



Epidemiologisches Bulletin

19. Juli 2002 / Nr. 29

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Häufung von Shigellose bei Männern in Berlin im Jahre 2001

Diese Woche 29/2002

Mitte Dezember 2001 wurde das Robert Koch-Institut von einem Berliner Krankenhauslabor über eine Häufung von Shigellose-Fällen bei homosexuellen Männern ohne Auslandsreiseanamnese informiert. Seit September 2001 waren in diesem Labor 10 solcher Fälle diagnostiziert worden. Eine daraufhin durchgeführte Analyse der Shigellose-Meldungen aus dem Jahr 2001 aus Berlin ergab ein im Vergleich zu anderen Bundesländern deutliches Überwiegen von Shigellose-Fällen bei Männern (Abb. 1 und 2). Die Erkrankungsfälle bei Männern konzentrierten sich zudem auf einige zentrale Stadtbezirke, insbesondere Tempelhof-Schöneberg, Charlottenburg-Wilmersdorf, Mitte, Kreuzberg-Friedrichshain und Pankow-Prenzlauer Berg (Abb. 3). Im Oktober 2001 war aus den USA über einen Shigellose-Ausbruch bei homosexuellen Männern in San Francisco mit Beginn im Jahr 2000 berichtet worden.¹ Die Häufung von Shigellose-Fällen bei Männern ohne Reiseanamnese in Berlin ließ den Verdacht aufkommen, dass sich der Erreger – ähnlich wie aus San Francisco beschrieben – auch in Berlin durch oro-ale sexuelle Kontakte unter homosexuellen Männern verbreitet haben und in eigenständigen, langdauernden Infektketten weitergegeben werden könnten.

Mitarbeiter des Zentrums für Infektionsepidemiologie des RKI führten im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde des Landes Berlin eine Untersuchung zur weiteren Abklärung der Fallhäufung durch. Nachfolgend werden die Ergebnisse der epidemiologischen Untersuchung des Ausbruchs in einer leicht gekürzten Fassung wiedergegeben.

Zielstellung der Untersuchung

Die Hauptfrage der Untersuchung war, ob es sich bei der beobachteten Häufung von Shigellose bei Männern in Berlin um sexuelle Übertragungen handelte. Da der direkte Nachweis einer Shigellen-Infektion bei den Sexualpartnern der erkrankten Personen und ein Vergleich der jeweiligen Erregerisolate als nicht praktikabel eingeschätzt wurde, sollte die eingeleitete Untersuchung folgende Fragen beantworten, um ggf. Empfehlungen für Prävention und Diagnose/Therapie formulieren zu können:

- ▶ Werden von den gemeldeten männlichen Patienten sexuelle Infektionsrisiken in der Woche vor Beginn ihrer Erkrankung angegeben?
- ▶ Könnten noch andere als sexuelle Risiken eine Rolle für die Erkrankungshäufung spielen?
- ▶ Werden sexuelle Risiken nur an bestimmten Orten oder an einem breiteren Spektrum möglicher Kontaktorte eingegangen?
- ▶ Wie gut bekannt sind den Erkrankten die Sexualpartner, die als potenzielle Infektionsquellen oder als potenzielle weitere Glieder in der Infektionskette in Frage kommen?
- ▶ Gibt es Mängel bei der diagnostischen Erkennung und Behandlung von Erkrankungen?

Ein weiteres Ziel der Untersuchung bestand darin, zu klären, wie hoch die Bereitschaft der Betroffenen war, sich an einer Untersuchung evtl. sexueller Infektionsrisiken zu beteiligen. Eine Ausbruchsuntersuchung zu einer sexuell übertragenen Infektion ist in Deutschland in der jüngeren Vergangenheit nicht durchgeführt worden.

Zur Methodik

Fallsuche: Die retrospektive Untersuchung beschränkte sich auf die Erkrankungsfälle, die über die Meldungen nach der gesetzlichen Meldepflicht (§7 Abs. 1 IfSG) bekannt waren. Um für neu auftretende Fälle die Erregerisolate molekularbiologisch untersuchen und vergleichen zu können, wurde ein Aufruf an die Laboratorien gerichtet, bei neu diagnostizierten Shigellose-Fällen aus Berlin Erregerisolate von männlichen Patienten ohne Reiseanamnese an das NRZ am RKI (Wernigerode) einzusenden.²

Shigellose:

Sexueller Übertragungsweg ist zu beachten – Ergebnisse der Untersuchung eines Ausbruchs unter Männern in Berlin

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

Stand vom 17. Juli 2002

(26. Woche)

