisch gezielt Beratung für Gefährdete und Betroffene, sie tragen Botschaften und Verhaltensanforderungen direkt an die Zielgruppen heran.

- **Betroffenengruppen und Vertreter besonders gefährdeter Gruppen** setzen spezifische Botschaften und Verhaltensanforderungen im Rahmen der Prävention unmittelbar um.

Vom effizienten Zusammenwirken dieser Verantwortungsträger ist der Erfolg der Prävention abhängig. Für alle Akteure gilt, das von ihnen Geleistete/Veranlasste selbstkritisch zu begleiten, zu prüfen und ggf. zu optimieren. Eine wechselseitige kritische Analyse und Beurteilung der präventiven Leistungen der verschiedenen Akteure ist im Sinne der Optimierung des Gesamtkonzepts wünschenswert.

Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention sind drei **Stufen der Prävention**, die sowohl in der **Verhältnis-** als auch in der **Verhaltensprävention** Anwendung finden. Im Rahmen der Verhältnisprävention werden Angebote und Maßnahmen vorbereitet, empfohlen oder verordnet. Im Rahmen der Verhaltensprävention entscheidet der Einzelne in seinem Handeln über die Inanspruchnahme bzw. seine Beteiligung.

Primärprävention soll das Entstehen von Krankheiten/Infektionen verhindern. Sie umfasst alle Maßnahmen, die den Erwerb bzw. die Weitergabe einer Infektion verhindern und ist geeignet, die Inzidenz (Neuzugangshäufigkeit) zu senken.

Beispiele der Primärprävention mit Bezug auf die STD/STI: Information, Aufklärung, Erziehung (speziell Gesundheitserziehung), Impfprophylaxe (z. B. Hepatitis B: Standardimpfung für Kinder und Jugendliche, Indikationsimpfung für bestimmte Gruppen mit einer erhöhten Gefährdung durch STD/STI; s. Empfehlungen der STIKO), Körperpflege, Sexualhygiene, Expositionsprophylaxe (Verhalten, das eine Ansteckung vermeiden soll, Vermeiden spezieller Risiken; Schutzmaßnahmen, z. B. Nutzen von Kondomen).

Sekundärprävention hat das frühe Erkennen und Behandeln bestehender Infektionen bzw. entstehender Erkrankungen zum Ziel und dient besonders der Verhütung der Weiterverbreitung. Sie senkt die Prävalenz (Bestandshäufigkeit) und die Inzidenz (Neuzugangshäufigkeit).

Beispiele der Sekundärprävention mit Bezug auf die STD/STI: Screening- und Untersuchungsangebote für spezielle Zielgruppen (Prostituierte, MSM, Drogenabhängige u. a.), das Aufsuchen einer Beratungsstelle oder eines Facharztes bei beginnenden Symptomen/bei Verdacht auf eine Ansteckung/nach riskanten Kontakten oder auch zur Vorsorgeuntersuchung, das Einleiten spezieller Labordiagnostik (ggf. mit Prä- und Post-Test-Beratung), ggf. das Untersuchen auch auf andere STD/STI, um Koinfektionen zu erfassen. Die Sekundärprävention umfasst ferner Verhaltensvorschriften (zur eigenen Genesung und zum Schutz anderer), ggf. das Beraten/Untersuchen/Mitbehandeln von Partnern/Partnerinnen (mit deren Einverständnis) sowie Information, Untersuchungsangebote und Verhaltensempfehlungen im Umfeld (z. B. bei lokalen Ausbrüchen). Zur Sekundärprävention zählt auch Screening in der Allgemeinbevölkerung (Blutspender, Schwangere). Die adäquate Behandlung Erkrankter ist keine Prävention im engeren Sinne, wirkt aber auch präventiv.

Tertiärprävention umfasst die Einflussnahme auf Verlauf und Folgen bestehender Erkrankungen.

Beispiele der Tertiärprävention mit Bezug auf die STD/STI: Maßnahmen der medizinischen und ggf. sozialen Betreuung bei chronisch verlaufenden STD/STI (HIV-Infektionen, Hepatitis B, Herpes genitalis, Infektionen durch Humane Papillomviren, unter Umständen auch Syphilis).

Zu Standard 4

Jedem Menschen sollten Möglichkeiten des Schutzes, der Kontrolle, der Wiederherstellung oder der Förderung seiner Gesundheit verfügbar sein. Aus dem Recht auf Gesundheit leitet sich keine Pflicht zur Gesundheit ab. Eine Pflicht zur Gesundheit kann man individuell als moralische Pflicht verstehen, den Wert der eigenen Gesundheit zu achten, diese zu erhalten und bestmöglich zu schützen.

Ein verhaltensbedingtes Versagen der Prävention sollte in aller Regel nicht mit individueller Schuldzuweisung verknüpft werden. Vorsätzliche, strafrechtlich relevante Handlungen gehören nicht in den Kontext der Prävention. Strafrecht ist kein geeignetes Mittel der Prävention.

Insgesamt sollten die Ursachen eines Versagens von Prävention, die sehr verschieden sein können, auch sehr verschieden bewertet werden. Ergebnisse nachträglicher Klärung bzw. von Analysen sollten der Optimierung der Prävention dienen.

Zu Standard 5

Die wissenschaftliche Untermauerung und die Evaluierung der Maßnahmen und Strategien zur Prävention der STD/STI sowie die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren müssen als wichtige Grundsätze beachtet, ggf. weiter entwickelt und verbessert werden.

Zu Standard 6

Zur sicheren Vermeidung von Schäden ist besondere Sorgfalt geboten, wenn zu potenziellen Risiken von Präventionsmaßnahmen (noch) keine wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse verfügbar sind. Hier ergeben sich im Rahmen der Verhältnisprävention (z. B. bei neuen Medikamenten oder Impfstoffen) spezielle Pflichten einer besonders sorgfältigen Prüfung des Einsatzes sowie auch der gründlichen Aufklärung.

Fazit

Die hier vorgelegten Standards sind eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Prävention im Einzelnen. Sie sollen die auf dem Feld der Prävention tätigen Akteure erreichen, ggf. durch kritische Hinweise weiter entwickelt und bei Anerkennung in der Arbeit berücksichtigt werden.

An der Erarbeitung der Standards waren folgende Mitglieder der Arbeitsgruppe beteiligt: Prof. Dr. Norbert Brockmeyer, Universität Bochum; Alexandra Hofmann, RKI Berlin; Dr. Wolfgang Kiehl, Zepernick (vormals RKI); Dr. Christine Klapp, ÄGGF, Berlin; Prof. Dr. Peter-Karl Kohl, Vivantes-Klinikum, Berlin; Harriet Langanke, GSSG, Köln (Sprecherin der AG); Dr. Cordula Layer, ÄFFG, Hamburg; Björn Martens, Charité, Berlin; Gabriele Lass-Braun, Heike Müller und Gerhard Peters, Zentrum für sexuelle Gesundheit, Berlin; Marianne Rademacher, DAH, Berlin; Dr. Matthias Stiehler, GA Dresden; Dr. Ines Thonke, pro familia, Frankfurt/Main; Dr. Christine Winkelmann, BZgA, Köln.

Dieses Manuskript zu Grundpositionen und den Standards in der Prävention von STD/STI wurde im Auftrag der Arbeitsgruppe „Prävention“ für die Arbeitsgemeinschaft „Sexuelle Gesundheit“ von Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl verfasst, der auch als **Ansprechpartner** zur Verfügung steht (E-Mail: KiehlW@t-online.de). Meinungsäußerungen oder Anfragen können auch an Harriet Langanke gerichtet werden (E-Mail: Harriet.Langanke@stiftung-gssg.org).

Informationen zu DEGS: Allergische Erkrankungen

DEGS

Studie zur Gesundheit Erwachsener
in Deutschland

Seit November 2008 führt das Robert Koch-Institut die Feldarbeit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) durch. Im *Epidemiologischen Bulletin* erscheinen regelmäßig Kurzbeiträge zu DEGS, die auch unter www.rki.de/degs abrufbar sind. Im Folgenden wird dargestellt, welche Daten zum Thema allergische Erkrankungen in der Studie erfasst werden und welche Fragen damit beantwortet werden sollen.

Die Häufigkeit der Allergien hat in den letzten Jahrzehnten dramatisch zugenommen. Allergische Erkrankungen sind inzwischen weltweit eines der großen gesundheitlichen Probleme moderner Gesellschaften. Neben den atopischen Erkrankungen allergische Rhinokonjunktivitis, atopisches Ekzem und allergisches Asthma bronchiale, die eine starke Abhängigkeit von einer familiären Belastung aufweisen, spielen das Kontaktekzem, die Urtikaria, Nahrungsmittel- und Insektenstichallergien eine große Rolle. Asthma bronchiale als teilweise allergisch bedingte Erkrankung ist ebenfalls eine häufige Erkrankung von hoher sozioökonomischer Bedeutung. In Deutschland sind ca. 5 % der erwachsenen Bevölkerung davon betroffen (DEGS-Projektbeschreibung, www.rki.de/degs).

In DEGS wird im Rahmen des standardisierten computergestützten ärztlichen Interviews (CAPI) nach ärztlich diagnostizierten allergischen/teil-allergischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Kontaktekzem, Neurodermitis, Nahrungsmittelallergien, allergischen Hautquaddeln (Urtikaria), Insektengiftallergien und sonstigen allergischen Erkrankungen gefragt (s. *Epid. Bull.* 14/2009). Es werden Angaben zum erstmaligen Auftreten der jeweiligen Erkrankung erhoben, zu Symptomen in den letzten 12 Monaten vor Befragung sowie zur Therapie. Beim Asthma bronchiale wird zusätzlich der Asthmatyp erfragt (soweit bekannt), die Häufigkeit von Asthmaanfällen, die Inanspruchnahme ärztlicher, notärztlicher oder stationärer Hilfe aufgrund eines Asthmaanfalles und die empfundene Bedrohlichkeit der Anfälle. Für alle allergischen Erkrankungen wird erfasst, ob Allergieteste (Art und positiv identifizierte Allergene) und Hyposensibilisierungsbehandlungen erfolgt sind (inklusive Erfolg). Wegen der starken genetischen Disposition bestimmter allergischer Erkrankungen werden Daten zu Allergien der Eltern erhoben.

Zusätzlich werden im Labor die möglichen Sensibilisierungen gegen häufige Insekten-, Nahrungsmittel- und Inhalationsallergene (*In- und Outdoor-Allergene*) mittels RAST (*radioallergosorbent test*) getestet (s. *Epid. Bull.* 27/2009). Die erhobenen Daten können später mit sozioökonomischen Daten, Daten zur Lebens- und Arbeitsqualität, häuslichem und beruflichem Umfeld, Komorbiditäten, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Ausfallzeiten korreliert werden.

Die Beziehung zwischen Sensibilisierungen und der Ausprägung von allergischen Erkrankungen wird von besonderem Interesse sein. Weitere wichtige Forschungsfragen von DEGS betreffen die Prävalenz von Sensibilisierungen und Allergien hinsichtlich Alter und Geschlecht der Studienteilnehmer, ihres Wohnortes und Wohnumfeldes, ihres Sozial- und Migrationsstatus. Es soll festgestellt werden, wie häufig Menschen höheren Lebensalters allergische Erkrankungen entwickeln und ob eine Abhängigkeit zwischen Wohnumfeld, Umweltexposition und allergischen Erkrankungen besteht. Außerdem wird DEGS Informationen zu Krankheitsrisiken und erfolgreichen Präventionsansätzen liefern.

Als Teil des bundesweiten Gesundheitsmonitorings wird DEGS im Abstand von einigen Jahren wiederholt, dadurch werden Längsschnittbetrachtungen möglich. Dann können weitere Forschungsfragen, wie die Prävalenzentwicklung der Allergien, zeitliche Zusammenhänge zwischen der Entwicklung von Sensibilisierungen und allergischen Erkrankungen, die Frage nach der Relevanz unterschiedlicher Erstsensibilisierungen, nach der Vermeidbarkeit eines „Etagenwechsels“ (Übergang von Heuschnupfen in eine Asthmaerkrankung) und dem Erfolg von Präventionsprogrammen beantwortet werden.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. **Anfragen** zu DEGS: degs@rki.de.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: Juni 2010 (Datenstand: 1.9.2010)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
Land	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	Juni	Jan.–Juni		Juni	Jan.–Juni		Juni	Jan.–Juni		Juni	Jan.–Juni		Juni	Jan.–Juni	
Baden-Württemberg	7	82	102	20	153	144	10	38	28	1	8	11	0	0	0
Bayern	28	176	190	20	176	190	2	29	40	3	13	18	0	0	1
Berlin	34	227	226	31	229	221	7	30	23	0	2	1	0	0	0
Brandenburg	3	22	14	9	30	24	2	4	3	0	0	1	0	0	0
Bremen	5	24	21	4	17	13	2	3	7	0	1	1	0	0	0
Hamburg	11	74	90	21	111	111	4	24	28	0	3	3	0	0	0
Hessen	6	75	91	21	117	105	8	20	21	0	4	6	1	2	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	12	18	3	13	16	0	1	2	0	1	0	0	0	0
Niedersachsen	18	94	73	9	95	84	3	15	14	0	0	7	0	0	2
Nordrhein-Westfalen	31	259	399	59	328	355	9	48	51	0	12	12	0	1	2
Rheinland-Pfalz	2	25	41	6	38	57	1	15	9	1	2	2	0	0	1
Saarland	3	20	9	3	19	14	0	0	1	0	1	2	0	0	0
Sachsen	4	52	70	9	49	47	1	2	2	0	1	1	0	0	0
Sachsen-Anhalt	2	10	18	5	16	22	0	1	1	0	2	0	0	1	0
Schleswig-Holstein	5	25	26	4	44	33	0	5	4	0	1	1	0	0	0
Thüringen	2	17	12	3	12	11	2	3	4	0	2	1	0	0	0
Deutschland	162	1.194	1.400	227	1.447	1.447	51	238	238	5	53	67	1	4	6

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

32. Woche 2010 (Datenstand: 1.9.2010)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	173	3.631	3.818	1	43	43	10	151	141	61	1.514	1.438	1	37	67
Bayern	170	3.791	4.753	5	104	80	20	438	476	99	1.869	2.413	1	44	88
Berlin	74	1.694	1.399	1	23	26	2	62	271	18	525	434	3	46	18
Brandenburg	63	1.178	1.248	0	12	16	6	160	193	16	522	547	0	4	8
Bremen	12	259	221	0	3	0	0	13	15	0	55	82	0	2	2
Hamburg	46	1.174	993	0	13	15	1	22	15	5	247	354	0	19	19
Hessen	140	2.642	2.314	2	13	10	4	53	63	66	894	1.151	1	35	28
Mecklenburg-Vorpommern	60	1.163	1.101	1	4	6	3	172	130	7	412	530	0	5	5
Niedersachsen	214	3.599	2.933	4	91	64	24	358	294	55	1.485	1.559	0	12	14
Nordrhein-Westfalen	436	10.088	8.585	5	98	87	21	575	551	107	3.103	4.341	3	41	29
Rheinland-Pfalz	102	2.120	1.858	0	59	41	7	136	151	27	776	961	1	14	25
Saarland	34	756	695	1	5	4	0	16	22	8	185	230	0	3	1
Sachsen	160	3.330	2.777	0	32	39	19	362	415	45	1.301	1.294	2	17	25
Sachsen-Anhalt	49	822	922	0	17	9	13	272	275	20	723	751	0	4	11
Schleswig-Holstein	77	1.493	1.313	2	12	18	0	38	32	14	374	404	0	3	8
Thüringen	54	1.000	1.122	1	11	6	15	407	338	38	781	762	1	7	8
Deutschland	1.864	38.740	36.052	23	540	464	145	3.235	3.382	586	14.766	17.251	13	293	356

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	3	85	113	71	10.849	13.016	19	3.535	3.149	9	325	309	2	17	8
Bayern	10	232	275	89	22.166	17.535	23	5.972	6.563	8	388	465	1	37	19
Berlin	3	51	61	25	3.476	5.890	11	1.954	2.378	6	215	222	0	38	32
Brandenburg	1	67	74	20	6.274	6.897	11	3.074	4.323	0	53	55	2	19	16
Bremen	1	17	17	3	797	1.362	1	331	257	0	16	29	1	2	1
Hamburg	0	43	65	6	2.387	3.733	5	1.159	1.292	2	67	72	1	12	6
Hessen	5	127	144	20	8.122	8.099	13	2.207	2.360	7	161	139	3	37	12
Mecklenburg-Vorpommern	2	37	46	16	7.691	3.611	6	2.014	3.168	2	83	89	1	16	33
Niedersachsen	12	191	209	31	12.422	11.284	31	4.289	4.298	3	116	117	7	58	55
Nordrhein-Westfalen	11	468	373	83	25.436	31.570	59	7.783	8.897	6	385	316	11	88	98
Rheinland-Pfalz	1	135	122	18	7.585	7.183	6	2.461	2.363	4	105	116	1	15	17
Saarland	0	19	27	5	1.637	1.768	2	627	586	0	16	25	0	0	4
Sachsen	11	261	309	46	10.904	13.521	22	4.304	6.838	5	213	148	10	60	46
Sachsen-Anhalt	0	111	111	91	11.159	7.655	10	2.545	3.225	1	49	54	1	10	9
Schleswig-Holstein	1	62	80	6	3.911	4.300	3	1.303	1.045	1	47	43	0	3	3
Thüringen	4	161	206	73	10.448	6.590	23	2.921	3.361	5	49	65	1	29	16
Deutschland	65	2.067	2.232	603	145.264	144.014	245	46.479	54.103	59	2.288	2.264	42	441	375

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

32. Woche 2010 (Datenstand: 1.9.2010)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	1	37	52	3	41	52	12	521	530
Bayern	0	66	100	1	60	65	19	741	745
Berlin	2	29	43	1	41	43	8	386	404
Brandenburg	1	12	24	1	8	13	0	45	51
Bremen	0	4	6	0	1	5	0	18	18
Hamburg	0	19	14	1	18	27	1	86	97
Hessen	3	25	51	0	39	29	4	180	187
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	14	0	11	6	0	35	42
Niedersachsen	8	36	46	0	17	18	5	188	169
Nordrhein-Westfalen	1	78	107	2	108	95	8	453	496
Rheinland-Pfalz	1	31	30	1	42	50	7	169	168
Saarland	0	15	5	0	8	10	2	52	45
Sachsen	0	2	20	1	18	26	5	183	154
Sachsen-Anhalt	0	15	13	0	18	9	2	65	104
Schleswig-Holstein	0	8	21	0	15	14	0	86	102
Thüringen	1	12	16	0	7	18	2	75	91
Deutschland	18	392	562	11	452	480	75	3.283	3.403

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2010		2009	2010		2009	2010		2009
	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.	32.	1.–32.	1.–32.
Baden-Württemberg	0	26	36	0	98	66	10	345	337
Bayern	0	38	63	0	119	42	10	412	370
Berlin	0	19	27	0	75	32	5	183	160
Brandenburg	0	5	12	1	12	4	1	55	68
Bremen	0	1	6	1	1	0	1	22	42
Hamburg	1	3	6	0	14	209	3	117	119
Hessen	0	14	16	1	26	20	11	244	255
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	5	0	0	0	0	22	56
Niedersachsen	0	23	27	0	12	69	1	166	200
Nordrhein-Westfalen	2	66	89	1	150	72	15	692	708
Rheinland-Pfalz	0	12	20	0	21	13	3	105	118
Saarland	0	3	3	0	1	1	0	35	44
Sachsen	0	12	14	0	3	2	0	99	119
Sachsen-Anhalt	0	6	6	0	2	0	1	98	77
Schleswig-Holstein	0	5	19	0	6	23	1	52	58
Thüringen	1	8	11	0	1	1	1	59	68
Deutschland	4	243	360	4	541	554	63	2.706	2.799

gegeben. 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). ++ Seit September 2009 müssen nur noch laborbestätigte Fälle von Norovirus-Infektionen in üblicher Weise übermittelt werden, klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle sollen dagegen im Rahmen der Häufungsmeldung aggregiert übermittelt werden und gehen daher nicht vollständig in die wöchentliche Statistik ein.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

32. Woche 2010 (Datenstand: 1.9.2010)

Krankheit	2010	2010	2009	2009
	32. Woche	1.–32. Woche	1.–32. Woche	1.–53. Woche
Adenovirus-Erkrankung am Auge	11	315	98	169
Brucellose	0	11	8	19
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	61	61	89
Dengue-Fieber	11	264	183	298
FSME	9	151	222	313
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	33	33	66
Hantavirus-Erkrankung	36	1.572	41	181
Hepatitis D	0	5	5	7
Hepatitis E	0	114	57	108
Influenza zusätzliche aggregierte Übermittlungen +	2	2.962 199	37.572	175.607 53.070
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	0	109	134	185
Legionellose	17	357	277	502
Leptospirose	3	33	47	92
Listeriose	1	229	240	396
Ornithose	0	15	13	26
Paratyphus	1	32	18	76
Q-Fieber	5	153	140	191
Trichinellose	0	2	0	1
Tularämie	1	14	5	10
Typhus abdominalis	2	44	27	65

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK. + Vom 18.11.2009 bis zum 18.01.2010 konnten Fälle der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 auch aggregiert übermittelt werden. Darunter waren Fälle, die nicht der Referenzdefinition entsprachen.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**► Botulismus:**

1. Nordrhein-Westfalen, 74 Jahre, männlich
2. Nordrhein-Westfalen, 71 Jahre, weiblich
(Lebensmittelbedingter Botulismus; 30. Meldewoche 2010, 2. und 3. Botulismus-Fall 2010)

► Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber:

1. Bayern, 33 Jahre, weiblich (Infektionsland Indonesien)
2. Baden-Württemberg, 52 Jahre, männlich (Infektionsland Malaysia)
(20. und 21. Chikungunya-Fall 2010)

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 (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 **aktuelle Ausgabe des Epidemiologischen Bulletins** kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030.18754-2265 abgerufen werden. 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)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273